

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud Maestría en Psicoterapia



Impacto de la psicoterapia en la resignificación de experiencias vitales y el cambio subjetivo para el envejecimiento saludable. Estudio de caso.

TRABAJO RECEPCIONAL que para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN PSICOTERAPIA

Presenta: **EMILY OLMOS ÁLVAREZ**

Director **MARCO ANTONIO SANTANA CAMPAS**

Tlaquepaque, Jalisco. 04 de marzo de 2024.

Dedicatoria

Quiero dedicar este proyecto de investigación a todas las personas mayores con el anhelo de que sea de gran ayuda para sentar las bases de un envejecimiento saludable desde el área de la salud mental.

En especial a mi abuelo Emilio Olmos que ha sido un gran ejemplo para mí, ya que a pesar de las adversidades que se le han presentado siempre ha mantenido una actitud positiva hacia la vida.

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas aquellas personas que con su apoyo fue posible realizar este proyecto.

A mi esposo Esteban que con su amor y comprensión me ha permitido llegar a cumplir hoy una meta más en mi vida.

A mis hijos, Sol y Bárbara por ser parte de mi motivación para continuar con mi desarrollo personal y profesional.

A mi madre Anayuri por siempre creer en mí e inculcarme el ejemplo del esfuerzo y perseverancia para alcanzar mis metas.

A mi asesor el Dr. Marco Santana y mi coordinadora Dra. Tania Zohn por su paciencia, enseñanzas y guía para la realización de este proyecto.

Y por último quiero agradecer al Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente por brindarme las herramientas necesarias para poder lograr este tan ansiado objetivo.

Resumen

Es evidente la transición demográfica que se está viviendo dentro la población mundial, la disminución de la natalidad y aumento de la mortalidad por avances científicos y tecnológicos han ayudado a aumentar la esperanza de vida y, con ello, un cambio de la estructura poblacional. El aumento en la población de personas mayores ha traído consigo grandes desafíos para los servicios de salud, es por ello por lo que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) proponen a cada país, bajo el “Plan de la Década del Envejecimiento”, buscar estrategias para mejorar la calidad de vida desde diferentes ámbitos. La salud mental en la vejez tiene una gran importancia, ya que está estrechamente relacionada con la salud física y bienestar social; sin embargo, se estima que el 15% de adultos mayores a nivel mundial sufren de algún trastorno mental (OMS, 2017), esto los hace propensos a vivir con una baja calidad de vida. La psicoterapia, siendo una de las principales herramientas para trabajar la salud mental, cuenta con pocas investigaciones sobre este sector.

Esta investigación tiene como objetivo describir la resignificación de experiencias vitales y su relación con el cambio subjetivo en una mujer mayor dentro del proceso psicoterapéutico para el envejecimiento saludable. Investigación cualitativa. Método estudio de caso único. Instrumentos de recolección de datos: audiograbación y diario de campo (documento eje). Tipo de análisis: Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT). Muestra caso clínico. Como resultados generales se demostró que la psicoterapia en personas mayores se debe dirigir hacia la resignificación de experiencias vitales y su relación con el cambio subjetivo, límites y conductas de autocuidado e integración del yo, más que crear un modelo en psicoterapia se plantea seguir una línea de un tratamiento interdisciplinar.

Palabras clave:

Resignificación, experiencias vitales, psicoterapia, cambio subjetivo, envejecimiento saludable.

Abstract

The great demographic transition that the world population is undergoing is evident, the decrease in the birth rate and mortality due to scientific and technological advances has helped to increase life expectancy and with it a change in the population structure. The increase in the population of older people has brought great challenges for health services, which is why the United Nations Organization and the World Health Organization proposed to each country under the Plan for the Decade of Aging to seek strategies that improve the quality of life from different areas. Mental health at this stage of life is of great importance since it is closely related to physical health and social well-being. However, it is estimated that 15% of elderly adults around the world suffer from a mental disorder (WHO, 2017), which makes them prone to living with a low quality of life. Psychotherapy, being one of the main tools to work on mental health, has little research on this sector.

For this reason, this research aims to describe the resignification of life experiences and their relationship with subjective change in an elderly woman who is under psychotherapeutic therapy for healthy aging, using a qualitative methodology design with the single case study method. Diachronic pragmatic, for the data collection the field diary instruments were used (therapeutic work supervision axis document), video recordings, and transcriptions for their analysis the Therapeutic Activity Coding System (SCAT-10) method was used.

Keywords:

Resignification, vital experiences, psychotherapy, subjective change, healthy aging.

Índice

I.	Introducción	1
II.	Planteamiento	3
III.	Justificación	7
	Objetivo general	8
	Pregunta principal	8
IV.	Marco Referencial	10
	4.1 Envejecimiento.	10
	4.2. Plan de la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030.	14
	4.3 Experiencias vitales.	19
	4.4 Resignificación.	23
	4.5 Episodios de cambio o Actos del habla.	25
V.	Marco metodológico	32
	5.1 Diseño de la investigación.	32
	5.2 Método de estudio de caso en psicoterapia	33
	5.3 Instrumentos de recolección de datos.	33
	5.4 Técnica de análisis de datos	35
	5.5 Consideraciones éticas	41
	5.6 Diseño y presentación del caso	43
VI.	Resultados de la investigación.	53
	6.1 Resignificación de experiencias vitales.	53
	6.2 Episodios de cambio subjetivo.	62
	6.3 Envejecimiento saludable y psicoterapia.	75
VII.	Conclusiones y propuestas.	80
VIII.	Referencias	83
IX.	Apéndices	89

I. Introducción

En la actualidad, la sociedad se enfrenta a una transición demográfica importante a nivel mundial debido al tránsito de un nivel alto a bajo de mortalidad y fecundidad, que han traído ya en el presente y traerán en el futuro efectos significativos sobre la estructura etaria de la población y con ello retos relevantes para garantizar que los sistemas sanitarios y sociales estén preparados para brindar atención de calidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la Asamblea General de las Naciones Unidas de diciembre de 2020 declararon el plan de la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, con el propósito de crear una estrategia principal para lograr y favorecer acciones que respondan a las nuevas exigencias de la población, desde diferentes ámbitos de actuación, invitando a profesionales del sector público como del sector privado.

Dentro del campo de la salud mental, la psicoterapia es uno de los principales tratamientos, que se basa en la interacción consultante-terapeuta siendo su herramienta central el diálogo. Por ello una forma de describir la psicoterapia ha sido como la sanación a través de la palabra bajo un proceso de cambio, generando mayor conciencia y bienestar emocional. Los seres humanos, a lo largo de la vida, transitan por diferentes etapas del desarrollo; que se conforma de construcciones de significado que han sido huella particular de sus experiencias vitales.

En estas construcciones es como la persona se llegará a percibir dentro de la etapa del desarrollo en la que está viviendo. En la vejez pueden existir diferentes estereotipos; sin embargo, los negativos influyen de una forma perjudicial sobre la salud, tanto física como mental de las personas mayores, que impacta desfavorablemente en su calidad de vida. Para la OMS (2021) la actitud negativa que pueden presentar las personas sobre el envejecimiento puede afectar directamente a la salud mental y física, además de sus relaciones sociales siendo más proclives a la depresión, violencia y aislamiento social.

Con base en lo anterior, este estudio tiene como objetivo describir la resignificación de experiencias vitales y su relación con el cambio subjetivo dentro del proceso psicoterapéutico para el envejecimiento saludable en una mujer mayor. El trabajo se desarrolla en 6 capítulos, en el primer capítulo se presenta una introducción sobre el estudio; posteriormente en el segundo capítulo el planteamiento del problema se describe el contexto general del cambio demográfico que se vive a

nivel mundial y a nivel nacional bajo estadísticas; el tercer capítulo con la justificación del presente estudio donde se mencionan las problemáticas que trae el cambio demográfico en diferente ámbitos y en especial énfasis para el sector de salud mental, al final de este se encuentran los objetivos, preguntas y supuestos del estudio; en el cuarto capítulo el marco teórico donde se desarrollan los conceptos de envejecimiento saludable a nivel mundial y nacional, el Plan de la Década del Envejecimiento Saludable, las experiencias vitales y su relación con la construcción de los significados de la persona, la resignificación de experiencias como el fin del proceso psicoterapéutico para la formación de nuevos significados que permitan una mejor calidad de vida y por último los actos del habla y el cambio subjetivo teoría en la que se basa este estudio para el análisis de datos; el quinto capítulo es en donde se desarrolla el marco metodológico con una descripción sobre la metodología utilizada, cuestiones éticas y la presentación del caso para el desarrollo del estudio; el capítulo seis se describen los resultados obtenidos del estudio tomando en cuenta los objetivos del capítulo tres; además se presenta la discusión planteada en la convergencia entre los resultados obtenidos y los antecedentes teóricos del marco referencial y al final las conclusiones.

II. Planteamiento

Para contextualizar al lector se hace la acotación que esta investigación tiene como base el plan del envejecimiento saludable, donde la persona mayor es aquella que tiene de 60 años o más como parte de la clasificación propuesta por la OMS.

Según la OMS se prevé un ascenso de la población de más de 60 años de edad a nivel mundial, entre el 2020 y 2030 el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34%, la pauta de envejecimiento está siendo superior que, en el pasado, esto hace un mayor reto el garantizar sistemas sanitarios y sociales que estén preparados para afrontar el cambio demográfico en todo el mundo (OMS, 2021).

Así mismo la OMS (2021) espera que para el 2030, una de cada seis personas sea mayor a 60 años subiendo de 1000 millones en el 2020 a 1400 millones y para el 2050 aumente a 2100 millones, siendo los cambios poblacionales más significativos en países de ingresos bajos y medianos.

En México se ha visto un incremento de las personas mayores de forma notable, según el reporte legislativo los datos censales de 2020 por Kárter (2021), en 1950 las personas de 60 años y más representaban el 5% de la población, en el 2020 esta cifra subió al 12%, se espera que para el año 2030 suba al 15% y para el 2050 sean el 23% de la población nacional. En México habrá más personas mayores y vivirán más tiempo ya que ha incrementado la esperanza de vida y ha disminuido la tasa de natalidad. También reportan que en el 2020 la esperanza de vida que se registraba es de 75.2 años y se espera que a mediados de este siglo aumente a 79.6 años (Kárter, 2021).

Así en México 2020 según la información censal de 1990 a 2020 el número de personas de 60 años o más asciende de 5 a 15.1 millones siendo este incremento la evidencia del proceso de envejecimiento que se observa a nivel mundial (INEGI, 2021). La población femenina de este sector suma 8.1 millones y representan el 54% de este segmento de edad, a diferencia de la población masculina que sube a 7.0 millones representando el 46%. Los que nacieron en la generación de los años 1957 y 1961 que corresponden a 60 y 64 años suman 4.8 millones de personas (31.8%) el porcentaje más alto de estas edades entre las personas mayores (Káner, 2021).

En las estadísticas de los datos censales de 2020 Jalisco se encuentra en la cuarta posición de mayor población de la tercera edad entre las entidades federativas con cerca de un millón de personas mayores representando el 6.6%. En cuanto a municipios Guadalajara está en el segundo lugar con 238, 500 personas mayores y Zapopan en el séptimo lugar con un índice de 172,228 personas de 60 o más años (Kánter, 2021).

En cuanto a los datos de proyecciones por el Instituto de Información de Estadística y Geografía (IIEG) de Jalisco en el 2015 el 9.7% de su población tenía 60 años o más y se espera que para el 2030 aumente a 14.3% alcanzando un millón 302 mil 346 de personas mayores, situación que traerá con ella importantes desafíos para el estado ante las necesidades de este sector poblacional (IIEG, 2020).

A la mitad de 2020 en Jalisco la población de mujeres de 60 años o más representaba el 54.5% (502,816) mientras que la población masculina el 45.5% (420, 315), de tal forma que había 84 hombres por cada 100 mujeres y para el 2030 se espera que el índice de masculinidad sea de 83 hombres por 100 mujeres. En el 2020 se registró una mayor proporción de población en Jalisco conformada por personas entre los 60 y 64 años de edad con un porcentaje del 32%. En cuanto a la situación conyugal de las personas de 60 años o más en el Estado de Jalisco el 56.6% (621,106) eran casados y el 3.9 % (42,564) vivían en unión libre (IIEG, 2020).

En México en cuestión de género se registra una diferencia significativa entre hombres y mujeres, en la esperanza de vida las mujeres tienden a vivir más años que los hombres. El promedio de vida para el sexo femenino en el 2021 se registró en los 78.5 años a diferencia del sexo masculino de 72.7 años. Desafortunadamente aunque las mujeres tengan mayor longevidad no significa que vivan en situaciones adecuadas y de respeto a sus derechos humanos, enfrentándose aún más a los estragos de desigualdad de género, resultado de sus edades activas siendo reflejada en su estado económico contando con pensión o no, teniendo familiares a su cargo, problemas de salud y enfrentarse a los prejuicios ante el envejecimiento, maltrato y violencia en su vejez, por lo que la ONU en 2020 propone encontrar respuestas multifacéticas que se centren en los derechos de las personas mayores (Kánter, 2021).

Al igual que a nivel nacional Jalisco reporta una desigualdad en la actividad económica de las personas de 60 años o más, existe una brecha notable entre géneros en su participación en este sector, el 46.6% de hombres trabajan o buscan empleo, en cambio en las mujeres solo el 20.2%,

siendo las mujeres de 60 años o más con mayor porcentaje de no actividad económica. Además, en Jalisco se observa que el envejecimiento de la población está iniciando una transformación social de las más significativas para el siglo XXI con consecuencias para todos los sectores sociales como son: el financiero y el mercado laboral, la demanda de bienes y servicios, la estructura familiar y lazos intergeneracionales (IIEG, 2020).

Como se ha venido advirtiendo anteriormente los retos generados por el cambio demográfico abarcan todos los sectores donde se puede desarrollar el ser humano, uno de los factores que tiene mayor impacto en ellos es el factor social al que se tienen que enfrentar los adultos mayores, el maltrato y los estereotipos negativos hacia la vejez se han ido incrementado significativamente durante los años y con mayor énfasis durante la pandemia de COVID-19, el crecimiento acelerado de este segmento de la población hace a este un desafío notable dentro de la salud pública (OMS, 2021).

El maltrato a las personas mayores suele ser un acto único o repetido que cause sufrimiento que se produce por una relación basada en la confianza, siendo un acto de violación a los derechos humanos de la persona (OMS, 2021). El adulto mayor tiene una progresiva disminución de sus potencialidades funcionales y cognitivas de su proceso natural de envejecimiento aumentará el estado de dependencia hacia sus cuidadores que con frecuencia es la familia haciéndolos propensos a sufrir violencia intrafamiliar (López, et al., 2020).

Se prevé que hay pocas estadísticas de casos registrados a consecuencia de que la gran mayoría de las personas mayores sufren violencia en sus hogares siendo un problema no muy visible en el exterior, para poder medir estadísticamente el problema la OMS (2021) retoma estadísticas de una revisión de 2017 de 52 estudios realizados en 28 países en distintas regiones, este estudio informó que había una prevalencia de violencia general al adulto mayor en entornos comunitarios del 15.7%, un 11.6% de maltrato psicológico siendo el índice más alto de maltrato, un 2.6% de maltrato físico, un 6.8% de maltrato financiero, un 4.2% de desatención y un 0.9% de abuso sexual (Yon, et al., 2019).

Para la OMS el maltrato a las personas mayores puede tener graves consecuencias físicas, mentales, financieras y sociales, que los puede llevar a mayor tiempo de recuperación que otros grupos de edad, algunos factores de riesgo que aumentan el vivir el maltrato son la dependencia funcional, discapacidad, una mala salud física o mental, bajos ingresos y deterioro cognitivo,

mientras que los factores que aumentan los riesgos para cometer maltrato a las personas mayores son las enfermedades mentales, la dependencia al adulto mayor y el abuso de sustancias.

En respuesta al cambio demográfico que estamos viviendo y que se acentuará en los próximos años la OMS en su publicación Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020 y la década del Envejecimiento Saludable de la ONU¹ 2021-2030, colaboran para optimizar la capacidad funcional y prevenir el maltrato de las personas mayores mediante iniciativas que puedan ayudar a detectar, cuantificar y responder el problema, sin embargo, muchas de las estrategias que se han intentado aplicar pocas tienen la posibilidad de probar su efectividad ya que la mayoría de las intervenciones son limitadas, las estrategias más prometedoras son las que tienen alcance en administración del dinero, teléfonos de asistencia, alojamientos de emergencia y la participación de equipos multidisciplinarios para responder el problema desde todos sus ámbitos, incluyendo la justicia penal, atención médica, la atención de la salud mental, servicios de protección de adultos y atención crónica, desde 4 ámbitos de actuación (OMS, 2021) que más adelante se explicaran con mayor detalle.

La salud mental en la vejez tiene la misma importancia que en otras etapas del desarrollo, la OMS (2017) estima que aproximadamente el 15% de la población de 60 años y más sufren de algún trastorno mental, siendo la depresión y la demencia los principales trastornos neuropsiquiátricos en este grupo de edad, seguidos por los trastornos de ansiedad que representan el 3.8%, uno de los retos principales para la atención en la salud mental es la poca consciencia que existe en el personal sanitario y en las propias personas mayores sobre la dimensión de los problemas mentales que puedan tener, propiciando un estigma en las enfermedades mentales y mayor resistencia a buscar ayuda, además de contar con poca información y capacitación para el personal sanitario en el área de bienestar mental y emocional (Gutiérrez & Agudelo, 2016).

1 Según la OMS el envejecimiento saludable conceptualiza a la persona que tiene 60 años o más, dejando en segundo término el concepto de tercera edad por ser ambiguo y estar sujeto a condiciones específicas de cada país o región.

III. Justificación

Como se puede advertir en el planteamiento del problema la estructura demográfica a nivel mundial está cambiando, la esperanza de vida en las personas está incrementando gracias a los avances científicos y tecnológicos, sin embargo, este incremento en la esperanza de vida de las personas y la disminución de natalidad está ocasionado un cambio importante en la estructura demográfica que por primera vez se está observando en la historia de la humanidad. La Organización Mundial de la Salud junto con las Naciones Unidas prevén un ascenso acelerado del segmento poblacional de personas de 60 años o más teniendo su mayor auge en el 2050 y con ello grandes retos para garantizar que los sistemas sanitarios y sociales estén preparados para la atención integral de todas las personas y en especial énfasis a las personas mayores.

La vejez es el último estadio del desarrollo con el que vienen cambios físicos, mentales y sociales que la persona debe de afrontar. Dentro de los cambios físicos podemos observar la disminución de las funciones corporales, enfermedades crónicas, la aparición de estados de salud complejos que se le conoce como síndromes geriátricos, fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, úlceras, estados delirantes, demencia, etc. Mientras que en los cambios mentales y sociales se encuentra el cambio del nivel de energía, del estado del ánimo, en su alimentación y sueño, se pueden desarrollar cuadros depresivos, ansiosos, somáticos, una reestructuración en su rol familiar y social, defunciones de familiares o de amistades y soledad entre otros. Lo que causa que en la vejez muchas personas se perciban y se encuentren en un estado vulnerable.

Desafortunadamente, aunque exista una mayor esperanza de vida para nuestra humanidad eso no asegura que sea en las mejores condiciones, un gran número de personas mayores han sufrido maltrato y violencia con mayor incremento en los últimos años por el aislamiento social causado por el COVID-19 haciendo difícil el observar la realidad en la que viven dentro de sus viviendas. La OMS ha registrado que hay mayor riesgo de sufrir maltrato y violencia para los adultos mayores que se perciben vulnerables y dependen económicamente de miembros de la familia que tengan alguna enfermedad mental o que abusen de sustancias.

Es por ello por lo que, la ONU declaró la década del envejecimiento saludable 2021-2030 como principal estrategia para lograr y apoyar acciones dirigidas a construir una sociedad que incluya a todas las edades, sin embargo, aún existe una escasez dentro de estrategias de intervención para las personas mayores en diferentes ámbitos de la salud física y mental.

En el Plan de la Década del Envejecimiento Saludable se abre la oportunidad de una colaboración multisectorial y multipartito en los cuatro ámbitos de actuación del plan, creando una plataforma para destinar y convocar la promoción de cualquiera de estos ámbitos, para la OMS es importante que todo interesado de diferentes sectores y disciplinas puedan estar conectados entre sí, pudiendo generar alianzas multidisciplinarias que ayuden a generar conocimientos y proyectos de acción.

Para el sector de salud mental es importante poder generar mayor conocimiento para la atención en esta etapa de la vida y con especial énfasis en la psicoterapia. Como ya lo hemos advertido anteriormente las actitudes que podemos tener frente a esta etapa pueden verse influidas por nuestra percepción social generando estereotipos generalmente negativos hacia la vejez, siendo este uno de los factores de riesgo para las personas mayores el sufrir maltrato, depresión, ansiedad y una distorsión cognitiva en sus experiencias vitales, además de ser un tema de salud estigmatizado. Dado lo anterior es que resulta importante implementar planes de tratamiento desde la psicoterapia para las personas mayores haciendo énfasis en la resignificación con el objetivo de integrar las experiencias vitales y con esto contribuir al envejecimiento saludable. y aportar

Es por lo anterior que este trabajo de investigación se plantea los siguientes objetivos:

Objetivo general

Analizar la resignificación de experiencias vitales y su relación con el cambio subjetivo en una mujer mayor dentro del proceso psicoterapéutico para el envejecimiento saludable.

Objetivos específicos

Identificar las cogniciones de los acontecimientos dentro la resignificación de experiencias vitales en una mujer mayor para el envejecimiento saludable.

Describir los episodios de cambio en una mujer mayor dentro del proceso psicoterapéutico para un envejecimiento saludable.

Pregunta principal

¿De qué manera se evidencia la resignificación de experiencias vitales y su relación con el cambio subjetivo en una mujer mayor para el envejecimiento saludable?

Preguntas secundarias.

¿Cómo es la resignificación de las experiencias vitales de una mujer mayor para el envejecimiento saludable?

¿Cómo son los episodios de cambio en una mujer mayor dentro del proceso psicoterapéutico para un envejecimiento saludable?

Supuesto de la investigación.

El proceso psicoterapéutico es una herramienta que puede facilitar la posibilidad de reconstruir los significados de las experiencias vitales, favoreciendo la transformación de la realidad de la persona mayor, con ello cambiar su autopercepción y su relación con los otros, a fin de desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas para optimizar las oportunidades de mejora y conservar la salud física y mental en el envejecimiento.

IV. Marco Referencial

En este apartado se podrá encontrar una descripción detallada de la conceptualización del envejecimiento tanto en nuestra actualidad, como en la historia y aspectos de relevancia para la comprensión de esta etapa de vida. Abordaremos el plan de la década del envejecimiento saludable que propone la OMS y como es que se está proponiendo en México.

Por otra parte, se conceptualizará y describirán las experiencias vitales en esta etapa de vida aunando los factores contextuales que la involucran en la actualidad, así mismo se desarrollará el concepto de resignificación y del cambio subjetivo en la psicoterapia y psicoterapia en la vejez.

4.1 Envejecimiento.

El envejecimiento según la OMS (2021) se puede describir como “el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales,” asociándola a transiciones vitales, así mismo Lagos (2020) hace referencia a la vejez como la edad en donde se tiene un componente biológico y cronológico en donde lo más importante dentro de los derechos humanos es la construcción social que se le da a esta etapa de la vida.

Para el instituto nacional de Geriatria de México (2017) el envejecimiento es un proceso que se da de forma gradual y adaptativo, que lo caracteriza una disminución relativa de su respuesta homeostática, debida a los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos por los retos que se llega a enfrentar el organismo a lo largo de la vida de la persona.

Desde el año 1982 en la primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento se constituyó que la edad para marcar el inicio de la vejez fuera a los 60 años de edad, sin embargo, se ha observado a lo largo del tiempo por diferentes autores y organizaciones como la OMS que la construcción social de la vejez puede cambiar por diversos factores sociales y culturales, no solo tomando en cuenta la cuestión fisiológica, por ello Krassoievitch (2001) plantea que en los estudios de la vejez deben de tomarse en consideración la personalidad, historia individual y las posibilidades de cada sujeto, Mesa-Fernandez, et al. (2019) mencionan al proceso del envejecimiento como un fenómeno multidimensional y heterogéneo donde las experiencias vitales, los diversos factores culturales y los factores genéticos biológicos determinarán el proceso de envejecimiento y su calidad de vida.

El envejecimiento se debe de ver entonces como un proceso, “una visión longitudinal de una imagen mucho más real de cualquier población añosa” (Krassoievitch, 2001, p.23) con cada generación irá cambiando el proceso de envejecimiento, en modo tal que para la generación actual de personas mayores no serán las mismas experiencias vitales que tendrán las siguientes generaciones. Por ello la OMS (2020), Mesa-Fernández et al. (2019), Krassoievitch, (2001) y Guadarrama, et al. (2017) Concuerdan con que muchos cambios del envejecimiento pueden ser atribuidos a las percepciones sociales generando un constructo psicológico, siendo los roles sociales, la cultura y la familia los principales factores que influyen en él.

A lo largo de la historia del ser humano la percepción hacia la vejez ha ido cambiando, en la prehistoria la vejez era vista como una protección sobrenatural que se le daba a la persona, ya que era difícil llegar a años avanzados, desde entonces se ha observado que la persona mayor depende de su contexto general, Minois (1987) puntúa que hasta en los pueblos prehispánicos sin escritura han dejado prueba de ello, la persona mayor era honrada, respetada y representaba un papel social importante, se pensaba que la persona que estuviera más cercana al más allá por su edad era la mejor representación de lo divino y del mundo, sin embargo, no tenía una connotación tan positiva entre los turco mongoles en los siglos V al X ya que para ellos al igual que otros pueblos prehispánicos las personas con mayor longevidad se encontraban en medio de los dos mundos y eso significaba que podían estar en el mundo de la santidad o podían estar en contacto con malas influencias, por lo que eran condenados a muerte si se tenía sospecha de esto.

Por otro lado, en África solo 3 personas longevas de la tribu eran sacralizados y los colocaban en el tercer lugar de su jerarquía sobrenatural, para ellos existían las almas, los genios y posteriormente los ancianos (Minois, 1987). América prehispánica para los aztecas las personas mayores eran incluidas en el consejo de ancianos “calpulli” puesto que habían sobrevivido a las guerras y a las enfermedades, tenían un papel muy importante dentro de la sociedad y sus familias (Krassoievitch, 2001).

En general en las culturas prehispánicas las personas mayores tenían una construcción social positiva, sin embargo, el papel de la persona mayor va perdiendo fuerza a partir del siglo V en el mundo Hebreo donde se fueron reduciendo los lugares para ellos en el poder político y judicial y se comienza a desarrollar una ambigüedad en la percepción de la vejez, en el Grecia antigua donde se sentaron las bases de la sociedad occidental la vejez estaba dentro de los grandes misterios, por un

lado en una sociedad que buscaba la perfección hacía que la vejez se viera como algo peor que la muerte, ya que en ese tiempo de vida eran recogidos las cualidades que tenían las personas por lo que la vejez era considerada como una maldición y en ocasiones hasta la ridiculizaban (Minois, 1987), de acuerdo a esto Aristóteles en su Retórica (Libros, II, XII, XIII Y XV) presentaba una percepción negativa a esta etapa de la vida interpretando la compasión a estas edades como una debilidad, para él era equivalente al deterioro y la ruina siendo inútil hacia la sociedad, por otro lado en las percepciones positivas encontramos a Platón en la República le da un máximo respeto a las personas mayores por sus experiencias vividas, destaca a las personas en esta etapa de la vida, como personas que han llegado a su máxima prudencia, saciedad, juicio y discreción y las ubica dentro de la comunidad con las funciones de gran responsabilidad divina y jurisdiccionales, en superior estigma social, estas dos visiones serán después retomadas por diversos autores a lo largo de la historia y la actualidad (Carbajo, 2008).

En la edad media las personas mayores eran vistos como los débiles de los débiles, siendo influenciados por Grecia antigua, los hombres eran considerados ineptos para poder utilizar armas, eran mal valorados en la vida humana y no costaba mucho matarlos por lo que si se mataba a un hombre mayor de 50 años la multa era mucho menor que si mataban a un hombre de 15 años, para las mujeres como el valor de vida se consideraba por la reproducción después de los 40 años bajaba considerablemente la cuota por asesinato y después de los 60 años era prácticamente gratis, así es como las personas mayores a partir de los 40 años eran las menos ayudadas y consideradas para la sociedad, después en la alta edad media empieza una ambigüedad ante las personas longevas, ya que se podían ver como viejos guerreros que sobrevivieron, pero que estaría en espera de la enfermedad y deterioro por lo que se prefería tener combates para dejarse matar (Minois, 1987), por lo que la iglesia los posicionó dentro de los débiles y enfermos.

A lo largo de esta época no todas las percepciones eran negativas como ya habíamos mencionado anteriormente también existían una ambigüedad, en esto podemos resaltar al filósofo cristiano San Agustín que dignificó la visión cristiana de la persona mayor, puesto que de ellas se esperaba un equilibrio emocional y se liberaran de ataduras de las satisfacciones mundanas. En el tiempo renacentista se rechaza lo viejo evadiendo el tema de la muerte y se le da una imagen de melancolía y se les atribuyen aspectos negativos como la brujería (Carbajo, 2008).

Durante la peste bubónica, aunque parezca una construcción contraria las personas mayores fueron favorecidas durante esta etapa que les dio un papel con mayor importancia, ya que durante la pandemia fueron afectados muchas personas, pero mayormente los niños y adultos jóvenes haciendo que las personas mayores que sobrevivieron fueran nuevamente posicionadas como las cabezas de la familia (Minois, 1987).

Tiempo después en el siglo XIX Schopenhauer ve a la vejez como un tiempo difícil, sin embargo, una etapa en la que también se puede tener aspectos agradables (Carbajo, 2008), es así como elogia a la vejez como una etapa de vida donde el ser humano logra tener atributos de libertad y vanidad, ya que para él es en la etapa donde somos conscientes de nuestra liberación personal con el mundo y se ha tenido suficiente vida para tener el sentido de las cosas y su valor, desarrollando una actitud horaciana y un sentido de juicio esto lo lleva a encontrarse en un estado de Calma (Ziegler, 2013).

En este siglo gracias a los escritos de los filósofos mencionados y de otros autores dan pie a la aparición de la geriatría como disciplina, como aportación previa cuando Francis Bacon planteo en su escrito *History of Life of Death* que la vida humana se prolongaría cuando la higiene y otras condiciones sociales y médicas mejorasen, en 1909 cuando el médico austriaco *Ignatz Leo Nascher* introduce el término de la Geriatría al mundo científico, por lo que es considerado como el Padre de la investigación de la vejez, dándole un aspecto médico social del problema, con ello se desarrollaron las primeras investigaciones científicas enfocadas a el área biológica de esta etapa de la vida, en el declive biológico (Carbajo, 2008), posteriormente se irán desarrollando investigaciones que contengan un estudio de carácter social y psicológico en la vejez.

Gracias a los escritos elaborados por Quetelet dio lugar a la inauguración de la investigación de la Gerontología, donde manifestó que es de importancia establecer los principios que rigen el proceso por el que pasa el ser humano desde el momento que nace, crece y muere, destacando la relación entre las influencias biológicas y sociales en el proceso de envejecimiento y defendió la propuesta de la realización de las investigaciones rigurosas en torno al envejecimiento. Fue hasta 1929 que por Rybnikov fue introducido oficialmente el término de gerontología como la investigación en el comportamiento en la edad, investigando las causas y condiciones del envejecimiento (Carbajo, 2008).

Por otro lado en el área política y económica en estos siglos ya se había establecido los derechos de una seguridad social y establecido la jubilación, siendo este el inicio de la etapa donde el gobierno se empieza hacerse responsable de ver por el cuidado de las personas mayores, esto hace que el trabajo se convierta en un área de gran importancia en la sociedad, durante el tiempo esto se fue desarrollando en diferentes países, en México esto no fue posible hasta en 1925 con la ley de pensiones civiles y de retiro (Martínez, 2020), y el 28 de julio de 2008 el Lic. Felipe de Jesús Calderón Hinojosa presidente de la República Mexicana firmo el decreto presidencial con el que se creó el Instituto Nacional de Geriátrica.

En la actualidad todavía sigue existiendo una ambivalencia en la percepción social como se ha venido trasladando en la historia, aunque en las sociedades en el pasado haya sido difícil llegar a viejo y en ocasiones hasta se podría decir como una excepción hoy en día el ser una persona mayor no es un privilegio, en México esto resalta y el instituto Nacional de Geriátrica pone como lema “Por un envejecimiento, sano y activo.”

4.2. Plan de la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030.

En plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 toma el concepto de personas mayores para referirse a las personas que tienen 60 años o más y fue creado con la finalidad de fomentar y mantener la capacidad funcional que pueda permitir el bienestar en la vejez, consiste en 10 años de colaboración concertada, catalizadora y sostenida, con su eje central las personas mayores, juntando los esfuerzos de los gobiernos, sociedades civiles, organismos internacionales, profesionales, instituciones académicas y medios de comunicación, comunidades y familias para desarrollar un plan de acción de estrategia mundial (OMS, 2020).

Este plan se centra en cuatro ámbitos de actuación, en ellas se busca fomentar el envejecimiento saludable y poder mejorar las vidas de las personas mayores y su contexto (familia y comunidades), el primer ámbito propone cambiar la forma de pensar, sentir y actuar hacia la edad y el envejecimiento, ya que se ha observado que existen actitudes negativas hacia las personas mayores y el envejecimiento dentro de las comunidades y que difícilmente se cuestionan, dentro de este ámbito se prioriza lo siguiente:

Los estereotipos, los prejuicios y la discriminación respecto a las personas por su edad como el edadismo (según la OMS se refiere a la forma de pensar, sentir y actuar con respecto a los demás y a nosotros mismos por razón de la edad), esto puede afectar a cualquier persona sin importar su

edad, sin embargo, afecta especialmente a las personas mayores teniendo efectos contraproducentes sobre su salud y bienestar. Estas actitudes se desarrollan desde una temprana edad y pueden verse reflejadas en las personas mayores con actitudes negativas relacionadas con la salud, rendimiento físico, cognitivo y longevidad, en especial riesgo de agravarse si la persona es una mujer mayor y/o tiene una discapacidad (OMS, 2020).

Es por ello por lo que en este ámbito se resalta la importancia de llevar actividades que ayuden a proporcionar actitudes positivas y realistas de la edad y del envejecimiento para que todas las sociedades sean capaces de integrar a personas de todas las edades, el objetivo de la campaña para combatir la discriminación reclamada por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA69.3 de 2016 con el propósito de replantear el envejecimiento (OMS, 2020).

El segundo ámbito de actuación corresponde a asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores. Los espacios físicos, sociales y económicos son factores relevantes para determinar la salud e influir en las experiencias que conllevan en el envejecimiento, es decir que los espacios que estén mejor adaptados para las necesidades de una persona mayor serán mejores espacios para crecer, vivir, trabajar y envejecer, para ello se busca eliminar y crear nuevas políticas, sistemas, servicios, tecnologías y productos (OMS, 2020).

Así en el tercer ámbito de actuación y donde corresponde los objetivos de esta investigación, se pretende ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores, no discriminatoria con servicios de salud esenciales de calidad en las áreas de prevención, promoción, cuidados paliativos, rehabilitación, atención curativa, bucodental y atención terminal, acceso a estancias de salud, medicamentos y vacunas, atenciones sanitarias y de asistencia, cuidando la economía del usuario, siendo la atención primaria de salud es el pilar de la cobertura sanitaria universal y el enfoque con mayor eficiencia y eficaz para el progreso del bienestar físico y mental (OMS, 2020).

Este ámbito busca el fortalecimiento de estas atenciones para que tengan mayor accesibilidad, sean asequibles, equitativas y seguras contando con un personal competente, reglamentos, leyes adecuadas, fondos suficientes y sostenibles, resalta la importancia de contar con el reconocimiento de la equidad, justicia social, la protección social y la erradicación del edadismo generalizado que ha afectado de forma negativa el acceso de las personas mayores a los servicios de

salud de calidad, se centra en la prestación de servicios de atención integrada y enfocada en las personas y servicios de salud primaria integrales sensibles a las personas mayores (OMS, 2020).

En el cuarto y último ámbito de actuación se postula el proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que lo necesiten, basándose en la merma de la capacidad física y mental que puede influir en una limitación de la capacidad de las personas mayores para su cuidado de sí mismas y su participación dentro de la sociedad, por lo que requieren atención de cuidadores informales como pueden ser amistades o familiares. En este ámbito se requiere del acceso a los cuidados de largo plazo de buena calidad para mantener la capacidad funcional, disfrutar de los derechos humanos básicos y puedan vivir con dignidad (OMS, 2020).

Esta visión de la década del envejecimiento saludable requiere e incluye la adopción de alianzas de colaboración multisectorial y multipartita en cada uno de estos 4 ámbitos como ya se había mencionado anteriormente, con el objetivo de que se pueda crear un cambio transformador fomentando la confianza intergeneracional por medio del progreso de oportunidades que todas las personas puedan tener un envejecimiento saludable, por lo que se creó una plataforma con el propósito de conectar y convocar partes que estén interesadas en promover los cuatro ámbitos de actuación u obtener información, capacitación y orientación en ellos.

Envejecimiento saludable en México.

Esto nos hace preguntarnos ¿México está preparado para este cambio demográfico? Para Robles-Silva et al. (2020) dentro de América Latina el tema del envejecimiento tiene un papel marginal a causa del escaso número de publicaciones centradas en la epistemología y servicios de salud. En el caso de México se ha incrementado el estudio sobre el envejecimiento y la salud pública, no obstante, para algunos autores estas publicaciones son incipientes, dado que en el área de la salud mental solo el 2.9 % de 147 publicaciones hechas entre 1978 y 2003 estuvieron relacionadas con adultos mayores y para inicios del siglo XXI están escasas a nivel internacional. Otro factor importante que tomar es el factor social en la percepción de la vejez como lo menciona Guadarrama, et al. (2017), debido a que alrededor del concepto de la vejez existen muchos estereotipos que marcan el cómo se integran las personas mayores a la sociedad.

En México el marco del envejecimiento saludable se ha hecho de gran importancia para poder ofrecer una mejor respuesta a los retos del envejecimiento de la población actual y futura, el

Instituto Nacional de Geriátría (2016) ha reportado que hoy en día el mexicano que cumple 60 años puede esperar vivir otros 22 años más, sin embargo, se estima que solo 17 años de estos podrían ser en un buen estado de salud, lo que representa que por lo menos 5 años la persona mayor vive con una o varias enfermedades y pérdida de funcionalidad causando un deterioro en su calidad de vida.

Con respecto a la autopercepción de salud (indicador del nivel de salud de la población percibida) en México solo 4 de 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres dicen gozar de buena salud, lo que nos indica que más de la mitad de las personas que se encuentran en esta etapa de vida la cursan con mala salud interfiriendo en otros aspectos de su vida, en el caso de las mujeres aun que tengan mayor esperanza de vida presentan peores condiciones de salud, estos años de vida saludables perdidos están estrechamente relacionados con estilos de vida desfavorables, como es una mala alimentación, enfermedades crónicas sin cuidados, altas cantidades de ingesta alcohólica o sustancias nocivas, tabaquismo y presión arterial no controlada (Gutiérrez & Agudelo, 2016).

En México se tiene un mayor porcentaje de fragilidad en personas mayores, mientras la prevalencia de la fragilidad a nivel mundial oscilaba entre un 20% en el 2016 los mexicanos alcanzaban una prevalencia de 21.6%, esta condición disminuye la capacidad de la persona de responder a factores estresantes y aumenta su vulnerabilidad a desenlaces perjudiciales como pueden ser la dependencia, discapacidad o muerte, esto ha incrementado en los años el uso de los servicios de salud y la necesidad de cuidados de personas de 60 años o más, esto representa un problema que ya en el país se cuenta con pocas personas capacitadas para ayudar a este sector de la población, el sector salud mexicano solo cuenta con 197 geriatras registrados, lo que hace que México se encuentre alejado de los indicadores internacionales y representa una escasa capacidad de servicios especializados y equipos de trabajo competentes y especiales (Gutiérrez & Agudelo, 2016).

Los estereotipos negativos, la discriminación y el maltrato son otros factores que están presentes en México y que influyen directamente en esta etapa de la vida, el 63.3% de los mexicanos en el 2015 se encontraban preocupados por el cambio demográfico sobre todo por la asociación implícita que se tiene hacia la vejez con la dependencia y su necesidad de cuidados por alguna limitación funcional física o mental (Gutiérrez & Agudelo, 2016). Así mismo Hernández, et al. (2017) Concuerdan en que persiste una representación social rígida de la vejez en jóvenes universitarios, ya que la asocian con un deterioro de las capacidades físicas y mentales con las que una persona podría funcionar socialmente, siendo los estereotipos generalmente negativos, pero este

no es solo el único resultado que obtuvieron, sino también se observó que puede existir una percepción positiva hacia las personas mayores cuando existe un mayor contacto con ellas.

Zamorano-Rojas, et al. (2022) En su análisis sobre los estereotipos de la vejez bajo las miradas del cine mexicano coinciden con esto, dentro de su conclusión destacan que la vejez es vista como una etapa de la vida inquietante, ya que por un lado forma parte del futuro de cada persona y por otro se vuelve una meta a la que no se quiere llegar, puesto que se ha estereotipado socialmente como una etapa de dolor, aflicción y sufrimiento, bajo los medios de comunicación se ha ido creando una mirada sobre la vejez como la etapa final de la vida y que las personas que se encuentran en ella solo deben sentarse a esperar el fin, generalmente en medio del abuso y la discriminación. Estos estereotipos se han magnificado gracias a los mensajes de los medios y de la industria cultural, en donde se han creado productos para una sociedad consumidora de la juventud, rapidez y eficacia.

En tal sentido la percepción en nuestra cultura abarca que las personas mayores no se pueden cuidar solas, puesto que requieren de muchos cuidados y atenciones para sus dolencias y enfermedades, es mejor llevarlos a un asilo para ser cuidados y ser alejados por sus familiares, ser relegados socialmente porque no tienen una función social, pero esta no es solo la mirada que existe en México, sino que también hay otra mirada y que esta empieza a crearse una excepción en el cine mexicano en la creación de largometrajes que presentan una vejez activa, se parte de darle un papel importante a las personas mayores, sobre todo siendo parte de nuestro círculo social y que exista una necesidad de perpetuarse y no ser olvidados, transitándola como la edad en donde se sigue tendiendo retos en la vida (Zamorano-Rojas, et al., 2022).

En el 2020 se creó el programa institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de Geriátría con 4 objetivos prioritarios, para la promoción de la salud y el desarrollo de las condiciones necesarias para alcanzar un envejecimiento saludable en México, en forma resumida los objetivos buscan el desarrollo de investigaciones científicas y tecnológicas en el campo del envejecimiento y salud con colaboraciones a nivel nacional e internacional, ofrecer programas educativos de calidad, capacitación de recursos humanos para la salud y divulgación de información, la vinculación con el programa Sectorial de Salud 2020-2024 para garantizar el acceso efectivo de todos los mexicanos a servicios de salud de calidad (INGER, 2020).

Con base en lo mencionado anteriormente el Instituto Nacional de Geriátría ha desarrollado un boletín interactivo desde sus plataformas digitales con la finalidad de brindar mayor información a la sociedad acerca de la vejez, además de impartir cursos, talleres y diplomados para profesionales de la salud y personas que estén interesadas en el tema y así poder combatir la falta de conocimiento que puede actuar de forma negativa en los estereotipos sociales que afectan a las personas mayores (INGER, 2022).

Es por ello la importancia de sumarse a crear nuevas investigaciones científicas que nos brinden mayor conocimiento sobre la atención en la salud física y mental de las personas mayores en México, esta investigación pretende aportar información para el área de la salud mental en el trabajo de la psicoterapia en la vejez.

4.3 Experiencias vitales.

Como ya se ha mencionado anteriormente la vejez corresponde a una de las etapas del desarrollo humano y en cada una de estas etapas las personas viven experiencias que irán formando parte de su concepción de vida, para Díaz-Prieto (2019) las experiencias vitales que tiene un individuo van a determinar en gran medida su presente y éstas tendrán influencia en su identidad, personalidad, estilo de vida, su interés y rutina, por lo que las experiencias vitales son eventos significativos acontecidos que influirán de forma positiva o negativa en nuestra vida, Achipiz, et al. (2016) se refieren a ellas como las huellas vitales, los rastros que se heredan del pasado y que se vuelven un referente en el presente que vive una persona en elementos de su personalidad y actuar, aspectos identitarios que le dan un sentido y construyen significados.

Son aquellos rastros que van a definir la subjetividad y la forma de reaccionar de la persona, se hacen presentes como recuerdos que le ayudan a percibir la realidad que está viviendo y se va construyendo a partir de su propia experiencia (Achipiz, et al., 2016). Para Ospina (2010) las experiencias vitales son una formación de categoría humana que se carga de sentido y significados que se produce en el mundo interior de la persona, esta formación puede crear condiciones de perdurabilidad, apropiación y autoconstrucción con su historia.

Dentro de la narrativa de la persona se puede apreciar las huellas que se encuentran latentes en su presente histórico, la huella vital es el nombre con el que se identifica un sentimiento, una emoción en situaciones vividas en el contexto donde la persona estuvo involucrada, estos proporcionan una marca permanente en la persona que se manifestarán con el pasar del tiempo e

influyen de manera directa en su toma de decisiones y en cómo el sujeto interactúa con otras personas y su ambiente, así las huellas vitales pueden moldear el accionar, si se ha tenido una huella vital negativa puede aparecer en la vida de la persona con manifestaciones negativas o viceversa si ha sido positiva, entonces la persona tendrá manifestaciones positivas, en tal manera están presentes en la forma de afrontar la vida (Achipiz, et al., 2016).

Díaz-Prieto (2019) menciona que los eventos importantes de la vida pueden incitar a cambios significativos en las relaciones interpersonales y un desencadenamiento de estados mentales, así se ha tomado el interés por el análisis del impacto de los eventos vitales sobre la salud física y mental de las personas mayores, en ellos se ha identificado que una serie de eventos que puedan comprometer la salud física, mental, el bienestar y la calidad de vida incluyendo las experiencias de enfermedades, aflicción, problemas sociales, laborales o financieros, soledad, cambios de residencia entre otros.

De forma similar Secín (1984) describe la importancia que tienen las experiencias vitales en la salud de la persona y como es que se han visto relacionadas con la enfermedad partiendo de la hipótesis de que tanto cambios positivos como negativos son capaces de causar un desequilibrio en el organismo y manifestarse en síntomas físicos y en enfermedades psiquiátricas, en estas últimas se ha observado una correlación con experiencias vitales de la infancia. Así mismo Ferreira (2013) describe a las experiencias vitales como aquellos sucesos que tienen lugar en la vida de la persona y que pueden alterar potencialmente su estado físico y mental y diferencia entre el concepto de experiencia y acontecimientos vitales.

Los acontecimientos vitales se pueden dividir en dos, los normativos como el cambio de escuela, casa y trabajo y los no normativos como el divorcio o separación de los padres, enfermedades de un pariente o problemas judiciales, los acontecimientos vitales son diferentes de las experiencias vitales en su carácter temporal, puesto que estos se dan en un determinado tiempo y no son permanentes, todos los acontecimientos vitales generan estrés, en el caso de un acontecimiento positivo como es el casarse, ascender en el puesto de trabajo o recibir un reconocimiento genera menor cantidad de estrés, en cambio en los negativos generan mayor nivel de estrés como puede ser por un divorcio, ser despedido del trabajo, el impacto que tendrán estos sobre la vida de la persona dependerá de la forma de afrontamiento del estrés que tenga y la percepción hacia ellos, podrá alterar su salud y/o bienestar (Ferreira, 2013).

Los factores que influyen en la percepción de los acontecimientos vitales dependen de los factores personales como son la edad, sexo, temperamento y de su entorno como el sistema familiar, escolar y social, existen diversas formas de clasificación, Ferreira los divide en 3 grupos: acontecimientos vitales del ciclo evolutivo, de resiliencia y de alteraciones psicológicas (Ferreira, 2013).

Los acontecimientos vitales del ciclo evolutivo se pueden entender como los sucesos o hechos que se reconocen como importantes por darse en su cambio evolutivo, los seres humanos atraviesan por distintas etapas a lo largo de su vida (Suarez, 2010). Estos sucesos estresantes se pueden dar en función de la edad y requerir de estos para la maduración del individuo, así es como de forma evolutiva se esperara que la persona pase por ciertas experiencias, ya sea en los niños pequeños, para dejar el pecho, caminar, como en los adultos jóvenes empiecen su vida laboral (Ferreira, 2013) o en la etapa de la vejez que se espera que la persona mayor pase por la jubilación, el acercamiento a la muerte con muertes de amistades, familiares, pareja y cambios biológicos en su cuerpo (OMS, 2022)

Los acontecimientos vitales de resiliencia son aquellos con los que se toma en cuenta la resistencia que puede tener un individuo a su impacto o por su resiliencia, desarrollado en modelos de adaptación positiva o en contextos de riesgo (Ferreira, 2013). La resiliencia en las personas mayores tiene una relación positiva con la personalidad y el ambiente social (apoyo social y familiar) que puede recibir y el trauma al que se enfrenta (Vázquez, 2019), ya hemos descrito que todas las personas mientras estén vivas pueden vivir un acontecimiento vital, por lo que no solo dependerá en qué etapa del desarrollo se encuentre la persona, sino de la capacidad de resiliencia que se tiene ante ella, Vázquez (2019) menciona que las experiencias vitales anteriores son las que tendrán un papel importante para los recursos actuales y futuros con los que las personas mayores contarán, los recuerdos de la infancia donde se tuvo resiliencia serán parte de los factores de protección, otro factor de la resiliencia y que es parte de las experiencias vitales es la espiritualidad, el tener el sentimiento de que la vida sigue después de la muerte ayuda a tener una conciencia de su finitud, cuando están en la última etapa de la vida.

Acontecimientos vitales y alteraciones psicológicas, en este se mide como es que los acontecimientos influyen en las alteraciones del estado del ánimo, como ya habíamos mencionado anteriormente los sucesos vitales pueden generar estrés y depende de la cantidad de estrés que genere

será la gravedad de síntomas psicológicos tanto en niños como adultos, en este punto se puede destacar la relación de las pérdidas y duelos con la depresión (Ferreira 2013), la estructura familiar es la que influye desde la edad temprana en la psique del ser humano, la red de apoyo de la familia es importante, si existe en la familia un maltrato, esta experiencia puede llevar a alteraciones psicopatológicas.

Acorde a lo anterior López, et al. (2020) señalan que los adultos mayores que han sufrido maltrato de tipo relacional con la familia tuvieron resultados de un nivel medio de soledad y tristeza, se llegan a percibir con indiferencia y se evidenció la existencia de una depresión ligera en la que la estrategia de afrontamiento más utilizada era la espiritualidad, por otro lado Balea-Fernández, et al. (2020) destacan que el principal factor de riesgo para que una persona mayor pueda ser maltrata es la dependencia y que el maltrato puede presentarse en diferentes formas como: por abuso, abandono o negligencia, falta de recursos económicos y la psicológica la manera más frecuente en la que reciben el maltrato dándole poca capacidad de afrontamiento para su vida.

Siguiendo los aportes anteriores una de las alteraciones psicopatológicas que más resalta en los adultos mayores es la depresión, puede causar grandes sufrimientos e influir de forma negativa en la calidad de vida de este sector poblacional, a nivel mundial la depresión afecta aproximadamente al 7% de las personas de 60 años o más y es frecuente que los síntomas depresivos se pasen por alto y que no se traten adecuadamente, ya que se adjudica a otras situaciones físicas por las que pasan, en México se reporta que del 15 al 20% de la población ambulatoria puede padecerlo y en las que se encuentran hospitalizadas esto sube a un 25 o 40% (Instituto Nacional de las personas adultas mayores, 2019), así se destaca la importancia de los acontecimientos vitales en la psique de las personas mayores.

Aunado a esto Pérez (2008) en su libro *Aprender de los grandes cambios vitales* menciona que las experiencias vitales están presentes en cada momento del desarrollo humano, que van describiendo la historia de la persona, de la cual ella misma es protagonista y autor, es una historia a base de historias encadenadas que termina reclamando unidad y sentido, es por el cual suele haber una relación entre las elecciones que se tienen en la vida y el argumento de un guion del que no siempre se tendrá consciencia, las historias son los hechos y forma en que se cuentan, en otras palabras son el significado que se les destina y condiciona el presente y lleva a proyectar el futuro. La peculiaridad de las trayectorias se va marcando con cada experiencia y estos dependerán de los

efectos de las influencias culturales e históricas que pueden afectar a los miembros de una generación en un contexto específico y el periodo de edad en el que esté presente la persona.

4.4 Resignificación.

Según Molina (2013) la resignificación es un proceso donde la persona rehace los significados de su campo individual o colectivo lo cual llega a implicar un restablecimiento de una nueva realidad.

En el mismo sentido Bustamante, et al. (2020) se refieren a la resignificación como a la posibilidad de poder reconstruir lo que se ha narrado facilitando el desarrollo de herramientas para el proceso de comprensión del problema y construcción de soluciones.

Charles (2014) menciona a la resignificación como un encuadre, en el que se transforma el significado que las personas dan a sus experiencias, haciendo que se puedan transformar los sentimientos y las actuaciones, en su descripción toma en cuenta la co-determinación circular intra e impersonal, donde el cambio se puede generar en cualquiera de los elementos del sistema.

La resignificación puede activar una memoria particular, aquella que puede estar relacionada con las situaciones traumáticas dentro de la historia de la persona y al mismo tiempo con las historias inconscientes, son las memorias que han intervenido en el inicio y el sostenimiento de procesos identitarios alienantes, según a como se resignifique la experiencia es el cómo se reestructura y transformara su propia historia (Kancyper, 2019).

La persona logra cambiar la percepción o visión de su realidad y la vive de forma diferente, la lleva a una nueva concepción de sí mismo y de quienes están en su contexto. La resignificación es lo que sucede en una psicoterapia efectiva, los psicoterapeutas tenemos el trabajo de que la persona salga con nuevas ideas o percepciones que les puedan dar luz ellos mismos a sus ideas por medio de la palabra (Charles, 2014).

Así mismo Cardona, et al. (2020) Describe a la resignificación como un proceso en el cual se da nuevamente un significado, la persona le otorga a una situación un valor o sentido diferente al que se había dado, dentro de la psicología y la psicoterapia se destina este término a la capacidad de darle un sentido nuevo al pasado a partir de una nueva comprensión en el presente. Este nuevo sentido de la resignificación viene con un cambio observable (Cardeño & Ruiz, 2017)

La resignificación es uno de los objetivos específicos asociados a la reparación, la reparación es un concepto que está asociado al trauma y daño, reparar lo irreparable, en la medida que se entiende que nunca se podrá volver al punto donde inicio todo, como en los acontecimientos vitales, no podemos volver a cambiar el pasado de forma física, no podemos devolver a la persona lo que ha perdido en esa vivencia, pero si lo que le representa es donde la resignificación toma sentido, implica un cambio en torno a lo que ha significado esa experiencia evocando emociones y cogniciones para incorporar nuevos contenidos que constituyan una nueva comprensión del acontecimiento en su coherencia interna (Capella & Gutiérrez, 2014).

El concepto de resignificación no solo puede ser de forma individual, sino también puede ser como una representación social, en donde se destaca el aspecto simbólico de la interacción humana, de sus relaciones sociales y la construcción de nuevo sentido de vida, por medio de las creencias que tienen los miembros de la comunidad, estas son configuradas y reorganizadas por medio de discursos y producciones mentales (Cardona, et al., 2020).

En este sentido el concepto de vejez y su percepción está viviendo una resignificación social importante, de la percepción subjetiva de la vejez sobre la última etapa de la vida donde se podía esperar la muerte a una renovación de vida, nuevas oportunidades, una nueva forma de vida, que involucren retos motivadores, (Klein & Cháves-Hernández, 2014). Ahora con la década del envejecimiento saludable se espera una resignificación importante para esta etapa de vida, tanto de forma individual como en forma social.

En la resignificación social se espera que se pueda combatir el edadismo, como ya antes se había descrito hoy en día todavía existe una discriminación hacia las personas mayores, la que ocasiona aislamientos, maltrato y miedo alrededor de esta etapa de la vida, Cardeno y Ruiz (2017) se refieren que en la actualidad hay un amor hacia la niñez y juventud haciendo que se rechace a la vejez por sus cambios biológicos y estilos de vida, los significados que hay alrededor de esta etapa es de una persona con canas y enferma, por lo que se requiere resignificar socialmente estos conceptos para establecer un nuevo estilo de vida.

En este punto es donde entra uno de los objetivos del plan de la década del envejecimiento saludable de la OMS 2020, en este se intenta modificar las creencias de la población configurándolas y reorganizándolas con información sobre la vejez y dejar a un lado las creencias que se habían formado sobre la ignorancia de este proceso, así cambiando su significado social por uno nuevo.

Cardenio y Gennes (2018) mencionan la importancia de las autopercepciones que tienen las personas mayores y como estas pueden influir en la forma de vida, las personas mayores que se encuentran institucionalizadas tienden a tener una percepción negativa hacia ellos mismos, al igual que las que son dependientes de algún familiar, por otro lado observaron una percepción positiva con las personas mayores que no dependían económicamente y pueden realizar mayor número de actividades, la resignificación de experiencias y percepciones hacia esta etapa de la vida será de importancia para poder ayudar a la persona de 60 años o más a tener una percepción positiva de su vida.

4.5 Episodios de cambio o Actos del habla.

Dentro de la psicoterapia existe la perspectiva discursiva, esta perspectiva tiene su origen en la filosofía del lenguaje de John Langshaw Austin en su libro *hacer cosas con palabras*. Para Austin (1962) no solo se puede usar el lenguaje para describir la realidad, sino que también realiza acciones, cuando hablamos hacemos algo más que solo decir algo, estamos realizando acciones y no se debe de confundir con la acción de pronunciarlas, ya que existe la parte gramatical y está también la parte de acción, así entonces las acciones humanas son lingüísticas.

El lenguaje es una práctica social, por lo que a través de este se construye y se forma la realidad (Austin, 1962), por lo tanto la perspectiva discursiva asume el discurso como el principio generador, en la psicoterapia el lenguaje verbal y no verbal es la principal herramienta con la que se accede a la conciencia de la persona, el proceso de cambio se construye en la comunicación del terapeuta y su consultante, este conlleva un cambio de significado de una situación o de uno mismo, a partir de esta concepción se adopta como estrategia de estudio la teoría de los actos del habla (Fernandez et al., 2012).

Es importante distinguir los 3 tipos de actos de habla que existen y fueron sostenidos por Austin, el primero es el acto locutivo, este es cuando lo que se dice es literal, lo que expresa la oración, una expresión lingüística, hacemos oraciones para referirnos a objetos; el segundo es el acto ilocutivo es la acción que se realiza al decir algo, la finalidad que se pretende lograr con lo dicho, de otra forma se realiza una acción por medio de la emisión y por último el acto perlocutivo este es el efecto que se produce en el receptor cuando se dice (Aristegui et al., 2004).

Los actos del habla pueden dividirse en dos grupos los directos y los indirectos, los actos directos son los actos que se van a expresar directamente con la intención en el enunciado, en cambio los

actos indirectos como su nombre lo dice son aquellos actos que se indicarán de modo indirecto en la intención del enunciado, en este la finalidad es distinta a la que se expresa (Aristegui et al., 2004).

Tiempo después será que Searle el discípulo de Austin desarrolle la concepción sistemática basada en la estructura ilocutiva para dar lugar a la taxonomía vigente, en ella se distinguen 5 tipos de actos de habla que serán tomados después para la realización del Sistema de Clasificación de la Actividad Terapéutica (SCAT), los cinco puntos ilocutivos de uso de lenguaje son: declarativo, compromiso, directivo, afirmativo y expresivo (Aristegui et al., 2004).

En resumen, la teoría de los actos del habla parte del supuesto de decir algo, es hacer algo, cuando una persona habla se encuentra realizando una acción y esa acción es un acto del habla, este se entiende entonces como la unidad básica de la comunicación lingüística, así que dentro de la psicoterapia podemos observar las interacciones conversacionales para poder comprender las acciones compuestas por diferentes tipos de actos del habla (Aristegui et al., 2004).

Para ello es importante identificar las líneas de investigación en psicoterapia según Aristegui et al. (2004) menciona que existen tres líneas de investigación: a) los estudios sobre los factores de cambio que no son específicos o no están dentro de los comunes, b) la manualización de la terapia y c) el estudio del proceso de psicoterapia. Dentro del tipo c) que es el tipo referente a esta investigación, el estudio se centra en la interacción que existe entre el terapeuta y consultante y en el proceso del cambio que se experimenta durante la relación de ayuda, dicho de otra forma, los episodios de cambio terapéutico.

Este tipo de estudio toma la interacción narrativa que existe en la psicoterapia, un encuentro en particular y diferente a las interacciones narrativas que podemos tener con otras personas día a día (Fernández et al., 2012), con el principal objetivo de describir lo que ocurre en las sesiones de psicoterapia y como objetivo específico la realización de un análisis del diálogo que existe entre el terapeuta y consultante por medio de los actos del habla en episodios del proceso psicoterapéutico determinados de los momentos de cambio identificados (Aristegui et al., 2004).

Para entender el cambio subjetivo que sucede dentro del proceso psicoterapéutico se necesita comprender las teorías subjetivas, estas son entendidas por Castro, et al. (2015) Como “representaciones o supuestos individuales de las personas acerca de ellas mismas y de su contexto” p.366, que podrán permitirle a la persona interpretar, justificar y juzgar sus propias experiencias y

la relación que tiene con los otros, ahora bien el cambio subjetivo es entendido como el cambio en el significado de la comprensión de una situación o de sí mismo (Aristegui, 2004).

Existen 19 indicadores de cambio subjetivo que permiten identificar los momentos en que el consultante llega a manifestar un cambio subjetivo, que enlistan Krause, et al. (2006):

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. La aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza.
5. Cuestionamiento de formas habituales entendimiento, comportamiento y emoción.
Implicación de problemas antes no vistos y redefinición de metas terapéuticas.
6. Expresar la necesidad de cambio.
7. Reconocer la propia participación en los problemas.
8. Descubrir nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestar una nueva emoción o comportamiento.
10. Aparición de sentimientos de competencia.
11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre sus aspectos propios individuales, propios con el entorno y propios con elementos biográficos.
12. Reconceptualizar los problemas propios y /o síntomas.
13. Transformaciones de las valoraciones y emociones en relación a sí mismo y con otros.
14. Formación de constructos subjetivos de su propia biografía.
15. Enraizamiento de constructos subjetivos en su propia biografía.
16. Autonomía en el manejo del contexto de significado psicológico.
17. El reconocimiento de ayuda recibida.
18. Disminución de la asimetría.
19. Construcción de una teoría subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno.

Sin embargo, estos indicadores no son los únicos indicadores que deben de estar presentes para el análisis de cambio en un proceso psicoterapéutico, sino que también se deben de cumplir con cuatro indicadores genéricos del cambio, a continuación, se describen como Krause, et al. (2006) señalan:

1. Correspondencia teórica: Los momentos de cambio se deben de incluir en alguno de los 19 indicadores de cambio previamente mencionados.
2. Verificabilidad: Lo cual indica que los cambios deben de observarse en la sesión o si se dieran fuera de la sesión, en dicho caso deberían de ser mencionados dentro de la sesión y que se pueda hacer referencia de que el cambio sucedió por el trabajo en la terapia.
3. Novedad: El cambio es manifestado por primera vez.
4. Consistencia: La coherencia o concordancia del cambio que ha sido expresado verbalmente con su comunicación no verbal y momentos posteriores a la sesión o a la terapia no deben de ser contradichos.

Así es como se toma la teoría de los actos del habla a fin de investigar el papel del lenguaje en la interacción terapéutica, como un factor de cambio subjetivo (Aristegui, 2004) a través de la resignificación de experiencias vitales de la persona. Ahora, resulta pertinente revisar lo anterior con la población específica que se trabajó en este estudio de caso de la presente investigación, esto se desarrollará en el siguiente apartado.

4.6 Psicoterapia en la vejez.

Como ya se ha venido advirtiendo la salud mental en la etapa de la vejez es igual de importante que en las otras etapas del desarrollo. Los seres humanos experimentan cambios psicológicos significativos durante toda su vida, es por ello por lo que es importante considerar las tareas que se deben de cumplir en cada una de estas etapas y las peculiaridades de su contexto social (Hernández, 2005).

Autores como Hernández (2005), Martín-Montolíu (2008) y Etxeberria (2021) resaltan la importancia de las experiencias vitales y las tareas del desarrollo en la etapa de la vejez para una mayor comprensión de las personas que transitan por ella.

Actualmente, el periodo de la madurez en especial a vejez es constituida por episodios con mayor amplitud y complejidad desde la visión social y psicológica, esto apunta a que los procesos de cambio no seguirán patrones fijos, si no estarán articulados por diferentes dimensiones, considerando que la naturaleza del cambio puede ser muy diversa en la vejez a diferencia de la etapa infantojuvenil que mantienen una mayor uniformidad, la vejez muestra rasgos de multidimensionalidad y multidireccionalidad (Martín-Montolíu, 2008).

Siendo el emergente subjetivo más característico de la persona mayor para Martín-Montolíu (2008) una progresiva confrontación entre la experiencia acumulada y su deterioro de sus capacidades físicas, para explicar este emergente subjetivo Hernández (2005) y Martín-Montolíu (2008) sugieren tomar a consideración los labores de cada etapa del desarrollo de Erik Erickson para la psicoterapia con personas mayores, con especial énfasis en la última de estas, que corresponde a la labor que enfrentan las personas mayores en esta etapa de la vida, Erikson la describe como integridad del ego frente a la desesperación, en la que supone la aceptación de su vida para la aceptación de la próxima muerte, donde la persona que logra la integridad del ego podrá ponerle un significado positivo a su vida, en otras palabras darle un sentido a su existencia a lo que Erikson refiere como sabiduría, por el otro lado si la persona no alcanza la integración del ego puede caer en la desesperación siendo una persona que no pueda aceptar su vida lamentándose de sus errores, de su pasado, sin encontrar el sentido de su existencia, teniendo terror a su muerte, pensando que el tiempo será demasiado corto para intentar otro modelo de vida y buscar caminos alternativos hacia su integridad. Por lo que los objetivos principales en la

psicoterapia con personas mayores deben de ir orientadas a la integración del ego (Hernández, 2005).

La salud mental de las personas mayores estará determinada e influida por su historia de vida, su historial médico, incapacidades funcionales o económicas, limitaciones de su calidad de vida, pérdidas significativas de familiares o amistades y satisfacción de sus necesidades (casa, sustento, servicios para su salud física y mental, compañía, atención, esparcimiento, respeto a sus derechos) que debe de tomar en consideración el psicoterapeuta para la comprensión de la salud mental de la persona mayor (Hernández, 2005).

Como ya se había mencionado anteriormente uno de los principales desafíos para la atención mental en las personas mayores es la poca información y capacitación que existe para este rubro del Sector Salud (OMS, 2020), que puede generar impaciencia y sentimientos de frustración a los profesionales de la salud en su atención, recomendando tener en cuenta los aspectos mentales del envejecimiento, reacciones psicológicas y emocionales, siendo la depresión el trastorno psicológico más frecuente en la vejez (Hernández, 2005).

Otros procesos psicológicos negativos frecuentes en la vejez son: el miedo a la soledad y dependencia (estando implicados los apegos permanentes que le dan un significado a la continuidad a su existencia), disociaciones de su cuerpo físico de los afectos y sus emociones, hiperactivos, sobre dependientes, sentimientos de inutilidad, vacío y pérdida de autoestima, si las intervenciones dentro de la psicoterapia suelen ser directas sin tomar en cuenta el proceso de la persona estos procesos pueden traer consigo mecanismos defensivos como el aislamiento, no salir de casa, falta de interés al proceso (Hernández, 2005; Martín-Montolíu, 2008).

En cuanto a los enfoques psicoterapéuticos recomendados para la atención en la vejez de forma individual varían, ya que cada enfoque está diseñado para abordar el dolor psíquico y puede trabajar el principal objetivo de esta etapa de la vida (la integración del ego), también es recomendable el manejo de grupos terapéuticos para el trabajo de la soledad y aislamiento (Hernández, 2005; Martín-Montolíu, 2008; Lleonart & Mateu, 2016).

No existe específicamente un enfoque psicoterapéutico para la vejez, pero con base en los autores anteriormente mencionados se resalta la importancia de la comprensión de esta etapa del desarrollo y los procesos psicológicos sobre la experiencia acumulada y la experiencia actual

respetando la historia de vida, así la vejez se observa como un fenómeno heterogéneo y multidimensional por lo tanto más que una técnica psicoterapéutica se necesita un enfoque integral para su atención.

V. Marco metodológico

En este apartado se describe la metodología que se ha utilizado, en la primera parte se describe el diseño de la investigación y sus características, posteriormente pasaremos a conceptualizar el método de análisis de caso en psicoterapia y los instrumentos utilizados para la recolección de datos.

En sus últimas secciones este apartado contiene las técnicas utilizadas para el análisis de los datos, las consideraciones éticas del estudio, el diseño y presentación de datos.

5.1 Diseño de la investigación.

La presente investigación está bajo la metodología cualitativa, según Martínez (2011) se define como aquella investigación en donde se busca la comprensión e interpretación de la realidad subjetiva humana y social, trabajando con la experiencia singular de la persona interesándose por la interpretación de los significados, creencias, valores y sentimientos de la persona dentro de su contexto histórico y cultural.

La metodología cualitativa se distingue por tener un diseño flexible que trabaja con la experiencia de la persona buscando generar teoría con base en los resultados obtenidos, cuenta con una perspectiva integral considerando todos los factores involucrados en la experiencia y la realidad de la persona como una totalidad siendo así inexistente la manipulación de variables.

De acuerdo con Martínez (2011) el papel del investigador consiste en interactuar con los individuos en su contexto para captar e interpretar los significados y conocimientos que tienen de sí mismo y de su realidad, así mismo Martínez (2006) refiere que en la investigación cualitativa se trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades que da razón a su comportamiento y sus manifestaciones.

Por lo antes mencionado es por lo que se considera a la investigación cualitativa la más adecuada para el abordaje del estudio de un proceso psicoterapéutico, ya que dentro de este trabajamos con los significados de las experiencias del consultante con base en sus pensamientos, acciones y sentimientos en su contexto social y cultural, viendo así al consultante como un ser integrado que forma una unidad de análisis.

5.2 Método de estudio de caso en psicoterapia

Según Scandar (2014) un estudio de caso es el análisis profundo de un fenómeno puntual que se define con coordenadas espaciales y temporales dentro de su contexto, se puede considerar un tipo de investigación cualitativa al trabajar bajo un estudio de caso encontramos en el campo de la interpretación fenomenológica de los datos recogidos.

Existen diferentes tipos de estudios de caso que se pueden clasificar por factores temporales, estos pueden ser retrospectivos en los que se plantea un hecho pasado con sus implicaciones actuales, transversales donde se examina un período específico de tiempo y se busca una constancia de la globalidad dentro del contexto del fenómeno tal como sucedió y diacrónicos donde se intenta dar cuenta de los cambios a lo largo del tiempo (Scandar, 2014).

Así mismo, Scandar para el uso de estudios de caso en psicoterapia describe diferentes metodologías, están los estudios de casos clínicos que llevan narraciones del terapeuta de lo sucedido para después compararlas con propuestas teóricas, los experimentales para registrar cambios específicos y observables en un consultante que se puedan atribuir a la intervención y los pragmáticos en psicoterapia que sirven para documentar un proceso psicoterapéutico en profundidad (2014).

Es así que, para esta investigación se utilizará un estudio de caso pragmático en psicoterapia y diacrónico, puesto que se documentó detalladamente el proceso psicoterapéutico llevado por una mujer mayor para dar cuenta de los cambios sucedidos a lo largo del tiempo en el que se estuvo dentro de este proceso.

5.3 Instrumentos de recolección de datos.

Para el objetivo de la investigación se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos: diario de campo en una modalidad institucional para la documentación, registro de los procesos y supervisión que se llevan en el ITESO dentro de la maestría en psicoterapia al que se le llama Documento Eje y audio-grabaciones de las sesiones. A continuación, se describirán a detalle.

Diario de campo y Documento Eje.

El diario de campo según Valverde (1963) es un instrumento de registro de información con un proceso similar a una libreta de campo, sin embargo, este instrumento cuenta con una gama más amplia de utilización organizada metódicamente conforme a la información que se desea recabar de cada uno de los reportes con diferentes técnicas y profundizar sobre los hechos del estudio.

Siguiendo con el concepto de Valverde (1963), Martínez (2011) menciona al diario de campo como un instrumento donde el investigador va recabando lo observado basándose a sus notas realizadas en la libreta de campo, narrando minuciosamente y periódicamente las experiencias vividas y los sucesos observados por el investigador, siendo importante no confundir a este instrumento con los relatos literarios, puesto que estos últimos se asemejan más a una autobiografía que a la descripción de experiencias y hechos, siendo fundamental conservar el rigor y la objetividad del documento.

Valverde (1963) señala 6 puntos fundamentales para la organización metódica de este instrumento:

1. Fecha de la actividad.
2. Describir las actividades y los objetivos a realizar.
3. Anotar actividades no realizadas.
4. Registro de hallazgos importantes y resultados.
5. Describir las observaciones o interpretación de los datos.
6. Describir la importancia de la experiencia del investigador.

Tomando esto en cuenta para llevar el registro de información y el análisis dentro del proceso psicoterapéutico, en la maestría en Psicoterapia del ITESO se ha formado el Documento Eje que permite analizar los diferentes aspectos que se encuentran dentro de una sesión y que es utilizado para la supervisión de casos, a continuación, se explicará a más detalle los puntos que se abordan dentro del documento.

1. Se describe el contexto de la sesión con fecha, lugar y número de la sesión y se busca describir los siguientes puntos: el contexto y situación personal del terapeuta al llegar a la

sesión, los avances de la comprensión del contexto sociocultural del consultante y se registran los avances en el proceso.

2. Se describe el propósito y estrategias del caso, en este rubro se describe el motivo de consulta y problemática construida con la persona, las hipótesis acerca del caso y los cambios buscados en el proceso psicoterapéutico.
3. Se relata la sesión.
4. Se transcriben los 10 minutos centrales de la sesión, se analizan las vivencias y significados del consultante como los del terapeuta. Se evalúan las intervenciones y se contrasta la práctica con la teoría.

Audio-grabaciones.

Para Vargas (2011) el audio-grabación es un instrumento de gran utilidad en las entrevistas, ya que es posible volver a reproducir los fragmentos deseados y poder escucharlos con mayor dedicación, como resultado se pueden observar y escuchar significados que no lo habían hecho anteriormente. Le puede ayudar al investigador a realizar interpretaciones más detalladas registrando las palabras, sonidos y movimientos.

De acuerdo con lo dicho anteriormente, en psicoterapia usamos las videograbaciones para poder captar con mayor cuidado los significados de la narración del consultante y de nosotros mismos, pudiendo regresar cuantas veces sean necesarias.

5.4 Técnica de análisis de datos

5.4.1 Criterios de selección.

Para el análisis del proceso terapéutico se contó con 40 sesiones video-grabadas, de las cuales se seleccionaron 9 sesiones para su transcripción y análisis, estas se seleccionaron por evidenciar de manera significativa mayor cantidad de lenguaje performativo y episodios de cambio.

5.4.2 Muestra.

Como ya lo hemos mencionado, de las 40 sesiones video-grabadas con las que se cuentan se tomaron como muestra 9 sesiones, después de aplicar el criterio de selección que consistió en seleccionar las

sesiones con mayor contenido de interacciones verbales focalizadas en conocer las experiencias vitales de la consultante así como las acciones y cogniciones que se derivaron de ellas, donde se habló de estrategias para el autocuidado, la muerte y el significado de la vida, cambios en sus emociones, pensamientos y acciones que aumentaron su calidad de vida, éstas corresponden a las sesiones: 04, 20, 27, 29, 30, 31, 32 y 40. s

5.4.3. Tipo de análisis: SCAT.

Para esta investigación se usará el Sistema de Clasificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) con el propósito de poder analizar la actividad verbal que existió entre el terapeuta y el paciente dentro de las sesiones más relevantes del proceso psicoterapéutico que se llevó a cabo.

El SCAT se puede aplicar para el análisis de la comunicación verbal en episodios de cambio, estancamiento o en otro tipo de episodios psicoterapéuticos de cualquier modalidad de intervención, en él subyace de forma teórica el lenguaje performativo, como un constituyente de la realidad, de esta forma con el hecho de expresar ya se hace algo, como ya se había descrito en el marco referencial a través del diálogo entre el terapeuta y consultante se realizan acciones verbales donde ambos se influyen mutuamente para construir nuevos significados, un cambio psicológico (Krause, Valdés & Tomicic, 2009)

Acorde a ello, en este tipo de análisis la acción verbal se le nombra “acción comunicacional” puesto que realiza el doble propósito de transportar información (comunicación) y producir influencia sobre el otro y la realidad construida por el terapeuta y consultante. Siendo su objeto de análisis “la acción comunicacional de terapeutas y pacientes” (Krause, Valdés & Tomicic, 2009, p.2), estos estarán definidos por el inicio de la verbalización de uno de ellos y se concluye con el inicio de las verbalizaciones del otro. Este sistema considera la codificación del tipo de comunicación (dimensión de acción) y su contenido.

A continuación, se describen los tipos de acciones comunicacionales para su análisis según Krause, et al., (2009):

1. Forma básica: escritura formal de la verbalización; en ellas se pueden distinguir cinco, asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir.
2. Intención comunicacional: en ella se analiza el propósito comunicacional que se expresa la verbalización del hablante, distinguiéndose en tres: explorar, sintonizar y resignificar.

3. Técnica: esta corresponde a los recursos metodológicos comunicacionales que están presentes en la acción comunicacional, como son: reflejo, interpretación, confrontación, información, entre otras.

Por otro lado, cuando hablamos del contenido de las acciones comunicacionales, nos referimos al objeto del trabajo terapéutico; en este se incluyen 2 dimensiones:

1. La del ámbito: en donde analizamos si el objeto del trabajo psicoterapéutico se limita a lo cognitivo (ideas), comportamiento (acciones) o a la emoción (afectos) (Krause, Valdés & Tomicic, 2009).
2. Referencia: en ella se analiza hacia donde se dirige la verbalización, estas pueden ser a sí mismo tanto de paciente como de terapeuta, a otra persona presente en la sesión (terapeuta, paciente u otro presente) a un tercero que este fuera de la sesión, la relación terapéutica, a la relación con un tercero fuera de la sesión o referencia a un sujeto neutral. (Krause, Valdés & Tomicic, 2009).

En las siguientes tablas se detallan las dimensiones y categorías que conforman el SCAT tomadas de Krause, Valdés y Tomicic, (2009).

Tabla 1. Acciones comunicacionales.

Dimensión de acción.			
Forma básica.			
Categoría	Código	Descripción	Ejemplos
Asentir	FBI	Se admite como cierto lo dicho por el otro.	si claro, entiendo, si, mhm
Aseverar	FB2	Se afirma algo que pretende ser verdad.	A la mejor por eso ya me siento más tranquila. Ya no me estreso tanto porque ya no le hago caso.
Negar	FB3	No se admite como cierto lo dicho por el otro.	No lo creo, quizás no, no puedo.
Preguntar	FB4	Realizada por el hablante para interrogar al otro sobre cierta información.	¿Cómo te sentías ese día? ¿Qué hiciste?

Dirigir	FB5	Intento de que el otro ejecute una acción cognitiva, emocional o comportamental.	Respira profundo y cierra los ojos, intenta percibir tus emociones.
Intención comunicacional			
Categoría	Código	Descripción	Ejemplo
Explorar	I1	Realizada por el hablante con el propósito de: a) Averiguar o entregar contenidos que se desconocen. b) Clasificar contenidos. c) Dirigiendo la atención y los esfuerzos hacia otro foco de conversación.	a) ¿A qué le tienes tanto miedo? ¿Qué haces cuando alguien te dice eso? b) Quiere decir que cuando pasan esas cosas no las compartes con nadie. c) El día de hoy quiero platicar sobre algo que paso y tuvo toda mi atención.
Sintonizar	I2	Se realiza con el propósito de: a) Entender o ser entendido por el otro. b) Armonizar con el otro. c) Darle una retroalimentación al otro.	a) Piensas que el que se sienta mal tiene que ver con su actitud. b) Te escucho y pienso sí a mí me pasara me sentiría muy presionada. c) Eso es justo lo que has avanzado en tu proceso significa que estás mejorando.
Resignificar	I3	Es realizada con el propósito de: a) Construir nuevos significados. b) Consolidarlos.	a) Has pensado que mientras sales con una cara feliz, realmente es para disfrazar la tristeza que has sentido durante mucho tiempo. b) Reconoces que te sientes triste y que eso hace que te alejes de tus hijos.
Técnica.			
Categoría	Código	Descripción	Ejemplo
Argumentación	T1	Se da un fundamento, un ejemplo, una generalización, o una justificación para un contenido.	No me puedo rendir porque eso es de débiles.
Autorevelación	T2	Evidencia información personal de sí mismo el terapeuta o el paciente en el rol de co-terapeuta.	Entiendo tu preocupación yo también me preocupo por mi familia.

Confrontación	T3	Se enfrenta al otro o a sí mismo con sus propias aseveraciones.	Usted solo quiere que lo escuchen no quiere escuchar a otros.
Consejo	T4	Se persuade al otro de manera que ejecute determinados actos, se da una instrucción o una tarea.	Debería de empezar a poner límites a su familia.
Imaginería	T5	Se representa mentalmente una situación presente, pasada o futura, real o fantaseada.	Imagina que estás en ese momento y llega tu turno.
Información	T6	Se entregan conocimientos dados por verdaderos.	Es importante que las personas se sientan escuchadas.
Interpretación	T7	Un contenido es comprendido, expresado y traducido a una nueva forma de expresión del mismo.	Pareciera que el sentirse sola no solo ha sido en su infancia, si no parte de su vida.
Metáfora	T8	Se usa en su sentido literal, y el otro sentido figurado.	Es como si tú fueras ese burro de carga que tiene que cargar con todo lo que se le pongo.
Narración	T9	Se citan contenidos que dan cuenta de una sucesión de hechos que se producen a lo largo de un tiempo determinado.	Hace una semana cuando mi hijo estaba trabajando me dijo que no quería hablar conmigo hasta que le tuviera la comida, así que camine a la cocina y vi que no había comida.
Nominación	T10	Se da un nombre a una idea, hecho o acción relatada.	No es que no te importen las cosas es que eres una persona respetuosa.
Paradoja	T11	Se declara algo en apariencia verdadero, pero que guarda una contradicción lógica que se presenta como absurda como el sentido común.	Está bien si quieres tratar a tu hijo como un niño, también existen los niños de 30 que necesitan que su mamá le dé comer.
Reflejo	T12	Hace de espejo de los estados afectivos, cognitivos y comportamentales del otro.	Te ves muy cansada y como molesta.
Refuerzo	T13	Se alienta o refuerza al otro.	Tú siempre has mostrado capacidad para afrontar ese tipo de problemas.
Resumen	T14	Se sintetizan los contenidos expresados por el otro o por uno mismo.	Podemos resumir en base a lo que me has contado que eres una mujer que se ha sentido sin valentía durante mucho tiempo.

Role playing	T15	Se actúa una situación poniendo en escena distintos personajes.	Hable como si tu fueras tu madre y yo como si fuera usted.
--------------	-----	---	--

Dimensión de contenido			
Ámbito			
Categoría	Código	Descripción	Ejemplo
Cognitivo	A1	El trabajo terapéutico se circunscribe principalmente al mundo de los pensamientos.	Pienso que no me quiere a su lado.
Emocional	A2	El trabajo terapéutico se circunscribe principalmente en el mundo de las emociones, sentimientos y/o estados anímicos.	Date la oportunidad de sentir tus emociones, esa tristeza.
Comportamental	A3	El trabajo terapéutico se circunscribe principalmente en el mundo del comportamiento.	Cuando no me hablan yo me alejo de ellos.
Referencia			
Categoría	Código	Descripción	Ejemplo
A sí mismo	R1	Cuando la verbalización en relación al objeto del trabajo terapéutico se dirige hacia el propio hablante, ya sea paciente o terapeuta.	Yo intento hacer lo mejor posible en mi trabajo.
A otro presente	R2	Cuando se dirige hacia el otro hablante presente en la sesión ya sea este paciente o terapeuta.	Tú deberás de escuchar lo que está expresando él.
A la relación terapéutica	R3	Cuando se dirige a la relación actual del o de los pacientes con el terapeuta.	Ya hemos hablado sobre ese tema en otras ocasiones.
A un tercero	R4	Cuando se dirige a otro dentro o fuera de la sesión.	Él jamás me ha dicho porque piensa así.
A la relación con un tercero	R5	Cuando se dirige a la relación del hablante con otro dentro o fuera de la sesión.	Nosotros nunca hemos podido ir a la casa de mi madre.
Neutral	R6	Cuando se dirige a algo indefinido, en la que se omite el sujeto de la comunicación,	Y seguirá pasando porque nunca ha cambiado nada desde entonces.

		independizando la acción de un agente.	
--	--	--	--

5.5 Consideraciones éticas

Para realizar esta investigación se tomaron en cuenta los principios básicos éticos de Helsinki en la Asociación Médica Mundial (1989), que a continuación se describen:

1. Las investigaciones biomédicas que involucran personas deben de realizarse de forma coherente a los principios científicos aceptados universalmente y estar fundamentados en el conocimiento meticoloso de la literatura científica.
2. Para el diseño y realización de cualquier procedimiento experimental que involucre personas se debe de formular por medio de un protocolo que se presente en consideración ante un comité nombrado siendo comentado y guiado, el cual siempre deberá de actuar ante las leyes del país donde se realice la investigación.
3. En las investigaciones biomédicas donde se involucren personas es obligatorio que se realicen únicamente por personas que estén cualificadas científicamente y que deben ser realizadas bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente en quién cae la responsabilidad respecto a las personas y jamás en las que sean participantes en la investigación que hayan otorgado su consentimiento.
4. Las investigaciones biomédicas que involucran personas deben de llevarse a cabo lícitamente, excepto en donde la importancia del objetivo que sea proporcional con el riesgo propio para las personas.
5. Todo proyecto de investigación biomédica donde estén involucradas personas tiene la obligación de salvaguardar los intereses de dichos participantes y predominar sobre los intereses científicos y de la sociedad, basándose en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas involucradas como para terceros.
6. Es indispensable salvaguardar la identidad de las personas participantes, implementando todas las reservas que sean necesarias para el respeto a su intimidad y reducir el mínimo impacto sobre su integridad física, mental y personalidad.
7. Se debe de suspender toda investigación en donde los riesgos superen los posibles beneficios.

8. Se debe de preservar la exactitud de los resultados que se han obtenido de la investigación y los informes que no estén en correspondencia con dicho principio no deben de ser aceptados en la publicación.
9. Todas las investigaciones que involucren personas se deben de informar los objetivos, métodos, beneficios y los posibles riesgos que el estudio podría tener para cada participante y se debe de informar de la libertad que tienen de participar o dejar su participación, firmando un consentimiento informado que este por escrito dándole el permiso al investigador de utilizar los datos que se obtendrán de su participación para el estudio.
10. Si el consentimiento informado se obtiene bajo la dependencia o coacción de la persona participante con el investigador, se deberá obtener por un médico que no esté comprometido en la investigación.
11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe de ser otorgado por parte del tutor legal según la legislación de cada país, esta sustituirá el consentimiento del participante, en el caso de tratarse de un menor de edad que pueda otorgar su consentimiento deberá de obtenerse de ambos tanto del menor como del tutor legal.
12. Se obliga a incluir dentro del protocolo experimental una declaración de las consideraciones éticas que están implicadas e indicarse el cumplimiento de los principios anunciados de la presente Declaración.

Asimismo, se tomó en cuenta el código ético del psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2014) en los artículos 118, 122 y 125 donde se establece que el psicólogo al iniciar un servicio como el de la consultoría y realizar una investigación debe de informar a la persona participante de forma clara y precisa sobre la naturaleza de dichas actividades y posteriormente de los resultados y conclusiones, siempre guardando el respeto a la dignidad y bienestar del participante, obteniendo el consentimiento informado por escrito de la persona que participará. En el consentimiento informado se deberá informar al participante de la libertad que tiene para participar, declinar o retirarse de la investigación y se le hace de su consentimiento el cómo se recolectará la información de cada sesión y se registrará bajo un anónimo.

También se tomaron los artículos 4.01, 4.02 y 4.03 de los principios éticos del psicólogo y código de conducta *American Psychological Association* (APA) del 2010 en los cuales se menciona que el psicólogo tienen como obligación primordial tomar las precauciones razonables para proteger la información confidencial obtenida, los alcances y límites de esta confidencialidad deben de ser

regulados por la ley, haciendo de su conocimiento tanto a la persona participante como las organizaciones involucradas los usos y limitaciones de la información obtenida por las actividades psicológicas. En cuanto a las grabaciones como técnica de recolección de datos, es importante que el psicólogo obtenga el permiso de la persona participante para grabar su voz y su imagen para la investigación.

En el Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia ITESO se cuenta con una carta de consentimiento informado para el servicio de psicoterapia (apéndice 1) y otra para el proyecto de investigación (apéndice 2) que de acuerdo con el Código Civil del Estado de Jalisco, la Ley Federal del Derecho de Autor y la Ley General de Salud se menciona a la persona participante que la información de las sesiones en la psicoterapia serán capturadas por medio de videograbaciones para que este pueda ser utilizado en actividades académicas entre alumnos y los profesores de la Maestría en Psicoterapia y su información será debidamente protegida de tal manera que cuando se cite a la consultante participante en este estudio será nombrada con el nombre Anastasia, por otro lado, se le informa acerca del proyecto de investigación del cual será partícipe, los datos de contacto, el propósito con el que se realiza dicho proyecto y que este requiere de una participación voluntaria.

5.6 Diseño y presentación del caso

En este apartado se da a conocer el caso de estudio para esta investigación, pero antes de continuar, se hablará del enfoque interdisciplinar con el que se realizaron las intervenciones.

A lo largo de los años ha ido cambiando la forma de ver realidad del ser humano, tanto en el área de la vida personal, como institucional y social. Dentro del siglo XX esto generó la necesidad de crear nuevos procesos metodológicos para conocer a profundo la realidad compleja por sus dimensiones en la que vive la persona (Martínez, 2006).

Para Morín (2002) la patología de la realidad está relacionada con adoctrinar una sola realidad existente, encerrando las teorías en ellas mismas y haciéndolas unilaterales causando la aceptación de reducir las experiencias en fragmentos limitados, un pensamiento reduccionista, dejando a tras la complejidad de la realidad, puesto que en ella es importante reconocer sus elementos como componente de un todo así como su contexto donde se habla de realidades diferentes pero no separadas aspirando a un conocimiento multidimensional.

La psicoterapia es una actividad “socioprofesional, compleja y socialmente histórica” (Moreno & Zohn, 2013, p.85) para poder comprender a una persona se necesita de una visión donde se pueda incluir las diferentes dimensiones que puede experimentar en diferentes momentos de su historia y contexto, verla como un ser complejo, es por ello que la maestría en psicoterapia del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) propone trabajar bajo un enfoque interdisciplinario con el objetivo de romper con los límites existentes entre los enfoques psicoterapéuticos y otras disciplinas, en el que los alumnos puedan construir procesos de psicoterapia donde no se olvide la complejidad y heterogeneidad de los problemas que pueden ir cambiando en el consultante (Moreno & Zohn, 2013).

A continuación, se presenta de manera general el caso de estudio.

5.6.1 Motivo de consulta.

Mujer de 64 años llega a consulta por medio del Proyecto Presencia, ella refiere como motivo de consulta estar con miedos y preocupaciones que le están afectando su salud física y emocional, lo cual la hace buscar ayuda, además de la persistencia de su hijo para que entre a un proceso psicoterapéutico.

5.6.2 Conceptualización del caso.

Datos sociodemográficos de la consultante.

Nombre: Anastasia (Seudónimo para proteger identidad)

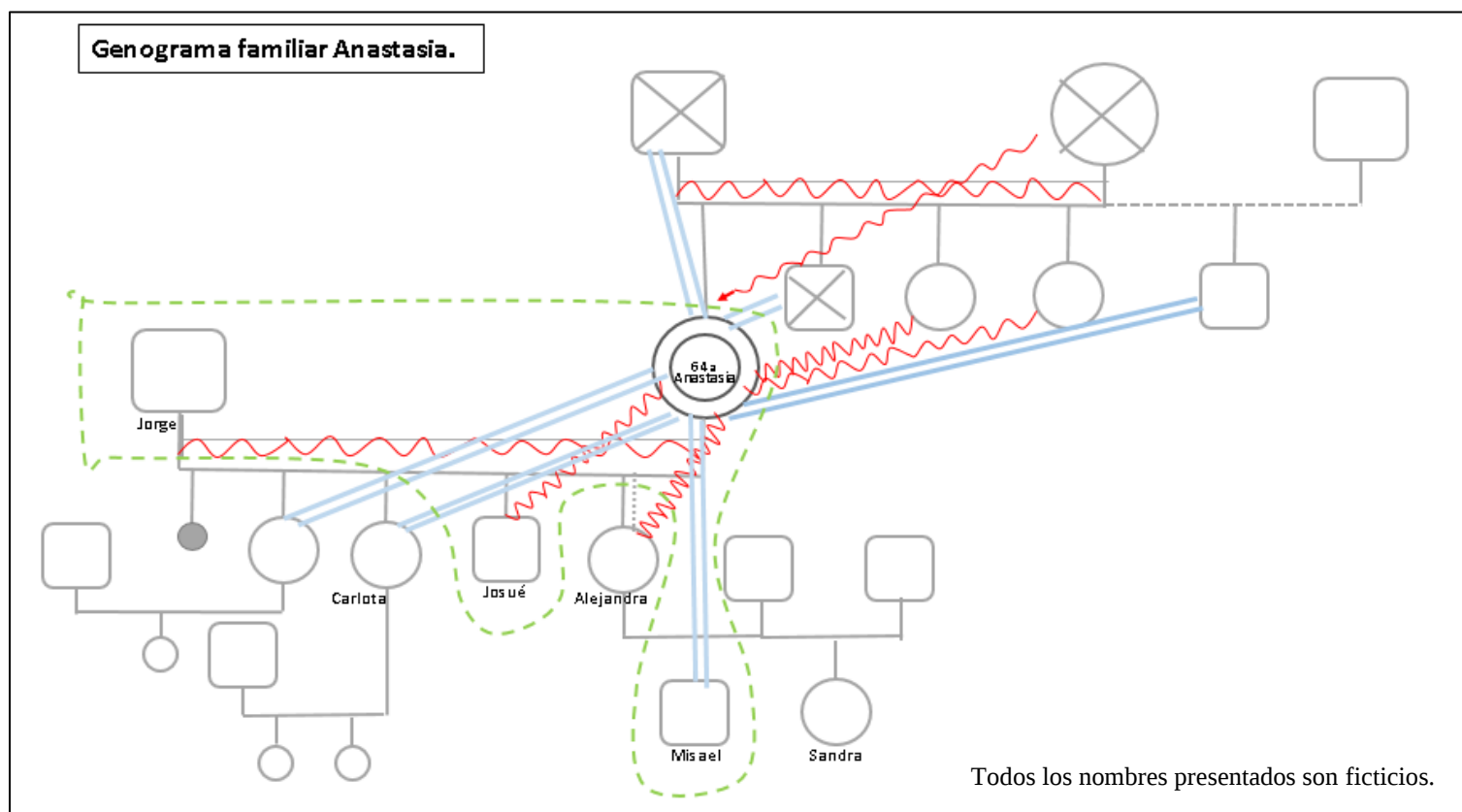
Edad: 64 años

Nacionalidad: mexicana.

Nivel de estudios: Preparatoria.

Genero con el que se identifica: Femenino.

Ocupación: Trabajo de tiempo completo en un supermercado como empacadora.



Anastasia es una mujer de 64 años; llegó el 29 de enero de 2020 a consulta en el programa del proyecto presencia de la universidad, con el motivo de consulta como ya lo habíamos mencionado, tener miedos y preocupaciones que le están afectando su salud física y emocional, lo cual la hace buscar ayuda, además de la persistencia de su hijo para que entre a un proceso psicoterapéutico.

Anastasia actualmente está casada y es madre de 5 hijos, 4 hijos biológicos y una hija adoptada, la hija mayor falleció al nacimiento un acontecimiento doloroso para Anastasia y que menciona siempre recordar a su hija, las otras dos hijas que le siguen son las hijas que más la apoyan, ambas tienen su propia familia y viven en diferentes lugares de la ciudad por lo que en ocasiones le queda lejos a Anastasia poder visitarlas, Carlota que es la hija de en medio es la hija que le brinda mayor apoyo, su hijo menor Josué ha sido adicto por más de 3 años, Anastasia refiere que su adicción comenzó solo con marihuana y que con el paso del tiempo llegó hasta consumir cristal, esto lo ha hecho ser menos paciente y tener arrebatos cuando se enoja con especial énfasis con Anastasia. Cuando Josué empezó a asistir a consultas psicológicas, mejoró con su adicción y hasta el momento tiene un año sobrio, sin embargo, las conductas agresivas e impulsivas continúan, en modo de gritos,

presión para obligar a los otros hacer cosas como la comida, mencionarle constantemente que no es buena madre, que jamás lo han entendido y que tiene muchos celos por su sobrino de 11 años que vive con ellos.

Su hija menor Alejandra es la hija que adoptó cuando era pequeña, la relación que llevan Anastasia y ella es muy mala, la consultante llega a mencionar que su hija le tiene mucho resentimiento desde pequeña que no se pueden ni ver, por lo que Alejandra asiste a muy pocas reuniones familiares donde ella pueda estar presente, Alejandra tiene dos hijos Misael y Sandra.

Anastasia vive en una casa propia con su esposo Jorge con el que no tiene una buena relación desde hace muchos años y casi nula comunicación referida por ella, con su hijo Josué y con su nieto Misael que decidió no vivir con su madre Alejandra, Anastasia duerme en un cuarto con Misael, ya que no se siente segura ni cómoda durmiendo con su esposo.

En el ámbito de la salud Anastasia menciona tener problemas de salud, tiene una hernia en el estómago y neuralgia, refiere tener episodios de mucho dolor por estas situaciones, por otro lado, en el ámbito laboral/económico cuenta con una pensión por su trabajo en una mueblería, sin embargo, en ocasiones no le alcanza el dinero para su manutención y quería continuar activa por lo que decidió meterse como empacadora en un supermercado, ella menciona gustarle la convivencia con otras personas de su edad, pero cansarse con facilidad, y ya no sentir la misma energía que tenía cuando era más joven y eso en ocasiones no le motiva a continuar yendo.

En su ámbito personal, Anastasia es una persona alegre, social, que le gusta salir de viaje para conocer nuevos lugares, bailar, tejer, cocinar y pasar tiempo con su nieto Misael y momentos familiares con sus hijos. Menciona que le gustaría poder sentirse más tranquila en su casa, puesto que se siente presionada por su esposo Jorge quien mantiene casi nula comunicación con ella, refiere que Jorge no le dice más de 5 palabras al día, entre ellas “comida, sí, no, no quiero” y habrá días en las que no crucen palabra alguna, cuando necesita que la lleve a algún lugar con el carro es pedirle el favor, pero no hablan durante el trayecto, Anastasia lo menciona como si fueran “roomies” que solo los une el vivir en la misma casa y que tienen hijos, en el único momento donde pueden tener mayor comunicación es cuando Jorge busca tener relaciones sexuales con ella, algo que le dejó de interesar hace mucho por lo que prefirió dormir en cuartos diferentes por más desde hace tres años y Jorge no haber dicho nada al respecto.

Anastasia menciona a lo largo de las sesiones haber tenido una vida difícil, su madre y su padre se juntaron cuando su madre estaba embarazada y era 11 años menor que su padre, su padre era carpintero y refiere que era un padre muy cariñoso y que le gustaba estar con niños, pero era alcohólico así que en muchas ocasiones no estaba en casa o podía ser un poco agresivo, su madre trabajaba con él o estaba en casa, cuando tuvieron a su segundo hijo el padre de Anastasia los abandonó por un año, así que su madre se fue a buscar asilo a la casa de su abuelita materna y para mantenerlos encontró un trabajo limpiando una casa, Anastasia menciona que ella podía ver a su madre triste y muy cansada, que eso la hacía no tener paciencia con ella y con su hermano menor y que en poco tiempo se percató de que el estómago de su madre crecía y no sabía que estaba pasando, su abuelita también tenía poca paciencia por lo que los regañaba mucho y les decía cosas ofensivas, después pudo ver que su madre tuvo un bebé y ella tenía un hermano nuevo, fue entonces cuando su padre regreso por ellos para continuar con su vida juntos, así que se mudaron nuevamente a una casa con su padre, pero dejaron a su hermano más pequeño en casa de su abuela materna y no iban a visitarlo, solo lo podía ver cuando iban a visitar a su abuela materna, Anastasia menciona ponerse muy triste por ello, ella quería estar también con su hermano y no entendía por qué lo hacían a un lado, después de un tiempo su madre y padre quisieron tener más hijos, pero no podían volverse a embarazar lo que frustró mucho a sus padres.

Años después su madre pudo volverse a embarazar y tuvo dos hijas más, Anastasia menciona recordar a su padre muy sensible con el tema de volver a tener más hijos, ya que hacía comentarios como “si no hubiera dejado a tu madre, no hubiera tenido esa mala experiencia y podrías tener más hijos”, cuando Anastasia era adolescente su madre le cuenta lo que le había sucedido cuando trabajaba en limpieza, le menciona haber sido abusada por el hijo del dueño y que por ese motivo no querían a su hermano de en medio.

A la edad de 15 años Anastasia se tuvo que hacer cargo de trabajar para darles una mejor vida a sus hermanos y sobre todo a sus dos hermanas menores, su madre le pedía que trabajara con su padre en la carpintería, donde trabajo muy poco tiempo, puesto que un empleado de su padre tuvo un accidente laboral y tuvo que vender todas sus pertenencias para pagarle al empleado su tratamiento para que se recuperara, entonces fue cuando trunco sus estudios quedándose solo con la secundaria y empezó a trabajar en una fábrica de elaboración de telas y darle su salario completo a su madre para que pudiera ayudarle a sus hermanas menores a estudiar.

Anastasia menciona que sus hermanas menores nunca lograron ver lo que ella hacía para que ellas pudieran estudiar y que siempre la trataban mal, cuando fue más joven y se encontró con el hombre que ahora es su esposo menciona haber visto que su hermana adolescente haberse acostado junto con Jorge en una situación inapropiada, sin embargo, nunca saber qué sucedió con certeza, esta experiencia le generó mucho enojo y distanciamiento con esa hermana que actualmente sigue ese distanciamiento e incapacidad de perdonarla.

Anastasia se casa a una edad joven y tiene a su primera hija que murió un día después de nacer, cuenta no dejar de sentir el dolor por esa pérdida, con los años tuvo a sus otros hijos mientras trabajaba, cuando su hijo más pequeño tenía la edad de 10 años, una vecina le ofrece regalarle a su nieta, ya que su hija era madre soltera, era adicta y no tenía dinero para cuidar de su hija, Anastasia no aceptaba, ya que ella les ofrecía ayudarlas para que salieran de ese problema y que se quedaran con la niña, pero un día le tocaron la puerta y le dijeron que la iban a regalar a cualquier persona que pasara o que si ella la cuidaba por unos meses, Anastasia terminó aceptando con la condición de que fuera por unos meses, pero no fue así después de un tiempo firmaron los papeles legales para que ella fuera la madre adoptiva, Anastasia menciona haber dado mucho de ella para que Alejandra estuviera bien atendida y que toda la familia la aceptó con alegría.

Mientras Alejandra crecía, Anastasia observaba que llevaba una relación difícil con ella, como si no se pudieran entender. Alejandra hacía muchos berrinches y la intentaba golpear, le decía que era culpable de que su madre biológica no estuviera con ella. A la edad de 17 años Alejandra tuvo a su primer bebé fue cuando Anastasia decidió salirse de su casa por la mala relación que tenía con su esposo y empezar una vida con Alejandra que era la única menor de edad, no les fue bien, duraron un año juntas de malos tratos y regresaron a su casa con su esposo e hijo, después Anastasia volvió a intentar salirse de la casa y regreso, porque le habían comentado que Alejandra y Jorge habían estado saliendo juntos, en ocasiones pasaban mucho tiempo en un cuarto, esa fue la última vez que intento separarse de Jorge, Alejandra al verla de regreso volvió a ser agresiva con ella y pronto buscó una pareja con la que se pudiera ir de la casa, con esta pareja Alejandra tuvo una hija.

Después de que Alejandra se fuera con su pareja, Alejandra dejó a su hijo mayor por 2 años con Anastasia y cuando Alejandra quiso llevárselo a una nueva casa con su pareja y su hija menor, Misael le pidió a Alejandra quedarse con Anastasia, fue difícil que Alejandra permitiera que su hijo

Misael se quedará con Anastasia, pero al final así fue y desde hace 5 años Misael vive con Anastasia, Josué y Jorge.

Su hijo Josué había estado teniendo problemas con las drogas y tenía una actitud agresiva con Anastasia y Misael, por lo que fue que Anastasia empezara a perder la paciencia y cada vez sentirse más frustrada por el no saber qué podía hacer, vivir en una casa con 2 hombres que la maltrataban y tener a su cuidado a su nieto, fue por lo que cuando su hijo Josué le menciono los servicios del proyecto presencia de la universidad, decidió darse una oportunidad más en un proceso psicoterapéutico, ya que anteriormente había tenido ayuda por grupos de padres de adictos, pero nunca había sentido que le ayudaran mucho, así que tenía sus reservas.

Así empezó su proceso en el 2021 se había agendado para finales de enero, solo se pudo tener una sesión por teléfono y fue una sesión corta puesto, que Anastasia se enferma de Covid-19 y fue internada en un hospital público de emergencia por 2 semanas un suceso que le cambiaría la forma de ver su vida, ella lo describe como una situación en la que jamás había estado, tenía miedo de morir, esta experiencia la hizo reflexionar acerca de cómo había dejado sus asuntos en su vida, tanto legales como personales con su nieto y la relación que llevaba con sus hijos y con su hermana con la que ya no había hablado durante muchos años. Refiere también rescatar las relaciones positivas que tiene con sus compañeros de trabajo y amistades que siempre estuvieron atentos a cómo iba evolucionando.

Esta experiencia también la remontó a recordar a todos los familiares que habían muerto por la pandemia Covid-19, al enfrentarse a estas pérdidas recordó a otras personas significativas que murieron con anterioridad a empezar su proceso psicoterapéutico, entre ellas está su padre, su madre y su hermano menor que seguía después de ella en lugar de nacimiento, muertes que había pensado haber pasado, pero que seguían activas en dolor y no haber podido hablar sobre ellas y como influían en su vida diaria, un punto importante, puesto que las pérdidas y muertes cada vez se hicieron más evidentes para ella y en la relación con las demás personas, Anastasia menciona que cada vez que suena el teléfono y ve que le habla un familiar la hace pensar en “ahora quien se murió” y sentirse culpable por la muerte de su hermano menor, quien falleció solo en su casa en una festividad y nadie haberse enterado hasta días después.

Estas experiencias vitales la llevarían a tener una serie de cuestionamientos sobre su propia vida y el impulso por trabajar en ella misma para poder vivir de una forma saludable. A continuación,

en la siguiente tabla se presentan de forma general las situaciones problemáticas de la consultante en las diferentes esferas de la vida.

Tabla 2. Problemáticas observadas en la consultante.

Esfera familiar.	• Poca comunicación entre los miembros de la familia. • Maltrato físico y psicológico entre los miembros de la familia. • Muertes y enfermedades significativas. • Poca convivencia sana. • Drogadicción. • Comunicación distante entre sus hermanas y su hija adoptiva. • Riñas y competencia fraternas.
Esfera relacional.	• Fácil aceptación a humillaciones. • Comunicación pasiva. • Carga con conflictos ajenos. • Incapacidad de perdonar. • Carece de límites en las relaciones.
Esfera física.	• Dolor articular. • Neuropatía. • Hernia abdominal. • Dolores de cabeza. • Recuperación post Covid-19. • Dolor de espalda, lumbar.
Esfera económica.	• Ingresos económicos por pensión. • Ingresos bajos. • Gastos médicos. • Manutención de ella más un menor.
Esfera cognitiva.	• Pensamientos negativos y de culpabilidad recurrentes. • Baja autoestima. • Ansiedad por el futuro. • Ignora sus necesidades como persona.

Esfera comportamental.	• Duelos no resueltos por la madre y por el hermano menor. • Tendencia a huir en el conflicto. • Responder a las demandas de maltrato doblegándose. • Círculos viciosos. • Rechazo a su hermana y a su hija adoptiva. • Conductas masoquistas.
Esfera emocional/afectiva.	• Sentimientos de desesperanza, conformismo y de inutilidad. • Sentimientos negativos sobre su maternidad. • Desanimo. • Miedo. • Hipersensibilidad a los problemas ajenos. • Enojo reprimido a su esposo y a su hija adoptiva.

5.6.3 Diseño de intervención.

A partir de la conceptualización del caso se establecieron los objetivos terapéuticos y su plan de tratamiento.

5.6.3.1 Supuestos terapéuticos.

- Anastasia se encuentra iniciando una nueva etapa de su desarrollo, la vejez, esto la ha acercado a replantearse el sentido de su vida, las experiencias vitales negativas que ha tenido a lo largo del tiempo la han llevado tener dificultades en su forma de afrontar las exigencias de su vida actual.
- La presencia de muertes de personas significativas para ella, el no manejo de sus duelos, la percepción de peligro de su propia existencia por haberse enfermado de Covid-19 y la vivencia de maltrato en su familia le han causado una reacción emocional de un alto nivel de miedo, frustración y enojo.
- La falta de límites y capacidad de afrontamiento a sus emociones y a las exigencias actuales de su vida han hecho que se vea afectada su salud física y mental, por ende a su calidad de vida.

5.6.4 Objetivos terapéuticos.

- Anastasia pueda hacerse consciente de sus emociones, pensamientos y su forma de actuar ante las experiencias de vida latentes como son sus duelos no resueltos, su enojo contenido, frustración y el miedo.
- Que sea capaz de expresar sus emociones y pensamientos de una forma asertiva, estableciendo límites y dándole mayor capacidad de afrontamiento adaptativo, desarrollo de autocuidado.
- Logre resignificar sus experiencias vitales en un sentido de vida dentro de un envejecimiento saludable.

5.6.5 Plan de tratamiento

- Primera fase:
En esta primera fase se buscó indagar información de la consultante y conocer sus objetivos para poder establecer los objetivos terapéuticos, así como una consolidación de la alianza terapéutica, cada sesión tuvo un tiempo promedio de 45 a 50 min y duro 4 sesiones.
- Segunda fase:
Intervención. Esta fase se conformó de 31 sesiones en las cuales se trabajaron los temas de comunicación asertiva, establecimiento de límites, autoestima y autocuidado, al mismo tiempo se elaboraron eventos traumáticos por la muerte de su hermano menor, haberse enfermado de Covid-19 y muertes de amistades y familiares lejanos, centrado en una etapa de vida.
- Tercera fase:
Seguimiento. Esta fase estuvo conformada por 3 sesiones en las que el objetivo era darle el seguimiento del tratamiento y medir el mantenimiento de los logros obtenidos durante la terapia y después de ella, en la última sesión se hizo un cierre y se le solicitó a la consultante llenar una encuesta de salida.

VI. Resultados de la investigación.

El objetivo principal de esta investigación fue el describir la resignificación de experiencias vitales y su relación con el cambio subjetivo en una mujer mayor dentro del proceso psicoterapéutico para el envejecimiento saludable. Para dar cuenta de los principales hallazgos de esta investigación el presente capítulo se estructura en función de los objetivos específicos, de tal forma que en el apartado 6.1 se dará cuenta de la resignificación de experiencias vitales; en el 6.2 se describirán los principales episodios de cambio subjetivo esto en diálogo con los autores que dieron sustento a esta investigación.

6.1 Resignificación de experiencias vitales.

Como ya se ha mencionado anteriormente en el marco referencial la resignificación es el proceso donde la persona tiene la posibilidad de reedificar los significados de su campo individual y colectivo, facilitando la transformación de sentimientos, pensamientos y actuar, desarrollando nuevas estrategias de afrontamiento de problemas y su capacidad en la construcción de soluciones (Bustamante 2020, Charles 2014 & Molina 2013).

Según como la persona pueda reestructurar estos significados, es como va a transformar su realidad y con ello su propia historia, esto hace que se genere una nueva concepción del sí mismo y del contexto que lo rodea (Charles 2014; Kancyper 2019). Para la psicoterapia, la resignificación es lo que sucede de un proceso psicoterapéutico efectivo, donde la persona puede generar la capacidad de otorgar un nuevo sentido a su pasado a partir de una nueva comprensión de su presente (Cardeño & Ruiz, 2017).

En el Sistema de Codificación y Análisis Terapéutico (SCAT) la resignificación es descrita como aquella acción comunicacional que es realizada bajo dos objetivos: el construir nuevos significados y la consolidación de estos. Dentro de la construcción de nuevos significados se le puede ofrecer a la persona una nueva perspectiva de un argumento o contenido y en la consolidación de significado se puede añadir nuevos componentes para profundizar y ayudar a la persona a que pueda tener mayor consciencia o que pueda completar un contenido (Krause, Valdés & Tomicic, 2009).

Las experiencias vitales son como rastros de vivencias que forman una categoría humana con carga de sentido y significado que se produce en la psique de la persona. Por otro lado, podemos referirnos a las experiencias vitales como las huellas del pasado que hacen un referente en el presente

y que éstas conforman los rasgos de la personalidad y se pueden encontrar latentes en su presente histórico que podemos conocer a través de la narración de sentimientos y emociones que han sido vividas por la persona y fungen como marcadores permanentes que tendrán lugar con el paso del tiempo influyendo directamente con la manera de interactuar con otras personas y su ambiente (Achipiz, et al. 2017; Ospina 2010)

Según Ferreira (2013) las experiencias vitales se pueden dividir en tres tipos de acontecimientos: vitales o del ciclo evolutivo, que se dan por un cambio en función a la edad de la persona, están relacionadas con el desarrollo humano en el que se esperan ciertas experiencias conforme su etapa de vida, en las personas mayores se espera la jubilación, acercamiento a la muerte y cambios biológicos de su cuerpo; el segundo tipo es de resiliencia en el que se toma en cuenta la forma de afrontamiento de la persona, esta puede ser positiva o negativa; por último por alteraciones psicológicas en este incluye todos los sucesos que pueden influir en el estado de ánimo de la persona como: las pérdidas, duelos, depresión, enfermedades, maltrato y red de apoyo familiar.

Con intención de poder presentar los resultados de forma clara se decidió hacer una separación de las viñetas clínicas, en una primera parte se incluyen las experiencias vitales de la consultante a partir de su discurso y en la segunda parte se muestran viñetas clínicas de la consultante y de la terapeuta usando la resignificación de las experiencias vitales dentro del proceso psicoterapéutico.

Experiencia vital de red de apoyo familiar:

Las siguientes viñetas reflejan como Anastasia llegaba a considerar que no tenía el apoyo de su familia y sentirse triste y decepcionada por ello, una percepción escasa de red de apoyo, ya que su experiencia dentro de su familia nuclear y de origen era de minusvalía, su esposo tenía años sin hablarle y considerarla para tomar decisiones o darle cuidados, su hijo solo la regañaba, le gritaba para exigirle comida y limpieza en la casa, su hija adoptada no le hablaba y cuando podía la rechazaba, sus hermanas no la buscaban y su madre la ofendía.

A: “Um, pero yo he tenido muchos problemas con ella, he sentido mucho el rechazo de ella desde que era niña” (Anastasia, L4, S29, 31/01/2022).

A: “Porque no te creas que todos, no, no a todos les caigo bien, principalmente a mis hermanas, de ellas no recibí nada, ni de mis sobrinas...” (Anastasia, L8, S32, 07/03/2022).

A: “Sí, pero, pues, trato de no, de no hacerle caso y no decirle nada y pues yo no puedo platicar con ninguno de los dos que tengo aquí” (Anastasia L32, S27, 17/01/2022).

A: “Porque ellos así me ven acostada o me ven ahí sentada, que no me paro ni nada, al contrario, a veces, sobre todo, mi hijo hace las malas caras y no me ve, va al refrigerador o a la estufa y si yo no me paro más se voltea y me ve así como con coraje ¡A no! Pues también pregúntame cómo me siento, no lo haría nunca” (Anastasia L32, S27, 17/01/2022).

A: “Pues sí, si recuerdo a mi madre sí la quiero, pero que yo diga yo tuve una madre en quien confiar cuando yo tenía problemas. Sí, pues decía si ves a los contaba y todo, pero pues luego al rato sí se enojaba, luego me sacaba como como para atacarme a decir no...” (Anastasia L41, S31, 17/01/2022).

Al poder ofrecerle otra perspectiva sobre su red de apoyo dentro de las sesiones Anastasia pudo resignificar su contexto social y familiar (Charles, 2014), esto le ayudó a poder considerar a otras personas de su familia que podían integrarse como un soporte para ella, ayudándola cuando lo necesitaba y vivir otras experiencias más gratificantes con estas personas.

T: “Pero tus hijas sí se preocupan por ti. ¿No? También son personas que están viendo por ti.” (Terapeuta, L89, S27, 17/01/2022).

A: “Ah, sí. Mis hijas. Sí, ellas. ¿Ellas? Sí, es otra, es otra cosa...” (Anastasia, L90, S27, 17/01/2022).

T: “Ah, pues entonces si hay más personas, tienes a tu nieto, tienes a tus hijas...” (Terapeuta, L92, S27, 17/01/2022).

A: “Sí, mis nietas también, ellas viven aquí cerquita..., ya no viven con su mamá y las dos viven en un departamento por aquí cerca y seguido vienen...El viernes de hecho, estuvieron aquí hay una que desde que estaba chiquita, que yo le decía ¡Ay!, qué ganas de conocer Cuba... ahora que entró a la Facultad, ella me decía oye, yo te voy a llevar a Cuba,” (Anastasia, L93-94, S27, 17/01/2022).

A: “Pero ese niño también me está haciendo sentir que que siquiera alguien se preocupa por mí...” (Anastasia, L87, S27, 17/01/2022).

A: “Y ahora es que hace un año que me enfermé del COVID-19, pues yo estuve con ella en su casa, allá todavía viviendo ahí con su mamá, y ella era la que más me atendía. Ella fue la que dijo yo voy a atender a mi abuela, ándale, pues tú vas a ser su enfermera y ella me decía abuela, ponte bien, es porque vamos a ir a Cuba ándele pues, hija y pues sí, mi nieta me quiere mucho también...” (Anastasia, L95, S27, 17/01/2022).

Anastasia logró ver que puede tener el apoyo de sus hijas mayores, así como de sus nietas y nieto, que puede contar con ellos tanto para pedir ayuda como para compartir momentos especiales dentro de su vida, además de descubrir que también ella es parte de la red de apoyo para ellos, siendo recíproco el interés por apoyar.

Experiencia vital de resiliencia.

En otro momento del proceso psicoterapéutico, Anastasia reconoce no entender el motivo por el cual sus hermanas no reaccionan de la misma forma que ella, siendo mujeres, hermanas y haberlas apoyado cuando eran chicas para que pudieran estudiar mientras ella no tuvo la misma oportunidad.

A: “... No sé por qué tengan todo ese desapego conmigo, porque yo me desvivía por darles todo lo que tenía, mi tiempo, mi poco dinero que ganaba y todo. Sí, y pues no sé, yo pienso que por el comportamiento que tenía con mi mamá” (Anastasia, L34, S32, 07/03/2022).

A: “... Pero, pues todo se lo dábamos a mi mamá porque teníamos que ayudarle con las niñas, en los chiquitos y me decía que que para que les diera sus estudios a las niñas o si lo que nosotros no tuvimos y por mí de que tuviéramos estudio, a ellas si ellas si les preocupó por el estudio que nosotros lo pagáramos, si le ayudáramos” (Anastasia, L32, S31, 28/02/2022).

A: “...Ay, pues sí, si pues sí, me acordaba yo, tanto que mi mamá las defendía y tanto que hablaba de mi todo y por eso, por eso yo estoy muy retirada, ya mejor de mis hermanas” (Anastasia, L42, S31, 28/02/2022).

Al mencionarle a Anastasia que no todas las personas van a reaccionar de la misma forma que ella porque cada uno tiene su forma particular de ser, pudo aceptar que en su familia puede haber

diferentes personalidades, por lo tanto formas de afrontamiento, ofreciéndole otro punto de vista, como se observa en las siguientes viñetas.

T: “El que sean hermanos, sean hijos o sean hasta papás, los trates bien o no, como que cada quien tiene su forma de afrontar las cosas, ¿no? Porque cada quién tiene su forma de ser” (Terapeuta, L38, S32, 07/03/ 2022).

A: “Pues sé que cada quien tiene su forma de ser, se criaron diferente, fueron otros tiempos, aunque, fuimos criados por la misma madre, crecimos con la misma madre, pero nos creó diferentes entonces, pues cada quien agarró su su personalidad” (Anastasia, L42, S32, 07/03/ 2022).

T: “Entonces logras ver todo lo que tiene que ver con la personalidad de la persona, tú tienes una forma de ser y tus hermanos otra” (Terapeuta, L43, S32, 07/03/ 2022).

A: “Pues sí, porque pues mi hermana de en medio es de un modo, la chica es de otro, sí y yo soy de otro” (Anastasia, L44, S32, 07/03/ 2022).

Parte importante dentro del proceso psicoterapéutico fue el que Anastasia pudiera dejar de sentir culpa por hacer cosas por sus hermanas y no recibir lo mismo por parte de ellas, ella pensaba que por ser hijos de la misma madre tendrían las mismas vivencias y forma de actuar, limitándola en su forma de afrontamiento, una vez que pudo observar que aunque sean familia pueden tener una forma diferente de ser y pensar, pudo sentir menos culpa y empezar a responsabilizarse por sus propias acciones, esto también la ayudo a consolidar la relación que tenía con sus hijas e hijo, ya que comprendió que cada uno tenía su propia personalidad.

Experiencia vital alteraciones psicológicas.

Anastasia al haber vivido una experiencia cercana a la muerte, reconsideró su forma de vivir y se cuestionó qué era lo que esperaba del resto de ella, al haber contraído COVID-19 y estar hospitalizada durante 15 días con poca oxigenación y en ocasiones inconsciente.

A: “Porque ahora si ahora que si me ve el doctor y me dice se asustó verdad, pues claro que sí me asuste” (Anastasia, L, S4, 08/03/2021).

A: “Sí a ver si me dan chanza, a ver si en esas 3 semanas que no he estado ahí, a ver si él ya reflexiono también, pues yo quiero decirle que yo con esto que me vino del COVID pero yo no quiero ya que me griten o que me diga que soy esto que soy aquello que no acepto mis

errores, que ya no quiero críticas, gritos, sí, en cualquier ratito me voy de este mundo y si me acaba de él de gritar y decirme, como siempre me dice que no acepto mis errores y que tal si en ese momento me voy y me voy con ese sentimiento con él, él se queda con el mal sentimiento de que me grito, eso es lo que quiero platicar con él, ya no quiero que me esté gritando, ya no me esté criticando, ya no me esté diciendo nada” (Anastasia, L6, S4, 08/03/2021).

A: “Y sí, sí, como que se me me tumbó un poquito, pero también me me hace pensar bueno, he vivido muchas muertes, ¿verdad? Pero ahorita por los más recientes, este me hace pensar, que en cualquier momento y ahorita estoy hablando contigo y al ratito pues, no sé, no sé qué pueda pasar” (Anastasia, L13, S40, 06/06/2021).

En estas últimas dos viñetas se puede observar cómo la experiencia de eventos importantes como el COVID-19 comprometiendo la salud física de Anastasia ayuda a generar una reflexión sobre su vida y un cambio significativo sobre forma de pensar y actuar, dándole pie a empezar a exigir mayor respeto dentro de su casa, queriendo hablar con su hijo y con su esposo para establecer nuevos límites y pautas de interacción entre ellos, lo cual coincide con la investigación de Diaz-Prieto (2019) en el que se menciona que los eventos importantes de la vida sobre la salud física y mental pueden ayudar a incitar cambios valiosos en las relaciones interpersonales de las personas mayores.

T: “Ahora que me estás diciendo esto, parece que quieres hacer algo muy parecido, pero que ahora lo quieres hacer en tu casa, que quieres voltearte a verte a ti misma y decir esto es lo que me hace bien y esto es lo que no me hace bien, el hablar con tu hijo es eso, es decirle a tu hijo sabes que esto es lo que yo quiero, esto es lo que a mí me hace bien, ya si él responde como te gustaría o no de todas formas ya lo hiciste tú, ya pusiste ese límite, esa pauta” (Terapeuta, L14, S4, 08/03/2021).

A: “Si porque tengo que vivir el tiempo que me quede, tengo que vivirlo a mi modo, si yo me quiero salir, si no tengo ganas de decirles, ya vénganse a comer servir el plato, si no tengo ganas de estar de sirvienta, pues no lo está y ya, si yo me quiero salirme a comer a la calle a donde sea...” (Anastasia, L19, S4, 08/03/2021).

T: “Como que la muerte nos hace conscientes de la vida” (Terapeuta, L14, S40, 08/03/2021)
“Sí. Entonces este es lo que me he puesto mucho a pensar, me pongo a ver pues que ahora en el facebook pues los las cosas que salen de reflexiones, de codependencia, de todo eso me

gusta ponerme a leer y después este, si lo tengo que hacer, no tenerle miedo a la muerte, sino más bien estar preparada” (Anastasia, L15, S40, 06/06/ 2021).

En otra ocasión Anastasia habla sobre cómo el estrés que ha tenido por años ha influido en su cuerpo y su estado de salud física y mental durante mucho tiempo de su vida, esto concuerda con la investigación realizada por Secín (1984) donde sostiene la hipótesis sobre la influencia de las experiencias vitales negativas generando un desequilibrio en el cuerpo pudiendo manifestarse con síntomas físicos, para Anastasia es el ejemplo de su fibromialgia.

A: “De la fibromialgia... esto es estrés, pero no de poco tiempo, es estrés de muchos años y se necesita, pues también un psicólogo para que vaya y también me mandaron homeopatía, pero ahí no me han dado cita” (Anastasia, L23, S27, 17/01/2022).

A: “Aunque aquí, pues no te creas, no faltan estas cosas que me hagan veces, este estresarme, sobre todo mi hijo, que es lo que yo no puedo manejar. Bueno, los dos porque uno por callado y el otro porque me quiere controlar todo, todo, todo, todo, hasta lo que yo tenga en la casa, lo que yo ponga, todo, todo” (Anastasia, L19, S27, 17/01/2022).

A: “Sí, llevamos una vida, este, poco estresante, sí y ella se cansó de eso y mejor se vino para acá, se me hizo la enojada. Este se enojó conmigo porque le dije No, hija, es que tienes que darme algo porque yo sola no puedo, para la comida de todo y para todo” (Anastasia, L21, S20, 08/03/2021).

En esta ocasión se le ofrece a Anastasia el concepto de voluntad para ayudarle a asignarle un nombre a la idea que había estado teniendo en esa sesión y que consolidara su significado.

T: “Sabes, Anastasia, ahorita que te escucho, estaba pensando mucho en esto que dijiste al final, en el que, pues si convives con dos personas, con dos hombres que son importantes para ti, porque bueno al final de cuentas están ahí contigo y son tu familia. Enojones, difíciles de convivir pero estás sintiéndote mejor ¿Sabes? Y eso es lo más importante y estaba pensando mucho en esta palabra que es la voluntad” (Terapeuta, L80, S27, 17/01/2022).

T: “Eso es lo que estoy notando, te estás tomando voluntad hacia ti, no hacia los otros. No, no es la voluntad de hoy que no se vaya a enojar el otro, no que no se vaya a sentir mal el otro, sino tu voluntad se está haciendo hacia ti, hacía como me estoy viendo yo. Mi voluntad es no aguantarme tanto. Entonces pues ya mejor los dejo, que hagan lo que hagan, yo mejor me volteo a ver a mí y eso es lo que te estoy escuchando” (Terapeuta, L82, S27, 17/01/2022).

A: “Sí, pues eso es lo que trato de hacer...sí, porque digo, no es que a ellos no les interesa si yo me siento mal. Sí, me duele la cabeza. ¡Ay, no! No pienses en eso. No pienses en eso. Oye, yo no puedo decirles a ellos. Ay, es que me siento cansada...” (Anastasia, L83, L85, S27, 17/01/2022).

A partir de asignarle el nombre de voluntad a las acciones que estaba realizando Anastasia, pudo empezar a buscar nuevas acciones que la llevarán a consolidar la decisión que tenía para el resto de su vida, entendiendo que la importancia de la voluntad era poder voltearse a ver a sí misma y preguntarse ¿qué es lo que quiero? Y ya no preguntarse, ¿qué quieren los demás? Y así reorientar sus acciones y límites en sus relaciones sociales.

Experiencia vital de maltrato.

Anastasia durante todo el proceso psicoterapéutico menciona tener situaciones de maltrato psicológico, económico y emocional a lo largo de su vida de diferentes personas que integran su familia, en el tiempo en el que se tomaron las consultas vivía con su hijo y su esposo quienes eran los que ejercían mayor violencia en ella, ignorándola, gritándole, obligándola a hacer cosas que ella no quería como en el aseo de la casa, la comida, trabajar porque no le daban suficiente dinero, exigiendo que los atiende mientras tenía COVID-19 y dejar a un lado su cuidado hasta que se puso grave, su esposo era infiel y buscaba formas de ofenderla.

A: “Entonces este es que yo la verdad. Yo no, yo no, yo no soporto estar así. En la misma cama que él. No, no, no! No lo soporto. Ni lo deseo. Ni siquiera me pasa por la mente. ¿No? No, no, no, es que... ¡No! han sido muchas las ofensas, han sido muchas cosas. Ummm que pinche vieja culera me llegó a gritar y cosas así” (Anastasia, L14, S20, 08/03/2021).

A: “Sí. Entonces no le voy a decir, no le contesto nada ni quiero porque el solo grita... ya tiene desde la semana pasada. Bueno, él diario anda de genio y nunca lo puedo hablar. Nunca le puedo preguntar nada. Este quizás es consecuencia de su rehabilitación de la droga y todo eso...” (Anastasia, L4, L5, S30, 14/02/2022)

A: “¡Ándale! ¡Y él llega y pum! Avienta los trastes ahí, aunque no haya ningún traste sucio. Él sí ensució. ¡Llega y pon, los avienta y ahí los deja!” (Anastasia, L22, S30, 14/02/2022).

Como la consultante decidió quedarse en su casa y no cambiar de lugar de residencia para alejarse de esos maltratos y preferir aprender a vivir con ellos e intentar que sus acciones interfieran

lo menos posible con su bienestar psicológico, se optó por reafirmar y consolidar el cambio de significado que tenían las acciones de su esposo y su hijo hacía ella, siempre poniéndole en primer lugar la consideración de cuidar su integridad.

T: “Te estaba escuchando ya lo dijiste, tienes un hijo de 35 años, casi 36, que eso ya es adulto, no sé si es un adulto completamente, pero llega entonces el momento en donde hay que voltearse a ver a uno y creo que eso es como lo que hemos estado trabajando y creo que es lo que más te ha funcionado voltear a verte, voltear a ver qué es lo que tú quieres que te hace sentir mejor” (Terapeuta, L30, S30, 14/02/2022).

A: “Mira, eso es lo que más me ha funcionado en mí, en mi persona, lo que yo siento... yo estoy trabajando lo que yo me hace sentirme bien, lo que a mí me hace sentirme bien. Sí. Yo sé lo que estoy trabajando, contigo y eso. Y no nada más. Tú me estás diciendo. Piensa en ti trabajando en ti también en el grupo o como ahorita te estoy explicando” (Anastasia, L31-32, S30, 14/02/2022).

T: “Recuerdo un ejemplo que les pongo a muchos pacientes, cuando platicamos que tenemos que voltear a vernos y tenemos que voltear, hacer lo que a nosotros nos haga sentir mejor. ¿Y qué va a pasar con el sistema familiar? Porque nosotros somos un sistema. Si la familia es un sistema, imagínatelo como un engranaje de reloj, o sea, tienen que caber para poder funcionar, cuando tú te mueves, es como si moviéramos un engranaje. ¿No? Pues esto va a girar diferente, ya no va a girar como giraba. Ya gira diferente y eso cuesta y eso duele para el sistema, ¿cómo lo podemos ver?” (Terapeuta, L38, S30, 14/02/2022).

“Se berrincha... sí, sí que pienso que, que no estoy mal este y aunque él me lo diga y aunque me dé, ejemplo también mi esposo, este hace sus berrinches, no me dice nada ni nada, pero este en otra forma los hace y digo no, pues yo voy bien” (Anastasia, L49, S30, 14/02/2022).

Retomando lo que se menciona anteriormente de estas viñetas se le ofreció a la consultante un nuevo significado de las acciones de su hijo y esposo, con el propósito de promover la autonomía que propone la OMS (2020) en el ámbito de acción I del envejecimiento saludable para ayudar a la consultante afrontar la discriminación y el maltrato con el que estaba viviendo y dejara de observarse con sentimientos de culpa cuando realizaba una acción que ella deseaba lo que la llevaba posteriormente a obligarse a realizar actividades que le exigían, planteando que las reacciones de

enojo de estos miembros de su familia eran respuestas normales al cambio y que ellos podrían realizar esas mismas actividades por ellos mismos en su momento.

6.2 Episodios de cambio subjetivo.

Mencionado anteriormente en el marco referencial, los episodios de cambio subjetivo son aquellas transformaciones de las representaciones personales que puede tener un individuo tanto de él mismo como de su propio contexto, estas son de naturaleza semántica y permiten que la persona pueda interpretar, justificar y juzgar sus propias experiencias y la relación con los otros (Castro, et al., 2015).

Dentro del proceso psicoterapéutico se pueden identificar 19 indicadores cualitativos de cambio subjetivo que han sido propuestos por Krause, et. al., (2016); estos se centran en la interacción terapéutica y en el proceso de cambio que se ha experimentado en ella.

A continuación, se describen de forma progresiva los 17 indicadores de cambio subjetivo que la consultante manifestó durante el proceso de psicoterapia.

Indicador 1. La aceptación de la existencia de un problema.

En las siguientes viñetas clínicas se puede identificar como la consultante reconoce el vivir con desilusión y tristeza por la relación de pareja que ha tenido con su esposo, llevándola a buscar evitar sus emociones, algo que durante la gran mayoría de su vida adulta había hecho, evitaba cualquier situación que la confrontara con la realidad con lo que vive con su esposo.

A: “Pues una desilusión, de que nunca he podido tener lo que yo he deseado, este que trate de sentir algo que yo quería, pero yo me lo fabricaba yo misma, pero si interiormente si deseaba yo otra cosa, que intentaba yo sola fabricarme esa alegría, trate de no sentir coraje para que solo vivo este momento y ya” (Anastasia, L32, S4, 08/03/ 2021).

A: “Como me siento ahorita, tristeza de que tanto tiempo, me ilusionó, quizás desde novios no nos conocimos bien, no fue lo que yo esperaba y si siento tristeza y digo ¡no la tristeza no me tiene que ganar! Yo puedo ya mmm... No sola porque estoy acompañada tengo a mis hijos de una o de otra, pero si tristeza porque no lo logré con la pareja...” (Anastasia, L36, S4, 08/03/ 2021).

A: “si pues es que el deseo de haber querido tener otra vida diferente, pues se vale tenerlo pues porque yo creo que es algo que todos lo deseamos tener una relación de pareja, pues

bonita que puedas platicar, dialogar, que nos podamos decir me gusta” (Anastasia, L43, S4, 08/03/ 2021).

En otros momentos del proceso psicoterapéutico Anastasia no solo logra identificar el problema de comunicación que tiene con su esposo, también puede observar el conflicto que le representa su hijo que es adicto y que está en rehabilitación constantemente, esta situación le genera mucho estrés y angustia pues no sabe cómo tratar con él cuando se pone agresivo.

A: “De mi hijo. ¡Ay, cómo me presiona! ¡Dios mío! ¿Cómo me tiene? ¿De qué me sirven las terapias? Que eso es lo que debería de trabajar en las terapias y esto es lo que debes de decir. ¡Ay, Dios mío!” (Anastasia, L1, S30, 14/02/ 2022).

En muchas ocasiones Anastasia ha optado por evitar los conflictos con su familia y principalmente con su esposo e hijo quedándose cayada y hacer lo que ellos esperan de ella, esto concuerda con Balea-Fernández, et al. (2020) que menciona que cuando una persona mayor ha recibido algún tipo de maltrato se ha observado que puede generar menor capacidad de afrontamiento, otros autores que coinciden con las emociones que Anastasia refiere como problema (la tristeza y la desilusión) son López, et al. (2020), ya que señalan que cuando este sector de la población se ha visto bajo el maltrato relacional de su familia tuvieron resultados de un nivel medio de tristeza y soledad.

A: “Sí. Entonces no le voy a decir, no le contesto nada ni quiero porque él solo grita, es gritos este... porque ya muchos años, muchos años y aguantando, estuve callándome.” (Anastasia, L4, S30, 14/02/ 2022).

En esta última viñeta se puede observar cómo la consultante identifica que el principal problema de sus vivencias con estos miembros de su familia son las acciones que tomó al aguantarse y quedarse callada olvidándose de ella misma.

Indicador 2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.

En las siguientes viñetas clínicas se puede observar cómo Anastasia es capaz de aceptar que muchos de los problemas que su hijo le adjudica ya no son parte de las cosas que puede arreglar o reponer y reconoce no haberle dado lo que él esperaba, pero que eso es algo que ya le corresponde

a él trabajar y buscar su estabilidad emocional como adulto. En la gran mayoría del discurso que mantuvo en el proceso psicoterapéutico menciona el buscar ayuda como “hacer algo para mí o hacer lo que me siente bien”

A: “Pues ya los errores que cometí pues ya los cometí pues ya no los puedo echar para atrás, pero si él ve que cometí errores, en educación de él pues, ya que le puedo hacer ya el domingo cumple sus 35 años yo que puedo remediar, si lo dañe desde niño ya le toca a él remediar todo eso desde niño, ya está grande...” (Anastasia, L4, S30, 14/02/ 2022).

A: “... Yo a él no le quiero decir reclamos ni sacar cosas pues feas del pasado y que controle un poquito sus impulsos y su carácter y si no me quiere platicar nada de lo que le pasa, si no me quiere pregunte ¿cómo está? Pues no le pregunto, si él no quiere que le pregunte pues está bien, no le pregunto nada hasta que él me quiera decir, si hasta que él quiera platicar lo escucho” (Anastasia, L10, S4, 08/03/ 2021).

Este mismo indicador lo reconoce con la relación que tiene con su esposo al identificar sus límites como pareja y no decidir hacer cosas acompañada, ella empieza a buscar cosas que le puedan ayudar a estar mejor.

A: “Y de nada me sirvió. Entonces ahora digo no, ahora no, ahora yo voy a hacer este lo que yo me sienta bien” (Anastasia, L5, S4, 08/03/ 2021).

A: “Um. Depende ellos quieren que vaya uno en pareja, pero yo aquí con este hombre, no sé y yo, como le dije, dije yo no puedo decidir por él...” (Anastasia, L6, S20, 08/03/ 2021).

Así es como llega concluir que el tener límites en su relación también significa no decidir por su esposo y darle la oportunidad a él de hacer lo que desea como ella tiene el mismo derecho de decidir por ella y buscar su bienestar, no por estar casados significa que se pueden romper esos límites y decidir por el otro.

Indicador 3. La aceptación del terapeuta como un profesional competente.

En las siguientes viñetas la consultante hace referencia a la aceptación de la propuesta del objetivo terapéutico que se le ofreció al inicio del proceso y observa a la terapeuta como una profesional competente que puede ayudarle.

A: “Yo estoy trabajando lo que yo me hace sentirme bien, lo que a mí me hace sentirme bien. Sí. Yo sé lo que estoy trabajando contigo y eso y no nada más tú me estás diciendo, piensa en ti trabajando en ti...” (Anastasia, L30, S32, 07/03/ 2022).

A: “Como tú me lo dijiste una vez, en lo de mi hermano, piensa en las cosas buenas que viviste con él, si lo piensas, no tienes la culpa, si hubiera hecho aquello, hubiera dicho de otro modo y pues si todo eso este lo tengo muy presente y todo eso, pues me ayuda tanto lo que platico contigo como lo que veo” (Anastasia, L15, S40, 06/06/2022).

También menciona la importancia de las tareas y acciones que se le sugirieron dentro del proceso psicoterapéutico y cómo es que esto más la relación terapeuta-consultante le ha ayudado a tener cambios en su forma de pensar y actuar, siendo el cambio más evidente. Un ejemplo de ello es cuando la consultante hablo dentro de consulta sobre el aniversario de la muerte de su hermano menor, este suceso le estaba provocando recordar lo que pudo hacer y no hizo por él y lamentarse por todo el dolor que había vivido tras su perdida, por lo que se optó ofrecerle una nueva mirada de este aniversario pidiéndole como tarea que recordara las cosas buenas y experiencias más significativas que había vivido con él ayudándole a resignificar su recuerdo y vivirlo sin culpa.

Indicador 5. Cuestionamiento de formas habituales entendimiento, comportamiento y emoción. Implicación de problemas antes no vistos y redefinición de metas terapéuticas.

En las siguientes viñetas se puede observar cómo la consultante se cuestiona la forma habitual en la que vivía intentando negar sus emociones y sus acciones, preocuparse por todas las personas de su alrededor y no hacer nada más que sentirse mal y no voltear a verse a ella misma y cómo ahora puede observar mejor sus emociones y su conducta.

A: “Es como si yo decía que yo no estaba equivocada, nomás que no sabía exactamente lo que pasaba, pero decía que no estaba equivocada, algo había y veo todo eso” (Anastasia, L21, S40, 06/06/ 2022).

A: “¿Entonces qué? ¿Qué es lo que pienso que hago? Este, tratar de dejar el pasado, ya no volver a pensar en qué me pasó, en cómo viví, en cómo fue todo” (Anastasia, L15, S40, 06/06/ 2022).

A: “A lo mejor eso es lo que si tengo que trabajar contigo, que, pues yo siento que no, que no me duele, pero si lo traigo ahí y digo no, es que, si no lo hice antes, tengo que hacerlo ahora, de entender...” (Anastasia, L56, S30, 14/02/2022).

En la última viñeta se puede apreciar cómo es que la consultante llega a redefinir una de sus metas terapéuticas al darse cuenta de que ha vivido mucho tiempo pensando que no sentía nada y negando la realidad en la que había estado y ahora que se ha cuestionado su forma de actuar y pensar llega a reconsiderar sus vivencias para poderse comprender mejor.

Indicador 6. Expresar la necesidad de cambio.

En la siguiente viñeta la consultante menciona como ha podido ver la importancia de vivir con mayor tranquilidad y trabajar en ella misma, en la necesidad de un cambio en su vida que la lleve a poder sentirse satisfecha con su vida.

A: “Ya, ya no quiero reprimir cosas que me hicieron sentir mal, que me he dañado, porque como esta enfermedad de la fibromialgia a toda esa enfermedad degenerativa, es lo que me han dicho todos los doctores, es que necesito estar tranquila. Todo eso es triste por depresiones, estrés, entonces hay que ser lo más tranquilo posible.” (Anastasia, L17, S40, 06/06/2022).

Esta viñeta concuerda con lo descrito anteriormente en el apartado de la resignificación de experiencias vitales cuando Ferreira (2013) describe que las alteraciones psicológicas por acontecimientos de las experiencias vitales pueden alterar el estado de ánimo y hacer que la persona se sienta triste, estresada y pueda generar depresión, sin embargo, también pueden generar comportamientos específicos y en algunos casos en las personas mayores se ha visto que el proceso de una enfermedad puede producir una motivación de cambio, como sucede con Anastasia la fibromialgia representaba para ella un motivo de estrés y depresión y ahora que puede observar que los doctores le han dicho que ha sido por estar preocupada y estresada durante mucho tiempo ha podido empezar a observar la necesidad de replantearse una vida más tranquila.

Indicador 7. Reconocer la propia participación en los problemas.

En las siguientes viñetas se muestra cómo la consultante reconoce su participación dentro del problema de comunicación y maltrato que ha vivido durante mucho tiempo dentro de su familia, ella refiere haber aceptado una postura sumisa ante los problemas con su esposo y su hijo, intentar hacer cosas por ellos, pero jamás pedir el mismo trato hacia ella, hablar o ser vista, solo esperar si algún día alguien pudiera cuidarla o regresarle el buen trato.

A: “No les duele nada, pues qué bueno, a mí sí, yo me cuido y yo no voy a esperar que los demás me cuiden como lo esperaba antes...” (Anastasia, L29, S40, 06/06/2022)

A: “¿Qué quiere? Que sea como antes, así que todo me esté callada, que todo esté aguantando y todo para que diga ¡Ay mírala qué sumisa! Hasta las terapias la están viendo” (Anastasia, L35, S30, 14/02/ 2022).

A: “Como te he dicho, así, en partes siempre yo le adivinaba a mi esposo todo, que quería que iba a comer si ya le servía, este hace muchos años, jóvenes, antes hasta nomás oía que estaba abriendo la puerta y ya estaba sirviéndole el plato para ponérselo en la mesa, se paraba, nunca levantaba su plato, mira, te arrimé esta fruta y quieres esto o nada más, se lo arrimaba y todo se comía, todo ya sabía, ya le adivinaba yo todo” (Anastasia, L50, S30, 14/02/ 2022).

Esta dinámica relacional coincide con lo descrito por Kanter (2021) en las estadísticas del censo 2020 en México sobre las vivencias relacionadas con el género, en este caso las mujeres mayores pueden presentar una menor calidad de vida al tener cargos de atención a familiares y problemas de salud, esto las hacen más propensas a enfrentarse a un maltrato por parte de la misma familia, como lo menciona la consultante durante mucho tiempo de su vida ella vivió el papel de hacerse responsable de las actividades y cuidados de la familia poniendo como prioridad a los demás integrantes antes que a ella misma y ahora que llegó a su vejez continuaba con las mismas tareas sin cambiar la dinámica en la que se encontraba haciéndola partícipe del problema.

Indicador 8. Descubrir nuevos aspectos de sí mismo.

En esta viñeta clínica la consultante hace referencia a un nuevo aspecto de ella misma, el poder decir lo que a ella le importa, buscar su estabilidad emocional y poder llevar una vida más tranquila para poder disfrutar lo que le queda de vida, ya que tantas experiencias la han hecho reflexionar sobre qué es lo más importante en su vida.

A: “...Yo puedo decir lo que me, lo que me importa a mí, pues es mi estabilidad emocional y estar más tranquila y hacer lo que a mí me hace sentir bien, porque ya que ya me cansé” (Anastasia, L54, S32, 14/02/ 2022).

En este indicador la consultante empieza a integrar aspectos de sí misma que no había logrado observar anteriormente, comenzando a darle un significado positivo al resto de su vida, un sentido a su existencia, como lo describe Hernández (2005) como parte de la tarea de la etapa de la

vejez propuesta por Erickson, donde para la consultante es importante no cambiar su pasado si no aceptarlo y realizar actividades que vayan dirigidas a vivir plenamente su presente, esto se consolida conforme van pasando las consultas.

Indicador 9. Manifestar una nueva emoción o comportamiento.

En esta viñeta se puede percibir que la consultante manifiesta un nuevo comportamiento al respetar la individualidad de cada una de las personas a su alrededor, incluso si son sus hijos para poder priorizarse.

A: “Entonces dejar que cada quien viva lo que tenga que vivir, sí, así sean mis propios hijos, dejarlos cada uno y yo tratar de vivir en mi persona es de lo mejor posible” (Anastasia, L18, S40, 06/06/2022).

En esta otra viñeta la consultante refiere tener un nuevo comportamiento al decidir por ella misma y buscar sentirse feliz al haber aceptado irse de viaje hacer una de las cosas que más le gusta y no detenerse por su esposo como lo hacía antes, ella siempre esperaba que su esposo tomara las decisiones por los dos, él nunca buscó tener actividades con ella para divertirse o estar en pareja.

A: “Me equivoqué en la elección que que hice, que podía haber elegido otro, pero me fui hacia esta elección y digo bueno, pues ya no espero, no espero más. ¿Qué hago? Pues me voy yo, me voy yo a pasearme, a divertirme a este, hum, pues a vivir la vida como, como me, como me viene” (Anastasia, L11, S20, 08/03/ 2021).

En este indicador de cambio la consultante empieza a manifestar cambios en sus emociones y comportamientos desde el autocuidado, en la primera viñeta relacionada con las relaciones interpersonales, observando y dando la oportunidad a las demás personas de tener la libertad de vivir su vida respetando los límites personales y en la segunda viñeta su cambio se centra en ella misma y en la búsqueda de actividades físicas de autocuidado como el salir de viaje.

Indicador 10. Aparición de sentimientos de competencia.

En la siguiente viñeta de la sesión 20 se puede apreciar cuando la consultante refiere empezar a sentir que ella puede tomar sus propias decisiones e incluso pedir que límites con la relación que tiene con su esposo generándole una sensación de competencia, ya que ella había sido invitada a un viaje y pidió que si en algún momento su esposo deseaba ir podían estar en camas separadas.

A: “Yo no le voy a estar rogando, no, es que la verdad ya no y pues yo lo que ayer le le hablé con la que nos invitó porque iba a ir a apartar, le dije, pues me da pena, pues estarles metiendo en en estas cosas dije que me dejen camas separadas yo que me den camas individuales le dije y disculpame que te esté metiendo, pero la verdad yo no quiero una cama matrimonial” (Anastasia, L13, S20, 08/03/ 2021).

En la misma sesión ella refiere también empezar a sentirse con mayor competencia económica para lograr lo que ella quiere y buscar ser más feliz.

A: “No, yo no puedo decidir por él um, si él quiere ir, que vaya y al fin y al cabo que yo voy a pagar lo mío, le digo yo digo que yo voy porque yo pago lo mío, pues allá él. Él sabrá si tiene que pagar lo de él, pues si quiere ir, pues que vaya le a mí no me estorba” (Anastasia, L12, S20, 08/03/ 2021).

Estos sentimientos de competencia ayudarán a la consultante a comenzar a tomar más decisiones en su vida y buscar nuevas opciones de apoyo para su bienestar, esto lo había intentado anteriormente, pero no había tenido éxito, ya que sentía que no podía ser capaz de realizarlas haciendo que se aislara en su casa y continuara con los mismos comportamientos de los que ya se ha hablado.

Indicador 11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre sus aspectos propios individuales, propios con el entorno y propios con elementos biográficos.

En la siguiente viñeta se expone como la consultante puede establecer nuevas asociaciones sobre ella misma al buscar el cambio para sentirse más tranquila y disminuir su estrés, relacionarse de una forma diferente con las personas y su contexto, ya que en el pasado le importaba mucho intentar que la tomaran en cuenta haciendo lo que otros le exigían y esperaban de ella, esto tenía como consecuencia que se olvidara de sus sentimientos y de sus gustos.

A: “Mira, ya no, tantos años y todo me ha servido a lo mejor también por eso yo ya me siento un poco más tranquila, ya no me estreso tanto porque ya no me importa que me tomen tanto en cuenta” (Anastasia, L72, S27, 17/01/ 2022).

El que la consultante pudiera establecer nuevas asociaciones sobre sus aspectos propios tanto de forma individual como con su entorno, propicio el tener un nuevo enfoque en su vida, ya no el

observar a las personas que la rodeaban y tomarlas en cuenta para sus decisiones, si no empezar a valorarse y tomar su propia consideración para las decisiones que tomaría para su bienestar. Ahora el pasado le ha servido para aprender lo que quiere vivir en su presente y a donde quiere dirigir su futuro.

Indicador 12 Reconceptualizar los problemas propios y /o síntomas.

Con respecto a este indicador la consultante le da un nuevo significado a la situación problemática que había estado viviendo con su esposo e hijo, haciendo consciente que ambos son personas adultas que pueden realizar las actividades que le exigían, además de poner un nuevo significado a lo que ella necesita.

A: “Digo si él con 12 años él me anda ayudando, yo por qué cuando el otro de 68 y casi 69 años y el otro de 36, me voy a estar acabando en darles, en servirles, en recogerlos. No, ya no es el tiempo, ya se acabó, al contrario, tienen que ayudarme” (Anastasia, L31, S40, 06/06/2022).

En otro momento de la sesión reconceptualiza los síntomas que presenta con la fibromialgia y cómo percibe ahora su enfermedad expresando cómo se sentía anteriormente.

A: “Sí. Si el dinero no me interesa, ya ni me mira, hoy me duele aquí, me duele ya pues yo sé que con eso voy a morir, pues me es muy compañero de toda la vida, del dolor de todo el cuerpo, porque la fibromialgia es hay veces que híjole, no aguanto, me la paso mejor dormida, me la paso acostada porque hoy no me siento, pero sí bien, mal, pero no es diario...” (Anastasia, L28, S40, 06/06/2022).

Y cómo ahora continúa sintiendo dolor, pero se da cuenta que puede hacer cosas para ayudarse como la alimentación que le ha ayudado mucho entender que cuando siente crisis de dolor puede evitar ciertos alimentos que inflaman y tener a alguien con quien hablar de su dolor y reír un poco de sus síntomas con su hija mayor.

A: “...También es de mi alimentación es este sobre lo que nos puede afectar, es la inflamación de los músculos, de los huesos, de las articulaciones, de todo eso y es verdad que si le también he controlado mucho eso de la alimentación” (Anastasia, L28, S40, 06/06/2022).

A: “Hay que ir con el dolor y ya nos agarramos hasta riéndonos, si mejor lo tomamos a la risa” (Anastasia, L29, S40, 06/06/2022).

Este indicador coincide con Charles (2014) que menciona la importancia de la reconceptualización o dicha de otra manera resignificación al momento de cambiar la percepción de la realidad que se está viviendo al experimentarla de otra forma, Cardeno y Ruiz (2017) refieren que en la actualidad se puede encontrar un “amor” por las etapas de la niñez y juventud haciendo que la vejez sea conceptualizada como una etapa donde la persona solo tiene enfermedad y canas, en este caso Anastasia logra ponerle un nuevo concepto a su enfermedad pudiendo percibirse de una mejor manera e incluso poder tomar las cosas con humor.

Indicador 13. Transformaciones de las valoraciones y emociones en relación a sí mismo y con otros.

En cuanto a este indicador la consultante expresó una transformación en sus emociones y valor de sí misma cambiando su forma de ver su vida, dejando atrás el pasado y poner mayor atención a su presente, esto a su vez influye en sus relaciones sociales intentando buscar un bienestar.

A: “Si he tratado mejor de que ya no vivir en el pasado ni estar pensando en personas que me pueden causar esta tristeza, problemas, tristeza en cuestión de problemas. Ahora sí que como dicen de las personas tóxicas, entonces es mejor, trato de alejar lo más que se pueda” (Anastasia, L16, S40, 06/06 2022).

Como se menciona anteriormente en esta viñeta la consultante logra expresar una transformación en el enfoque que había estado teniendo en su vida, antes valoraba más los sucesos del pasado tomándolos y recordándolos una y otra vez, sobre todo los sucesos negativos que la hacían sentir tristeza y recordando cómo no pudo solucionar muchos problemas, ahora valora el vivir en el presente y tener su pasado para aprender a soltar esos problemas y alejarse de las conductas y personas que la hacían sentir triste.

Indicador 14. Formación de constructos subjetivos de su propia biografía.

En la siguiente viñeta clínica se muestra cómo la consultante durante mucho tiempo de su vida procuraba las necesidades de las demás personas dejando a un lado las propias, ahora reconoce la importancia del autocuidado.

A: “Cuando estaba sana, entre comillas, pues dormía tres, cuatro horas y levántate temprano y a seguirle y todo el día andar por un lado y para otro y hacer aquí o ser allá, llevar niños a la escuela, recoger todo y ya no, ya no. Es como si el tiempo de amarse a sí misma empezó, ya se acabó el tiempo de no voltearse a ver, ahora ya es el tiempo de voltearme a ver, de amarme a mí, de ver que necesito yo, sí, es verdad. ¿Qué tengo que contarte? No estás dejando un día más, tengo que aprovecharlo para mí” (Anastasia, L32, S40, 06/06/2022).

La consultante en esta sesión recuerda cómo es que durante sus años de juventud ella pensaba que tenía que ponerse en segundo plano en prioridades para atender a su familia, como se lo había enseñado su madre con la forma de crianza que tuvo con ella y cómo es que ahora en su vejez y a través de todas las experiencias que han estado alrededor de esta etapa, la han hecho reflexionar sobre el sentido de tener un día más de vida y poder aprovecharlo en ella.

Indicador 15. Enraizamiento de constructos subjetivos en su propia biografía.

En esta viñeta se puede identificar como la consultante es capaz de consolidar un nuevo significado de autocuidado en su vida y llevarla a un nuevo constructo de su propia biografía, ya no dejarse a un lado, si no voltear a verse a sí misma y buscar estar bien, disfrutar su vida y vivirla como ella desea.

A: “Ahí está y es que yo no era así, yo era de hasta adivinarles qué era lo que querían, qué era lo que se les antojaba, no necesitaba ni decírmelo, entonces ahora no, ahora sí, si yo tengo ganas de ponerme de irme a acostar un rato, que me siento cansada, hoy me acuesto, que ahí están los trastes sucios cuando venga mi marido que los lave... Eso que hacía antes es lo que me tiene ahora así es lo que me acabó, porque no importaba si a la hora que fuera yo me paraba a darle de comer, a servirles, luego, luego en cuanto llegaban y todo eso, ahora ya no, ya no me importa tanto que esté la casa reluciente, que no si no les gusta, que no se barrió ahora que lleguen y barran y si no les gusta ni modo” (Anastasia, L61, L63, S27, 17/01/2022).

Estos dos últimos indicadores 14 y 15 concuerdan con lo que menciona la OMS (2021) en el plan de la década del envejecimiento saludable, resaltando la importancia de los factores sociales y culturales dentro de la construcción social de la vejez y no solo la cuestión física, en México como lo mencionan Gutiérrez & Agudelo (2016) los estereotipos negativos, el maltrato y la discriminación

han sido factores que han estado presentes y que están estrechamente relacionados con su calidad de vida, es por ello que la vejez no es un fenómeno homogéneo, sino heterogéneo y multidimensional, no serán las mismas experiencias que han vivido las personas mayores de la actualidad que de las futuras generaciones, Anastasia vivió su juventud con factores culturales y sociales de pobreza, donde no era común estudiar más del nivel de secundaria y culturalmente la mujer debía atender al hombre en las necesidades del hogar, de forma personal en su biografía su madre le enseñó a ver por los demás miembros de la familia y “sacrificarse” por ellos, ya que era la mayor de sus hermanos. Por ello representa un cambio significativo en sus constructos biográficos poder preguntarse qué es lo que quiere y buscar su bienestar, que posteriormente se puede apreciar aún más en los siguientes indicadores.

Indicador 16 Autonomía en el manejo del contexto de significado psicológico.

A: “Sí y pues me he sentido psicológicamente muy bien, esté físicamente, pues los dolores, pues aprende uno a vivir con ellos. Si, y precisamente mañana tenemos en línea unos ejercicios de fisioterapia con fisioterapeutas... y si ya empezamos ahí a hacer y que me sentí muy bien... El chiste es este pensar en uno mismo y pensar en el momento sin mirar atrás y sin mirar adelante. ¿Verdad? Si no, no más en el momento” (Anastasia, L04, L37, S40, 06/06/2022).

Anastasia puede ser capaz de darse cuenta de sí misma y hacerse responsable de sus necesidades tanto físicas como emocionales y buscar su bienestar, reconociendo la importancia de buscar ayuda, esto sucedió ya en la última sesión de seguimiento cuando ella ya tenía dos semanas sin asistir a consulta empezó a buscar por ella misma más actividades que pudieran apoyarla en su objetivo de “sentirse bien”, entendiendo que tenía que enfrentarse a las exigencias de la etapa de vida que está viviendo y de su fibromialgia, fue cuando encontró una asociación que apoya a personas que viven con enfermedades degenerativas y dolor, ella entró a un grupo de personas que viven con dolor y que en su mayoría son personas mayores, empezó a organizar su tiempo para asistir a las reuniones y actividades que tenían siguiendo la misma línea de trabajo en psicoterapia vivir en el aquí y ahora.

Indicador 19. Construcción de una teoría subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno.

En esta última viñeta se muestra como Anastasia logra construir una nueva forma de vida consolidando el cambio en ella misma y en la forma de relacionarse con su entorno.

A: “Entonces, si yo digo por esta actitud que yo estoy tomando, yo me estoy sintiendo bien, pues ya no me interesa ya no me interesa que los demás se enojen y les moleste, que no haga que no sea como antes, yo sintiéndome bien ya estoy bien, porque si me estoy sintiendo mucho mejor, ya mis dolores son menos de mis músculos...” (Anastasia, L72, S27, 17/01/2022).

Recapitulando con los 19 indicadores de cambio que enlistan Krause, et al. (2006) Se puede comprender el desarrollo de la capacidad de la persona para modificar el significado que tenía de ella misma y de su entorno, esto es lo que diferencia la interacción que hay entre un consultante y un psicoterapeuta dentro del proceso psicoterapéutico de cualquier otro tipo de interacción, sin embargo, no solo con estos indicadores se puede analizar el proceso de cambio subjetivo, es necesario contar también con cuatro indicadores genéricos de cambio que son necesarios para el análisis de contenidos dentro de la terapia, que se explican a continuación.

Indicadores genéricos del cambio.

1. Correspondencia teórica: Los momentos de cambio se deben de incluir en alguno de los 19 indicadores de cambio previamente mencionados.

En la sesión 4 se utilizó la técnica de imaginería para que la consultante pudiera contactar con mayor facilidad con las emociones que estaba intentando mencionar en consulta, con lo que expresó “Pues una desilusión, de que nunca he podido tener lo que yo he deseado , pero yo me lo fabricaba yo misma, pero si interiormente si deseaba yo otra cosa, que intentaba yo sola fabricarme esa alegría, trate de no sentir coraje para que solo vivo este momento y ya” (Anastasia, L32, S4, 08/03/ 2021), correspondiente al primer indicador de cambio subjetivo aceptando la existencia de un problema con la relación de pareja que tenía con su esposo.

2. Verificabilidad: Lo cual indica que los cambios deben de observarse en la sesión o si se dieran fuera de la sesión, en dicho caso deberían de ser mencionados dentro de la sesión y que se pueda hacer referencia de que el cambio sucedió por el trabajo en la terapia.

En la siguiente viñeta la consultante expresa como ha empezado hacer cosas que le gustan, que fue una de las tareas del autocuidado que se trabajó en el proceso psicoterapéutico, pero ahora fuera de su casa en el grupo de enfermedades degenerativas y dolor, algo que antes no había hecho y que

gracias al estarlo trabajando pudo conocer una nueva posibilidad de volverse a sentir útil en esta etapa de su vida.

A: “Como he trabajado, son cosas que me hacen sentir útil, que me hacen sentir bien, sí, eh, y digo, pues yo ¿Sabes por qué? ¿Por qué ponen las cosas? No lo había conocido yo antes ese lugar, quizás porque no era el tiempo ¿Verdad? Y mira, me siento muy bien...” (Anastasia, L08, S40, 06/06/2022).

3. Novedad: El cambio es manifestado por primera vez.

La consultante empezó a experimentar un cambio sobre su autocuidado cuando decidió contratar una plataforma para ver películas y tener algo más que hacer en su casa que no fuera atender a su esposo y a su hijo, poder darse un tiempo de goce para ella.

A: “Ahora mejor me entretengo y veo mis películas, estoy viendo mis películas en este celular y ya me entretengo ahí viendo mis películas y como el sábado el niño se fue con su mamá y ya me vine y me encerré hasta las 03:00, me vi dos películas y lo que a mi me gusta...” (Anastasia, L100, S27, 17/01/ 2022).

4. Consistencia: La coherencia o concordancia del cambio que ha sido expresado verbalmente con su comunicación no verbal y momentos posteriores a la sesión o a la terapia no deben de ser contradichos.

Esto se puede ver cuando la consultante expresa “... Pues qué bueno, a mí sí, yo me cuido y yo no voy a esperar que los demás me cuiden como lo esperaba antes” (Anastasia, L29, S40, 06/06/2022) con cada sesión y práctica de autocuidado que tenía empezaba a tener mayor coherencia con el cambio que expresaba verbalmente con sus conductas, como también lo menciona “ahí está y es que yo no era así, yo era de hasta adivinarles qué era lo que querían, qué era lo que se les antojaba, no necesitaba ni decírmelo, entonces ahora no, ahora sí, si yo tengo ganas de ponerme deirme a acostar un rato que me siento cansada, hoy me acuesto...” (Anastasia, L61, S27, 17/01/ 2022).

6.3 Envejecimiento saludable y psicoterapia.

El concepto de envejecimiento saludable nace bajo la propuesta de la ONU y la OMS para buscar acciones que ayuden a optimizar las oportunidades para perseverar y mejorar la salud física y mental

de las personas mayores aumentando su calidad de vida, ya que se observó que la población mundial está viviendo uno de los cambios demográficos más importantes de las últimas décadas, teniendo un aumento de personas de mayores en su población y con ello retos importantes para su atención.

Como ya se había mencionado anteriormente en el marco referencial, para empezar con dichas acciones la OMS en el 2020 declaró que en los años 2020 a 2030 se desarrollara un plan de la década del envejecimiento saludable y con ello llevar las primeras acciones de colaboración concretada entre diferentes áreas de la sociedad pidiendo a gobernantes, sociedades civiles, organismos internacionales, profesionales, instituciones académicas, medios de comunicación, comunidades y familias desarrollar un plan de acción de estrategia mundial.

Dando respuesta al plan de la década del envejecimiento saludable como una colaboración profesional dentro del área de la salud mental, se decidió agregar este apartado de resultados con el fin de resaltar y entrelazar los cambios subjetivos que se encontraron dentro del proceso psicoterapéutico y el tercer ámbito de acción “ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que puedan responder a las personas mayores” propuesto por la OMS.

Antes de empezar a desarrollar los resultados, cabe destacar que dentro del diálogo de la consultante se identificaron otros ámbitos de acción del envejecimiento y cómo pueden influir en el estado anímico de la persona demostrando la importancia de cada área para el desarrollo del bienestar de la persona mayor.

Como ya se había descrito en el marco referencial, las personas llegan a experimentar cambios psicológicos significativos durante todas las etapas de su vida, la vejez es una de las etapas que han tenido diferentes estereotipos a lo largo de la historia de la humanidad pasando por ser positiva a negativa, hoy en día ambas polaridades están presentes en la sociedad, siendo mayor la percepción negativa en México como lo menciona Hernández, et al. (2017) al observar que persiste una construcción rígida de la vejez en jóvenes, en el caso de Anastasia su hijo tenía la percepción negativa de la edad de su madre ejerciendo maltrato psicológico hacia ella.

Anastasia en varias ocasiones menciona ser presionada por su hijo para hacer lo que él quiere que haga y sabiéndose una mujer en su vejez percibe que lo único que puede hacer ante esa situación es quedarse callada y no hacer nada para no incrementar su agresividad “empiezo ahorita con lo que traigo de mi hijo ¡Ay, cómo me presiona! Dios mío! ... ¿Qué es lo que tengo que decir? Lo que él

quiere, según él me ve mal, pero no lo que yo siento...entonces no le voy a decir, no le contesto nada ni quiero porque él solo grita” (Anastasia, L4, L5, S30, 14/02/2022).

Al igual menciona que él piensa que no hace mucho, ya que se queda la gran mayoría del tiempo en su casa descansando por ser una persona mayor “siempre es más fácil ser tú... y me dice mamá, ya levántate a desayunar algo ¿No? Hoy este ya no me deja descansar, pues el sábado y domingo son los días que nos levantamos un poquito más tarde” (Anastasia, L7, S30, 14/02/2022).

Basándonos en esto se pudo identificar que la psicoterapia como un servicio de salud puede también influir en el primer ámbito de la percepción hacia la vejez y viceversa. Para explicar mejor esto tomamos este ámbito que resalta la importancia de llevar actividades que favorezcan actitudes positivas y realistas de la edad y el envejecimiento combatiendo de esta forma la discriminación y el maltrato hacia las personas de 60 años o más, en este caso bajo el tratamiento psicoterapéutico se fomentó en Anastasia actividades de autocuidado que pudieran desarrollar en ella independencia y autonomía.

Como lo expresa en las siguientes viñetas “yo estoy trabajando lo que yo me hace sentirme bien, lo que a mí me hace sentirme bien y sí yo sé lo que estoy trabajando contigo... estuve tejiendo, tejiendo y estuve pensando en eso, en sus palabras de él y cuando él era así conmigo, entonces no decía nada y ahora que están viendo el cambio, que es para mí bien pues que no les está pareciendo que yo esté teniendo el cambio ¿Por qué dice que las terapias no me sirven? ¿Qué quiere? Que sean como antes, así que todo me esté callada, que todo esté aguantando” (Anastasia, L32-35, S30, 14/02/2022).

Bajo la misma línea se identificó un factor importante para trabajar la independencia y autonomía en Anastasia fue la percepción positiva que tenía sobre la vejez y que todavía puede cambiar para mejorar, como lo expresa en la siguientes viñetas “y yo queriendo arreglar el mundo ando queriendo arreglar el mundo de los demás y no arreglo el mío, pues como pues, entonces tengo que arreglar primero mi mundo y pos hay cada quien que arregle el suyo, pues ya, esto ya lo estoy viendo hasta hoy, pero pues nunca es tarde” (Anastasia, L47, S32, 07/03/2022).

En otro momento del proceso psicoterapéutico Anastasia menciona ya sentirse cansada de trabajar como empacadora de supermercado puesto que ya es grande de edad y no puede subirse bien en los camiones, además que la fibromialgia no la deja descansar, expresando en la sesión 27

que ha tomado la decisión de dejar su trabajo y querer vivir con el apoyo del gobierno “bienestar” y su pensión para poder tomar otras actividades entre ellas el autocuidado.

A: “Y en estas dos semanas me sentía muy cansada y yo le decía al niño que me siento muy cansada, yo ya no voy a trabajar más, desde cuando ya no quería que vaya, le dije deja no más que me den lo de la ayuda del gobierno y pues ya tengo lo de mi pensión y la ayuda que me den y con esa la hacemos hijo... ya me empecé a sentir así de mal iba y hasta en el camión me iba durmiendo, me dolía todo, este empacaba la mercancía y ay mis brazos los sentía así, como que se me doblaban de cansado...pues ándale, que le dije yo y al otro día me llaman que fuera por mi tarjeta del bienestar ¡Oh, qué suave! Dije entonces” (Anastasia L2-4, S27, 17/01/2022)

Este suceso que hizo posible poder estar en casa y poder dedicar su tiempo en otras cosas, ayudó a que Anastasia pudiera empezar a realizar actividades que pudieran ayudarle en su salud mental, y física como darse tiempo para descansar, sentirse más tranquila y realizar actividades que deseaba hacer antes “Como que ya no está uno para eso, ya no estoy para estar sosteniendo horarios y lo cansado ¡No, no, no! y ya pues yo ahorita me siento más relajada es más, este también me fui a la terapia de rehabilitación” (Anastasia L8, S27, 17/01/2022).

En este cambio podemos identificar como el segundo ámbito “asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores” influyó en Anastasia de forma positiva, generando en ella mayor sentimiento de confianza y de estabilidad.

Esto mismo se vuelve apreciar cuando Anastasia empieza a conocer apoyos del gobierno para tener la rehabilitación física y una asociación para enfermedades degenerativas, ella lo expresa en las siguientes viñetas:

A: “Me enteré que hay un centro de rehabilitación y fui a ver si podía haber pues algún tratamiento porque pues mis brazos ya me dolían y me duele mucho la fibromialgia me está, pues ahorita ya no me siento tanto ya que estoy más relajada” (Anastasia L13, S27, 17/01/2022).

A: “Fíjate, he estado asistiendo en estos y este tiempo que nos hemos visto a una asociación, que yo no la conocía y ya tiene 18 años, qué es para enfermos de fibromialgia y enfermedades reumáticas, para enfermedades degenerativas... si y pues me he sentido psicológicamente muy bien” (Anastasia L04, S40, 06/06/2021).

Como resultado del seguimiento del autocuidado y resignificación de las experiencias vitales en psicoterapia Anastasia pudo empezar a laborar dentro de la asociación para ayudar a otras personas mayores y personas que vivieran con dolor “Ah, pues sí, si quieren entonces ya y dijeron que hacer un taller de tejido, que hay de bisutería, de pintura y ¿De tejido de gancho? No, ¿Nadie les ha dado? así pues, si quieren, sí...y si ya empezamos ahí a hacer el taller y que me sentí muy bien, muy bien de compartir algo de lo que sé y ver que gente que está de mi edad, bueno, hay unas más jóvenes que también tienen artritis, que tienen lupus y son las que van a allá, me sentí muy a gusto en compartir lo que yo sé. Si, uy, esto es una satisfacción bonita que sentí” (Anastasia L05, L06, S40, 06/06/2021).

Por último se encontró una relación con el ámbito cuatro “Brindar atención a largo plazo para personas mayores que lo necesiten” Cuando Anastasia contrajo COVID-19 y atención por un mes de su familia para su recuperación, en ese caso se le hizo la observación dentro de consulta que era importante pedir ayuda para poder ser cuidada en un ambiente seguro por lo que tenía que buscar a otras personas que no fueran su esposo y su hijo ya que ninguno de ellos la cuidaba, Anastasia acudió con su hija mayor y su nieta quienes cuidaron de ella todo el tiempo que ella consideró necesario, como lo menciona en la siguiente viñeta:

A: “Y ahora es que hace un año que me enfermé del COVID-19, pues yo estuve con ella en su casa, allá todavía viviendo ahí con su mamá, y ella era la que más me atendía, ella fue la que dijo yo voy a atender a mi abuela...” (Anastasia L8, S27, 17/01/2022).

En esta misma viñeta se demuestra la importancia de la colaboración de las familias de las personas mayores dentro de un envejecimiento saludable que menciona la OMS (2020), donde los familiares son agentes relevantes para el cambio y para el desarrollo de una buena calidad de vida, por el apoyo que pueden ofrecer a este sector poblacional.

VII. Conclusiones y propuestas.

Tras el análisis, podemos concluir que se puede evidenciar la resignificación de experiencias vitales y su relación con el cambio subjetivo en una mujer mayor para el envejecimiento saludable, ya que durante el proceso psicoterapéutico la consultante mostró cambios importantes en su pensamiento, emociones y su forma de relacionarse en su contexto, lo que la llevó a mejorar su calidad de vida y vivir con mayor plenitud su vejez.

Se demostró que las experiencias vitales son vivencias con altos contenidos de significado que influyen en la personalidad y conducta de la persona; en el caso de la consultante sus experiencias vitales de la infancia le representaron un sentimiento de minusvalía hacia sus propias necesidades y desarrollo personal, influyendo en su forma de actuar y relacionarse, para ella era importante atender las necesidades de otras personas antes de las suyas dejando de atender su salud física y mental impactando en su calidad de vida.

Estos factores aunados a la edad y género de la consultante la hicieron propensa a vivir maltrato y discriminación por miembros de su familia nuclear, por lo que al trabajar en la construcción de nuevos significados y su consolidación, fue posible que la consultante resignificara la forma de verse a ella misma y su entorno, creando sentimientos de valía, independencia y autosuficiencia, conductas de autocuidado como asistir a rehabilitación física, seguimiento médico, tener una mejor alimentación, actividades recreativas, tener pasatiempos, asistir a grupos de ayuda y dar clases en talleres.

En cuanto a las experiencias vitales por acontecimientos relacionados con el ciclo vital y resiliencia estuvieron presentes vivencias de enfermedades como el COVID-19 y muertes de familiares o amistades, lo que suscito en la consultante resignificar su sentido de vida y cómo era que quería vivir en adelante, esto afianzo la idea de verse a ella misma y vivir con una mayor calidad de vida.

Con respecto a los episodios de cambio subjetivo más sobresalientes en la consultante, fueron los relacionados con la aceptación de la existencia de un problema, la necesidad de ayuda y límites, la construcción y consolidación de nuevos significados autobiográficos y realización de nuevos comportamientos, para Anastasia el comprender que era real que tenía un problema que había intentado negar y evadir durante gran parte de su vida había sido difícil, ya que eso le representaba el cuestionarse cómo podía cambiar para poder tener una mejor calidad de vida sin desestimar toda

su vida, en una de las sesiones ella mencionaba que entendía que tenía que cambiar, pero no quería cambiar toda su vida porque al final de cuentas esa era la vida que vivió y que debido a su edad sentía que si cambiaba toda esa estructura ya no le quedaba nada y perdía el sentido de su vida, por lo que en los objetivos terapéuticos se centraron en el bienestar actual de la consultante, el autocuidado y la resignificación de las experiencias vitales que le permitieran llevar una vida con mayor satisfacción durante su vejez.

En cuanto al supuesto de la investigación, se confirma la importancia del proceso psicoterapéutico como herramienta facilitadora en la resignificación de experiencias vitales y su relación con el cambio subjetivo para un envejecimiento saludable. Reconociendo a la persona como un ser complejo que se compone por diferentes dimensiones donde se involucran los aspectos biológico, mental y social, es importante considerar intervenir desde un enfoque interdisciplinar con el objetivo de comprender de manera global a la consultante sin limitar sus experiencias de vida y el trabajo terapéutico.

Dado lo anterior se propone enfocarse en los siguientes ejes centrales para la atención en psicoterapia a personas mayores:

- La resignificación de experiencias vitales y el cambio subjetivo; para las personas mayores es importante tener la oportunidad de expresar y reconstruir sus experiencias más significativas, ya que partir de estas construyeron su identidad y la relación con el mundo que los rodea dándoles un sentido de bienestar. Brindar la oportunidad a la persona mayor de narrar su historia permite llevarle una evaluación, su pasado y presente que puede influir en un cambio en la dimensión cognitiva de la persona.
- Límites y conductas de autocuidado; estos aspectos influyen en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y la respuesta ante ellas, aumentando la calidad de vida de las personas mayores. Es importante fomentar la cultura de los límites y autocuidado, en esta etapa de vida las tareas y responsabilidades en la familia cambian, es relevante replantearse su rol familiar y social.
- Integridad del yo; La etapa de la vejez se caracteriza por un cambio en la forma de vivir y su realidad, es un momento donde se viven varios procesos de duelo, tanto por muertes de familiares y amigos, como por los cambios físicos del mismo cuerpo, es importante que la

persona mayor pueda aceptar esta etapa de forma positiva, sintiéndose satisfecho por todo lo vivido y admitir nuevas formas de vivir.

Las líneas de investigación que pueden surgir a partir de esta investigación estarían dirigidas a desarrollar intervenciones terapéuticas con personas mayores para un envejecimiento saludable, ya que existen pocas investigaciones relacionadas con desarrollar una propuesta terapéutica para este sector poblacional.

VIII. Referencias

- Achipíz C., Perdomo, A., Chincangana, D., Jojoa, M. & Cadavid, A. (2016). Huellas vitales e innovación. *Plumilla Educativa*, 18(2), 34–52.
<https://doi.org/10.30554/plumillaedu.18.1956.2016>
https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Aristegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilche, O., Dela Parra, G., Ben-Dov, P., Dagnino, P., Echevárri, O. & Valdés, N. (2004) Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia psicológica*, (22) 2. 131-145.
<https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/30529/Actos%20de%20habla%20en%20la%20conversaci%C3%B3n%20terap%C3%A9utica.pdf>
- Asociación Médica Mundial (1989). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.
http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
- Bustamante, D., Vásquez, J., Tamayo, D. & Ocampo, T. (2020) La terapia familiar como vía de la resignificación en la enfermedad. *Poíesis*, (28), 16-30.
<https://doi.org/10.21501/16920945.3552>
- Campa, J. (2013) Schopenhauer, el arte de sobrevivir. *Enrahonar: quaderns de filosofia*, (55).
https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=19YYZ44AAA AJ&citation_for_view=19YYZ44AAA AJ:d1gkVwhDpl0C
- Carbajo, Ma. (2008) La historia de la Vejez. *Ensayos: Revista de la facultad de Educación de Albacete*, 23, 237-254. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3003504>
- Cardeno, G. & Gennes, E. (2018) Resignificación de las representaciones sociales sobre la vejez en personas mayores residentes de hogares geriátricos de la ciudad de Barraquilla. Un diálogo de saberes intergeneracionales: caso Barranquilla.
https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2837/Cap_2_Resignificaci%C3%B3n.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Cardeno, G. & Ruiz, P. (2017) Representación de las representaciones sociales hacia la vejez. Un diálogo de saberes intergeneracionales: caso Colombia Barraquilla-Chile Chillán. Universidad Simón Bolívar.
<https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/2837?show=full>
- Cardona, B., Pinto, A. & Velázquez, A. (2020) Resignificar el presente, desde la sanación del pasado: Una Perspectiva desde las Representaciones Sociales y el interaccionismo Simbólico

- [Tesis de pregrado, Tecnológico de Antioquia Institución Universitaria] Archivo digital.
<https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/1201>
- Capella, C. & Gutierrez, C. (2014) Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 13 (3), 93-105.
<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/348>
- Charles, R. (2014) *Soluciones para parejas y padres*. Cree-Ser.
- Díaz-Prieto, C. & García, Jesús. (2019) Influencia de las experiencias vitales sobre la calidad de vida percibida en adultos mayores. *Revista INFAD De Psicología. Internacional Journal of Developmental and Educacional Psychology*, 2 (1), 321-330.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v2.1648>
- Etxeberria, X. (2021) De la sabiduría en la vejez. *En-claves del pensamiento*, 15 (30). DOI:
<https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i30.469>
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J., Valdés, N., Vilches, O. & Tomicic, A. (2012) Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia psicológica. Sociedad chilena de psicología clínica*, 30 (2), 5-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200001>
- Ferreira, E. (2013) Acontecimientos vitales y su impacto sobre los síntomas y trastornos en adolescentes. [Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona] Archivo digital.
<https://ddd.uab.cat/record/118637>
- Guadarrama, R., Veytia, M., Arzate, G. & Hénandez, J. (2017) Actitud hacia la vejez: Estudio comparativo en mujeres mexiquenses. *Psicología Iberoamericana*.
<https://www.redalyc.org/journal/1339/133957572006/>
- Gutiérrez, L. & Agudelo, M. (2016). Hechos y desafíos para un Envejecimiento Saludable en México. Instituto Nacional de Geriátría.
<http://repositorio.inger.gob.mx/20.500.12100/17408>
- Hernández, D., Aldana, G., García, L. & Contreras, I. (2017). Evaluaciones sobre la percepción de jóvenes universitarios hacia la vejez y el proceso de envejecimiento. *Revista electrónica De Psicología Iztacala*, 20 (4). <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/62819>
- Hernández, Z. (2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 7 (2). <https://www.redalyc.org/pdf/802/80270206.pdf>

- Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco. (2020). Día del adulto mayor. <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2020/08/D%C3%ADaAdultoMayor2020.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf
- Instituto Nacional de Geriátría (2017, 13 junio). *Envejecimiento*. Instituto Nacional de Geriátría. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html#:~:text=El%20envejecimiento%20saludable%20es%2C%20a,utilizando%20de%20manera%20%C3%B3ptima%20las>
- Instituto Nacional de Geriátría (2020, 19 noviembre). *Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de Geriátría*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605320&fecha=19/11/2020#gsc.tab=0
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019, 30 febrero). *Salud mental en personas mayores*. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores-Blog. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores>
- Kancyper, L. (2019). Resignificación, memoria trabajo de simbolización. *Temas de psicoanálisis*, (17). <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2019/01/LUIS-KANCYPER.-Resignificaci%C3%B3n-memoria-y-trabajo-de-simbolizaci%C3%B3n..pdf>
- Kanter, I. (2021). Las personas mayores a través de los datos censales de 2020. http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5295/ML_204.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Klein, A. & Chavéz-Hernández, A. (2014). La resignificación de ser adulto. Cambios en la herencia, el lazo social y la capacidad de transmisión. *Culturales*, (3) 2. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912015000200007
- Krassoievitch, M. (2001) *Psicoterapia Geriátrica*. Psicología y psicoanálisis: México.
- Krause, M., Valdés, N. & Tomicic, A. (2009). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT): Manual de procedicmiento. Proyecto Fondecyt N° 1080136, *Psychotherapy and Change Chilean Research Program*. Manuscrito sin publicar. https://midap.org/wp-content/uploads/2015/06/manual_scat.pdf

- Lagos, L. (2020). Generalidades sobre el Envejecimiento, Vejez y Personas Mayores. Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de terapia ocupacional. Centro de investigación en Educación Superior CIES-USS.
- Lleonart, M. & Mateu, G. (2016). La psicoterapia de grupo en la vejez. Un proyecto de investigación. *Temas de psicoanálisis*, (11). <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/LA-PSICOTERAPIA-DE-GRUPO-EN-LA-VEJEZ.-UN-PROYECTO-DE-INVESTIGACION.-Plantilla.pdf>
- López, N., Álvarez, I. & Torres, E. (2020). Factores de riesgo asociados al maltrato interfamiliar al adulto mayor en el sector Durán. *Revista Publicando*, (25) 7, 1-10. <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2077>
- Martín-Montolíu, J. (2008). Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud*, (19) 1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100005
- Martínez, J. (2020) *Una propuesta para reformar el sistema de pensiones en México*. Universidad Autónoma de México. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/6327-una-propuesta-para-reformar-el-sistema-de-pensiones-en-mexico-coleccion-ciss>
- Martínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo. *Revista silogismo*, (4) 8, 1-33. https://www.academia.edu/22207038/Revista_de_la_Corporaci%C3%B3n_Internacional_para_el_Desarrollo_Educativo_Bogot%C3%A1_Colombia_M%C3%89TODOS_DE_INVESTIGACI%C3%93N_CUALITATIVA_QUALITATIVE_RESEARCH_METHODS
- Martínez, M. (2006) La investigación cualitativa (Síntesis conceptual). *Revista IIPSI*, (9)1, 123-146. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf
- Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C. & Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciencia y Saúde Coletiva*, (24) 1. <https://www.scielo.br/j/csc/a/QVKmhLGvNQ7XqjjNrBxJy3x/abstract/?lang=es>
- Minois, G. (1987). *Historia de la vejez de la antigüedad al renacimiento*. Nerea: Madrid.
- Molina, N. (2013). Discusiones acerca de la Resignificación y Conceptos Asociados. *Patrimonio: Economía cultural y educación para la Paz*, (1) 3, 39-63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8475075>
- Moreno-López, S. y Zohn-Muldoon, T. (2013) *Diálogo interdisciplinario y psicoterapia. Implicaciones para la formación y la práctica*. En Zohn-Muldoon; N. Gómez-Gómez, y R.

- Enríquez-Rosas (coords.) *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. México: ITESO/ Universidad de Guadalajara/ Universidad Iberoamericana León/ Universidad Iberoamericana Puebla.
<https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/3858/Di%E1logo+interdisciplinario+y+psicoterapia.+Implicaciones+para+la+formaci%F3n+y+la+pr%E1ctica.+SML+TZM.pdf?sequence=4>
- Morin, E. (2002). *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma, reformar el pensamiento*. Nueva visión: Buenos Aires.
<https://doctoradousbcienciaseducacion.files.wordpress.com/2013/01/morin-edgar-la-cabeza-bien-puesta.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2020, 14 diciembre). Década del Envejecimiento Saludable. Centro de prensa. https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_2
- Organización Mundial de la Salud (2021, 1 octubre). Envejecimiento y salud. Centro de prensa. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Entre%202020%20y%202030%2C%20el,ni%C3%B1os%20menores%20de%20cinco%20a%C3%B1os>.
- Ospina, P. (2010). La formación, un trayecto de experiencias vitales y significativas. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, (1) 6, 11-27.
<https://www.redalyc.org/pdf/1341/134124444002.pdf>
- Pérez, J. (2013). Aprender de los cambios vitales. PUV.
- Robles-Silva, L., García-Barragán, T. & Ramírez-Contreras, M.G. (2020). Salud pública y envejecimiento en México: revisión bibliométrica. *Revista Médica del Intituto Mexicano del Seguro Social*, (58) 1. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457763216007>
- Scandar, G. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*, (14) 1, 70-84. <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/335>
- Secín, R. (1984) Acontecimientos vitales y enfermedad neoplásica. *Salud mental*, (7) 4, 67-70.
<http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm0704/sm070467.pdf>
- Sociedad Mexicana de psicología (2014). Código ético del psicólogo. Trillas.
- Suarez, M. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz*, (16) 2.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200010

- Valverde, L. A. (1993). El Diario de Campo. Revista de Trabajo Social. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v18n391993/art1.pdf>
- Vargas, X. (2011). ¿Cómo hacer investigación cualitativa? Una guía práctica para saber qué es la investigación en general y cómo hacerla, en énfasis en las etapas de la investigación cualitativa. Etxeta. <http://paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/981/94805617-Xavier-Vargas-B-COMO-HACER-INVESTIGA.pdf>
- Vázquez, M. (2019). El desarrollo de la resiliencia en las personas mayores. Revista española de Geriátría y Gerontología, (46) 2. <http://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2019/02/El-desarrollo-de-la-resiliencia-en-las-personas-mayores.pdf>
- Zamorano-Rojas, A., Romero-Delgado, C. Y Camacho-Gomez, María del Carmen (2022) Una mirada a las expectativas en la vejez desde las narrativas del cine mexicano. Rev. panam. Común, (4) 1. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2683-22082022000100174&lang=es

IX. Apéndices

Apéndice 1.

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

PROYECTO PRESENCIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Tlaquepaque; Jalisco a ____ de _____ de 20__.

P R E S E N T E

Por medio de la presente, en términos del artículo 24 y 31 del Código Civil del Estado de Jalisco, así como en términos del artículo 87 de la Ley Federal del Derecho de Autor, en pleno uso de mis facultades, otorgo mi consentimiento expreso por tiempo indefinido, a título gratuito, para autorizar que se capture por medio de fotografía, voz, imagen, texto y videograbación el contenido de las sesiones de psicoterapia, así como para que este sea utilizado para ser visto, escuchado, leído, y comentado con las y los profesores y sus compañeros(as) de clases dentro de la Maestría en Psicoterapia, siempre y cuando la información que permita que mi persona sea identificable sea debidamente protegida.

Entiendo y manifiesto conocer que quien me atenderá en terapia es estudiante de la Maestría en Psicoterapia y que puede llegar a tener formación académica distinta a la psicología, por lo que, si requiero de algún reporte, dictamen o similar, daré previo aviso a los coordinadores del Proyecto Presencia, para que me canalicen con quien pueda dar esta atención y emitir el documento requerido. Mi propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que el estudiante pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo y manifiesto también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad, esto es, mis datos personales de identificación como son mi nombre, así como apellidos serán omitidos al usarse los contenidos de las sesiones de psicoterapia, apegándose así el contenido de las sesiones al proceso de formación e investigación y que tanto sus profesores(as) como los compañeros(as) de clase asumen también este compromiso.

Estoy informada(o) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, el Terapeuta que me sea asignado podrá utilizar los datos únicamente con fines educativos o de investigación, dentro de clases que le favorezcan en su proceso formativo, siempre y cuando se respete mi anonimato.

Tanto mi nombre, imagen como el contenido de las sesiones no tiene mi autorización para ser utilizado en la promoción comercial, o no comercial inclusive, del servicio que otorga el Proyecto Presencia a la comunidad ITESO o externos.

Atentamente,

Nombre completo del
Consultante

Fecha

Firma

Respecto al tratamiento de mis datos personales, el Aviso de Privacidad Integral relacionado con el Proyecto Presencia está disponible para el Usuario, previo al tratamiento de la información del usuario, en el Departamento de Psicología, Educación y Salud.

Apéndice 2.

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Departamento de Psicología, Educación y Salud

Maestría en Psicoterapia

Forma de consentimiento informado

Título:

Alumno y programa:

Nombre del asesor:

Propósito

Poner propósito.

Riesgos

Ningún riesgo es esperado para los participantes.

Beneficios

Ningún beneficio es esperado para los participantes.

El beneficio primario de este proyecto será obtener información que permita la mejor comprensión de los modos de intervención en psicoterapia para una mejor atención

Participación y Retiro Voluntario

La participación es totalmente voluntaria. Usted tiene el derecho para negarse a participar de este proyecto. Si decide participar y cambia de opinión se puede retirar en cualquier momento.

Confidencialidad

Los hallazgos se resumirán y serán informados en un reporte académico. Los participantes serán identificados con el uso de pseudónimos, los nombres reales no aparecerán en ningún registro, ni cualquier otro dato que

permita la identificación de los participantes. Las grabaciones de las entrevistas serán guardadas bajo llave y en un dispositivo electrónico. El encargado de esta información será el alumno junto con el director del proyecto y estarán disponibles por un lapso de tres años para académicos y alumnos del programa que justifiquen el acceso a los datos.

Procedimientos: Las entrevistas se llevarán a cabo dentro de las instalaciones del ITESO y tendrán una duración de 45 a 50 minutos. La fecha y hora será acordada con el alumno del proyecto.

Personas de Contacto: Recibirá una copia de esta forma de consentimiento informado para que se quede con ella.

Si está dispuesto a participar de este proyecto, por favor firme abajo.

_____ Fecha_____

Participante

_____ Fecha_____

Alumno encargado del proyecto