

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



El Yo en la mitad de la vida: un estudio de caso

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

Presenta: **CLAUDIA ESTELA GUTIÉRREZ GARCÍA**
Director **DR. MARCO A. SANTANA CAMPAS**

Tlaquepaque, Jalisco., marzo de 2024.

Agradecimiento y dedicatoria

A Dios por darme fuerza y valor para terminar este proyecto y hacer mi sueño realidad.

A mi Alma Mater ITESO por el apoyo financiero y la oportunidad incomparable que me dio para vivir esta experiencia de crecimiento y encuentro con mi sentido profesional y personal.

Al director de este Trabajo de Obtención de Grado, Dr. Marco Antonio Santana Campas por la dirección, el apoyo y el rigor que ha brindado a este trabajo. Gracias por la dedicación y la confianza, por su vocación y su entusiasmo al acompañar este proceso.

A la Dra. Cecilia González Duarte por su presencia y por tomarse el tiempo para leer y permitirme enriquecer este trabajo con sus comentarios.

A la Dra. Olivia Guadalupe Penilla Núñez por acompañarme en este trayecto con su escucha, por infundirme esperanza y fortaleza, por la cura a través de su palabra.

A ti “Astrid”, mujer valiente y hermosa, que como consultante, compartiste conmigo tus experiencias de vida, las cuales son inspiración y cimiento de este trabajo.

A mi padre José Gutiérrez Miranda por creer en mí y dejarme un legado de búsqueda y perseverancia para ser siempre mejor.

A mi madre Estela García Flores por darme y enseñarme a vivir la vida, por el amor y el apoyo incondicionales en todo momento.

A mi esposo Mariano Alcalá Chávez por su sacrificio y esfuerzo, por estar para mí, por darme su amor y su total apoyo a pesar del tiempo robado a nuestra relación mientras asistí a la universidad. Gracias por tanta paciencia. Te amo.

A mis hijos Oscar Alfonso Pineda Gutiérrez, Antonio Pineda Gutiérrez, José Manuel Alcalá Gutiérrez, Gregorio Omar Alcalá Luna y Flor Isela Alcalá Luna, por sus frases de aliento y por ser mi inspiración para ser mejor. Gracias por la alegría que me dan cada vez que me llaman mamá.

Resumen

Actualmente, las mujeres poseen una mayor esperanza de vida y un menor índice en la tasa de mortalidad. El periodo comprendido entre los 40 y 65 años es considerado como “mediana edad” y suele ser pensado como el punto donde la persona comienza a anticipar su envejecimiento (Sande, 2018), y como una etapa de objetividad, confianza, autenticidad y conocimiento real del mundo interno cuando la persona ha aprendido de las lecciones que le trajo la propia experiencia o por el contrario, suele enfrentar la “Crisis en la mitad de la vida”. El propósito general de trabajo de obtención de grado fue describir la resignificación del yo de una consultante de mediana edad durante un proceso psicoterapéutico. La investigación se llevó a cabo a través de un estudio de caso de tipo descriptivo enmarcado en la metodología cualitativa. La recolección de datos se realizó mediante audio grabaciones y las transcripciones parciales de ocho sesiones consecutivas. El método empleado consistió en analizar a través del sistema SCAT (Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica) los turnos de palabra tanto de la consultante como de la terapeuta capturados en las transcripciones de entrevistas lo que permitió conocer las cogniciones, conductas y emociones implicadas en la resignificación de la identidad en la mediana edad. La construcción de un clima de confianza y la consideración de la relación terapéutica fueron los elementos más importantes para lograr el cumplimiento de los objetivos dentro del marco de una psicoterapia interdisciplinaria a partir de la aplicación de recursos que son comunes entre distintos enfoques terapéuticos como la empatía, validación, credibilidad, aceptación positiva incondicional, la relación terapéutica de confianza, el encuadre que delimite el proceso, el deseo del terapeuta y la posición asimétrica que permite al profesional colocarse donde puede incitar al consultante al cambio, Asimismo se propuso considerar factores como la emergencia de nuevas vejez para reconceptualizar el significado del envejecimiento y su impacto en los ámbitos de funcionamiento.

Palabras clave:

Mujer, Mediana edad, Concepto del Yo.

Abstract

Currently, women have a longer life expectancy and a lower mortality rate. It is considered that middle age is a stage of objectivity, trust, authenticity, and real knowledge of the internal world when the person has learned from the lessons that their own experience brought them or, on the contrary, usually faces the "Crisis in the middle of life". The general purpose of the work to obtain a degree was to describe the resignification of the self of a middle-aged consultant during a psychotherapeutic process. The research was conducted through a descriptive case study and was framed in the qualitative methodology. Data collection was conducted through audio recordings and partial transcripts of eight consecutive sessions. The method used consisted of analyzing through the SCAT system (Therapeutic Activity Coding System) the speaking turns of both the client and the therapist captured in the interview transcripts, which allowed knowing the cognitions, behaviors, and emotions involved in the redefinition of identity in middle age. The construction of a climate of trust and the consideration of the therapeutic relationship were the most important elements to achieve the fulfillment of the objectives within the framework of an interdisciplinary psychotherapy based on the application of resources that are common among different therapeutic approaches such as empathy, validation, credibility, unconditional positive acceptance, the therapeutic relationship of trust, the setting that delimits the process, the therapist's desire and the asymmetrical position that allows the professional to place himself where he can encourage the client to change. It was also proposed to consider factors such as the emergence of new old age to reconceptualize the meaning of aging and its impact on the areas of functioning.

Índice Temático

El Yo en la mitad de la vida: un estudio de caso	1
I. Introducción	1
II. Planteamiento	3
III. Justificación	6
Objetivo general	7
Pregunta principal	7
IV. Marco Referencial	9
4.1 Estado actual del arte:	9
4.2 La mujer y la adultez media	14
4.3 Teorías del ciclo vital	17
4.4 Fundamentación teórica del enfoque centrado en la persona y el yo	27
4.5 Teoría de los Actos del Habla	33
V. Marco metodológico	38
5.1 Diseño de la investigación	38
5.2 Método de estudio de caso en psicoterapia	41
5.3 SCAT 1.0 e Indicadores de Cambio Genérico (ICG) cómo estrategia analítica	42
5.4 Instrumentos de recolección de datos	48
5.5 Consideraciones éticas	51
5.5 Diseño y presentación del caso	52
VI. Resultados	63
6.1 Dominancia discursiva general entre consultante y terapeuta	63
6.2 Dominancia del ámbito acción que contribuye a la resignificación	71
6.3 Expresión cognitiva verbal durante la resignificación en psicoterapia	76
6.4 Expresión del ámbito emocional durante la resignificación de una consultante	78
VII. Conclusiones y propuestas	84
VIII. Referencias	87

I. Introducción

El informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales (2020) publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la población universal está envejeciendo debido a que han aumentado la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida sana. Se considera que la población de 60 años y más es un sector económica y socialmente vulnerable puesto que se calcula que entre el 20 y 30 por ciento de este grupo etario, padece violencia física, psicológica, económica o abandono. Además, un 47 por ciento vive en condiciones de pobreza, lo que supone un reto en atención y políticas públicas: un adulto mayor acude a consulta cuatro veces más que el resto de la población y entre ellos una gran mayoría tienen enfermedades discapacitantes, padecimientos crónicos o llegan a sufrir algún tipo de violencia o abandono; en especial las mujeres debido a factores socioculturales y a que tienen una esperanza de vida mayor (OMS, 2019).

Al envejecimiento se asocian modificaciones biológicas irreversibles vinculadas a un declive funcional en el cual se incrementa la posibilidad de sufrir enfermedades o experimentar sentimientos de soledad y depresión. Desde la psicología se planteó que el desarrollo de la identidad es un proceso continuo a lo largo de la vida y no solo de las etapas iniciales, en consonancia con esas ideas se propuso que al final de la adultez media que abarca entre los 40 a 65 años suele vivirse época de dominio, capacidad y conocimiento en la que se incrementa la preocupación por reflexionar, la introversión y dar sentido a lo vivido.

Se ha denominado crisis de la edad media al cuestionamiento que surge cuando la persona se pregunta ¿es todo lo que hay? Hasta este momento se ha dedicado a crecer “cuesta arriba” y reflexiona acerca de errores, triunfos, fracasos, oportunidades perdidas, mira hacia el futuro y toma consciencia de un futuro no inminente, tampoco lejano de un camino que lo lleva de bajada pues es lo que ha aprendido culturalmente: vienen las pérdidas, la jubilación, la partida de los hijos afectando la identidad de la persona es decir al concepto que tiene de su yo. El presente trabajo pretende describir cómo a través del proceso psicoterapéutico es posible aportar a la resignificación del yo en la mujer de edad media, que comprende entre los 40 y 65 años, desde el análisis a

profundidad del proceso terapéutico de una consultante de mediana edad que presenta distintas problemáticas asociadas a este periodo de ciclo vital.

El principal objetivo de este trabajo de obtención de grado es describir la resignificación del yo de una mujer en la mediana edad en proceso psicoterapéutico usando como herramienta de análisis el método SCAT (Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica) que permite al psicoterapeuta en formación analizar sus intervenciones verbales y el efecto que producen las mismas en el cambio psicológico. En el Capítulo 1 se presenta una introducción general del trabajo que incluye una breve reseña del contenido en cada uno de los apartados. En el Capítulo II se expone el planteamiento del problema, se describen las principales características que presentan las personas en la mitad de la vida y se citan algunos datos estadísticos que demuestran el impacto que tiene esta problemática en el contexto social. El Capítulo 3 corresponde a la Justificación que trata acerca de la crisis de identidad que suele presentarse en las personas durante el periodo final de la etapa de la adultez media y al final de ésta se formuló la pregunta de investigación que guía e intenta responder este trabajo de obtención de grado. El Capítulo 4 corresponde al Marco Teórico que expone el estado actual del arte y los conceptos teóricos involucrados en la fundamentación de este trabajo, aquí se describen las características de las mujeres en la mediana edad, las teorías acerca del desarrollo y del ciclo vital según Paul B. Baltes y Erik Erikson, así como el concepto de la generatividad desde distintos autores. Además, se enuncia la teoría de la personalidad de Carl Rogers y se describen las características generales de la Terapia Centrada en la Persona. En el Capítulo 5 presenta el Marco metodológico donde se enuncia el tipo de metodología que se utilizó para la elaboración de este trabajo de obtención de grado, el método de estudio, los instrumentos de recolección de datos utilizados además de las consideraciones éticas y el diseño y la presentación del caso. Los resultados son presentados en el Capítulo 6 de este trabajo, ahí se dan a conocer cuales fueron las cogniciones, emociones y acciones que dieron lugar al trabajo terapéutico además de los resultados de las dominancias discursivas. El Capítulo 7 muestra las conclusiones elaboradas a partir del desarrollo de este trabajo en conjunción con el proceso terapéutico de una consultante de mediana edad y algunas propuestas. Al final se incluyen referencias bibliográficas.

II. Planteamiento

El envejecimiento de la población constituye actualmente un fenómeno mundial: según datos del informe "Perspectivas de la población mundial 2019" para el año 2050, el 16% de la población tendrá más de 60 años, lo cual significa que habrá una persona de esta edad por cada 4, comparado con el año 2019 que había una por cada 11. Se calcula que en el periodo comprendido entre 2019 y 2050, la población de 60 años y más se duplicará en regiones como América Latina, África y algunas regiones de Asia.

El incremento en cantidad y proporción de personas sexagenarias es universal y las personas viven más tiempo que antes, el informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales (2020) publicado por la OMS manifiesta que la población mundial ha envejecido un 8% a nivel mundial entre los años 2000 y 2016 debido al aumento de la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida sana. El aumento de la esperanza de vida está condicionado por los ingresos económicos de cada población, la reducción de mortalidad infantil y la lucha contra las enfermedades infecciosas derivadas de intervenciones sanitarias oportunas y políticas públicas, lamentablemente dichas intervenciones no se ven reflejadas en los países de bajos y medianos ingresos donde las muertes prematuras ocurren principalmente a causa de infecciones de las vías respiratorias bajas, el Síndrome de la Inmuno deficiencia Adquirida (VIH), enfermedades diarreicas y complicaciones en el parto. Durante el año 2021, el aumento en la esperanza de vida disminuyó ante la violencia, los conflictos, el impacto continuo de la epidemia de VIH y la llegada de la COVID-19 que ha traído exceso de mortalidad en personas de todas las edades, especialmente entre los adultos mayores de 60 años.

En tal sentido, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en México la esperanza de vida al nacimiento durante 2022 es de 72.62 % en hombres y 78.38 % en mujeres, mientras que el índice de envejecimiento es del 32.23% en el país. En Jalisco es de 72.72 para los hombres y 78.86 para las mujeres según el Reporte de indicadores demográficos de México de 1970 a 2050. Al respecto, la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) señala que, en el año 2020, México tenía una población de 15.1 millones de personas de 60 años o más que representan el 12% de la población total y por cada 100 niños o niñas menores de 15 años hay 48 adultos mayores (INEGI, 2021).

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento como resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y en última instancia a la muerte; es necesario acentuar que los cambios no se producen de manera lineal ni uniforme, la vinculación de una persona con su edad es más bien relativa, los cambios biológicos pueden estar asociados a otras transiciones vitales como la jubilación, la pérdida de parejas, familiares y amigos, el traslado a viviendas más apropiadas y las normativas de la generación histórica.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020), considera que la población de 60 años y más es un sector económica y socialmente vulnerable, se calcula que entre el 20 y 30 por ciento padece violencia física, psicológica, económica o abandono, un 47 por ciento vive en condiciones de pobreza lo que supone un reto en atención y políticas públicas: el adulto mayor acude a consulta cuatro veces más que otros grupos etarios y de ellos una gran mayoría tienen enfermedades discapacitantes, padecimientos crónicos o llegan a sufrir de violencia psicológica, física, sexual o abandono; en especial las mujeres debido a los factores socioculturales y a que tienen una esperanza de vida mayor. Se asocian a la vejez algunos estereotipos como ser parte de un sector de población olvidado, ser improductivo, incapaces de llevar a cabo tareas que requieran destrezas físicas o intelectuales que llegan a ser para muchos adultos una profecía autorrealizada ya que se propagan mitos que las personas mayores han escuchado desde la infancia y a lo largo de su vida por lo que llegan a viejos con tantos introyectos negativos que llegan a considerarlos como algo propio de la edad y cuando llegan a esta etapa serán atribuibles a ellos. Estas ideas provocan que se carezcan de acciones suficientes que aporten para el logro una mejor calidad de vida enfocada en la vejez (Erceg & Bignone, 2021). Al envejecimiento se asocian modificaciones biológicas irreversibles vinculadas a un declive funcional en el cual se incrementa la posibilidad de sufrir enfermedades o experimentar sentimientos de soledad y depresión.

Lo anterior ha contribuido por años a una estigmatización del envejecimiento en la cual prevalece el temor de llegar a edad avanzada en relación con los años que se tiene porque principalmente en la cultura occidental se ha relacionado con la explosión del cuerpo. Durante mucho tiempo esa construcción social de la vejez ha prevalecido con sus imaginarios, representaciones y creencias que han conformado la identidad de las personas durante esta etapa de vida (Montes de Oca, 2013).

Por otra parte, desde la psicología se planteó que el desarrollo de la identidad es un proceso continuo a lo largo de la vida y no solo de las etapas iniciales. El aporte de Erikson (1950) para conocer las creencias y concepciones del ciclo vital ha sido fundamental para comprender la identidad como concepto central en las etapas del desarrollo humano que siguen el principio de la epigénesis y mediante dicho principio articula un marco de desarrollo del Yo que va resolviendo “crisis” relevantes. La etapa de Adulthood Media (Generatividad frente a Estancamiento) abarca entre los 30 a 65 años y es referida como una época de dominio, capacidad y conocimiento en la que se incrementa la preocupación por reflexionar, la introversión y dar sentido a lo vivido, durante este período es importante resaltar factores que puedan llevar a una vejez que no se centre únicamente en las pérdidas y el deterioro sino también resaltar la generatividad como factor central para alcanzar la integridad y desde esta perspectiva evitar que se asocie el envejecimiento únicamente con la idea del declive y permita explorar el potencial y límites del desarrollo en las últimas décadas de la vida (Moreno et al, 2022). La generatividad está conectada directamente con el desafío que plantea Erikson del logro de la integridad en la vejez. Quien alcanza esa integridad siente que ha valido la pena vivir y se encuentra satisfecha con las decisiones tomadas a lo largo de la vida y siente la capacidad de afrontar el fin de la vida serenamente (Sandoval et al, 2020)

Se ha denominado crisis de la edad media al cuestionamiento que surge cuando la persona se pregunta ¿es todo lo que hay? Hasta este momento se ha dedicado a crecer “cuesta arriba”, reflexiona acerca de errores, triunfos, fracasos, oportunidades perdidas, y mira hacia el futuro y toma consciencia de un futuro no inminente, tampoco lejano de un camino que lo lleva de bajada pues es lo que ha aprendido culturalmente, vienen las pérdidas, la jubilación, la partida de los hijos afectando la identidad de la persona es decir al concepto que tiene de su yo.

Ante este planteamiento de la crisis, parece que se está programado para padecerla y se deja de lado reconocer los niveles de afecto positivo y la gran capacidad de reflexión que algunos adultos refieren que la generatividad y el reconocer los rasgos de personalidad positivos podría ser pronóstico de un mejor estado de salud para la adultez tardía (Erikson, 1950).

III. Justificación

Es posible aseverar que envejecer es un proceso universal, irreversible y heterogéneo, lo cual fundamenta la importancia de desarrollar esta investigación para buscar el aporte de un mayor conocimiento y comprensión acerca de la crisis de identidad que suele presentarse en las personas durante el periodo final de la etapa de la adultez media, entre los 60 y los 65 años, lapso en que aparecen los primeros signos de envejecimiento y algunos autores describen como la crisis media de la vida: se evalúa todo lo pasado desde la percepción y la valoración del tiempo, asimismo, aparece el temor a envejecer, causante de malestar subjetivo que afecta al bienestar (Clemente, Molero & González, 2000) y es a su vez una de las etapas más productivas de la vida tanto en distintos ámbitos según Erikson (1950). Aun cuando en términos cronológicos se estará utilizando el término mitad de la vida y adultez media como el ciclo entre los 40 a 65 años, se admite que no hay un consenso entre cuando inicia y termina ni sobre hechos biológicos, sociales, históricos y subjetivos que la circunscriban.

Ante el envejecimiento de la población a nivel mundial y la prevalencia del discurso discriminatorio acerca de la vejez que se presenta tanto de forma interpersonal como a nivel institucional, centrada en los déficit y deterioros por la edad donde no se identifican recursos, potencialidades ni fortalezas y tampoco suele reconocerse como una época de dominio, capacidad y crecimiento que puede presentar ganancias como la regulación emocional, satisfacción vital, felicidad y bienestar, por ende, es necesario que los profesionales de la psicoterapia estén especializados en este sector de la población y atiendan en este lapso de transición a la vejez. Durante esta etapa del ciclo vital se presentan cambios biológicos, fisiológicos y psicosociales que es preciso abordar considerando factores como género, etnia, ocupación, nivel socioeconómico, costumbres, interacciones, redes de apoyo, actitudes hacia la vida entre otras que nos reflejen la disimilitud y heterogeneidad que tienen la persona de edad avanzada, que a decir de Erceg y Bignone (2021) entre más años tiene una persona más se diferencia de otras.

Por su parte, Leyva, et al., (2021) señalan que debido a que existen determinantes sociales de la salud como las condiciones en que las personas viven nacen, crecen, se relacionan, envejecen y trabajan que influyen en la salud mental que han sido abordados preeminentemente desde el modelo biomédico basado en la farmacología y no desde un modelo biopsicosocial.

Por lo anterior este trabajo pretende aportar desde la psicoterapia una perspectiva integral que apoye a la persona a resistir estereotipos personales negativos con una identidad más fuerte. Durante la pandemia por COVID-19 ha habido muchas personas experimentaron pérdidas ya sea por la muerte de algún familiar, pérdida del empleo o el confinamiento que le mantuvo alejado de sus seres queridos y trajo en consecuencias en sus emociones y salud mental al manifestarse como ansiedad, estrés, sensación de abandono que traerán como consecuencia la elaboración de duelos, circunstancias en las que el psicoterapeuta promueva la reflexión del sentido de vida y la generatividad de este grupo etario.

Objetivo general

Analizar la resignificación del yo de una consultante en la adultez media durante un proceso psicoterapéutico.

Objetivos específicos

Identificar las cogniciones por medio de las cuales se puede inferir una resignificación de una consultante en la adultez media durante un proceso psicoterapéutico.

Examinar de qué manera se evidencian las acciones que contribuyen a la resignificación de una consultante en la adultez media durante el proceso terapéutico.

Describir las emociones predominantes en una consultante en adultez media durante el proceso terapéutico.

Pregunta principal

¿De qué manera se evidencia la resignificación del yo de una consultante en la adultez media durante un proceso psicoterapéutico?

Preguntas subsidiarias

¿Cuáles son las cogniciones por medio de las cuales se puede inferir una resignificación de una consultante en la adultez media durante un proceso psicoterapéutico?

¿Qué tipo de acciones contribuyen a la resignificación de una consultante en la mediana edad durante el proceso psicoterapéutico?

¿Cómo percibe sus emociones una consultante de edad media durante el proceso terapéutico?

IV. Marco Referencial

Este capítulo tiene como finalidad fundamentar teóricamente de acuerdo con el objetivo del caso en que se basa el presente documento, el cual consiste en la intervención psicoterapéutica con una consultante mujer en la mediana edad. Este apartado se divide en tres partes: el primero revisa el estado en cuestión acerca de trabajos académicos actuales que otros han realizado en personas con situaciones similares. Luego, se incluyen aportaciones de distintos autores acerca de la mujer en mediana edad y las teorías del Desarrollo vital de Paul B. Baltes, Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson, también se mencionan aportaciones teóricas en torno a la generatividad que son posteriores a Erikson como Kotre (1984), Bradley (1997) y Adams y de Aubin (1992). Al final se presentan los conceptos del Enfoque Centrado en la Persona que sostienen y fundamentan la intervención.

4.1 Estado actual del arte:

Este apartado tiene como propósito conocer el estado actual de investigaciones acerca de la mediana edad y la mujer en la mediana edad. Con este objetivo se llevó a cabo la selección, lectura, interpretación y organización de los textos encontrados en bases de datos como *Redalyc*, *Scopus*, *APA*, *EBSCO Host*. Se combinaron las palabras mujer, mediana edad, concepto del yo e identidad. Se encontraron 31 textos con fecha de publicación entre 2017 y 2022, se clasificaron en matriz Excel teniendo en cuenta las categorías: país, idioma, año de publicación, tema o título, palabras clave, tipo de estudio instrumentos utilizados, nivel escolar, objetivo de investigación y conclusiones.

Ante el cambio demográfico causado por el aumento en la expectativa de vida, a finales del siglo XIX surge el término de la mediana edad que se asociaba a la crisis de los 40 años. Al pasar el tiempo, la esperanza de vida creció de manera exponencial, justificado en gran parte por el desarrollo social y económico, los avances en la medicina y las intervenciones de salud pública, hasta llegar en la actualidad a un promedio de 72 años según la Organización Mundial de la Salud (2020), desplazando entonces a la etapa de la edad media hacia el periodo comprendido entre los 40 y 65 años.

En función de lo planteado, Da Silva et al. (2021) señala que nos encontramos ante una “ventana de oportunidad demográfica”, un lapso que ofrece la ocasión de prepararse para una transición estadística que evidencia la necesidad de llevar a cabo mayores esfuerzos e intervenciones determinadas con el propósito de asegurar un envejecimiento y longevidad más saludables, considerando que en la actualidad aún existen a nivel mundial muchas brechas en la forma que se hace y se piensa acerca de las personas mayores y del envejecimiento, añade que un ejemplo de lo mencionado se observa en la discriminación por edad asociada con la atención y los procedimientos para contener el virus durante la pandemia de COVID-19 en que han estado presentes estereotipos y prejuicios en las organizaciones y servicios de salud.

A la mediana edad se le reconoció como una nueva etapa vital debido a sus características específicas, donde se presentan cambios en las áreas biológica, psicológica y social, que llegan a provocar modificaciones en las relaciones interpersonales y en la identidad propia. Se replantean las relaciones intra e intergeneracionales entre las principales están la relación con los padres quienes muchas veces necesitan apoyo y surgen nuevas formas de relacionarse con los hijos que en esta etapa son adolescentes o adultos jóvenes. Se le ha llamado generación sándwich por cuidar tanto a padres como a hijos. (Soliveréz et al., 2018)

Sande (2020) ratifica que el concepto de la mediana edad ha estado definido históricamente desde el incremento en la expectativa de vida con el presupuesto de que las personas como sujetos envejecientes van reconfigurando su identidad y vida en la adaptación a los distintos cambios físicos, sociales y psicológicos, al mismo tiempo que plantea el comienzo de esta etapa a partir de la comprensión del desarrollo de la experiencia de envejecer, en una interrelación dinámica entre pasado, presente y futuro, destacando que durante la mediana edad, lo primordial no es el tiempo, sino lo que ocurre durante ese tiempo y la mirada que devuelve la sociedad en relación con el cuerpo y la utilidad social que provoca en la persona asumir lo complejo del mundo de cara a la perspectiva del envejecimiento. Explica además que la mediana edad como categoría etaria tiene características, horizontes de posibilidad y códigos culturales muy diferenciados. Aunque tradicionalmente se han utilizado la edad y el sexo como rangos para orientar la clasificación social y la estructuración de sentido, éstas no alcanzan para explicar la heterogeneidad de la realidad, hay diversas formas de estar en el mundo y de morar la edad, hay distintas juventudes y distintas vejezes.

Para comprender un poco más de la adultez media o mediana edad hay que distinguir la diferencia entre condiciones sociales y condiciones internas en los grupos de edades donde las personas se experimentan como obligados a liberarse de roles internalizados, de predicciones y supuestos para construir una existencia propia. La mediana edad se configura como una generación que no es joven pero tampoco es vieja (Sande, 2018). En esta etapa continúa cambiando la personalidad, ocurren eventos de gran significado que tienen gran repercusión en la calidad de vida que se tendrá durante la vejez.

Dentro de este marco, Bravo y Lamus (2020) coinciden que la mediana edad emerge de los cambios demográficos y añaden que durante esta etapa del ciclo vital se genera la crisis de la mediana edad la cual describen como un constructo social que infiere un acercamiento al envejecimiento como proceso de naturaleza biológica influenciado por la cultura y el contexto que abarca cambios fisiológicos, vivencias y experiencias surgidas a lo largo de la vida donde la disposición y comportamiento de la persona están influenciados por elementos como el estilo de vida asumido, las condiciones familiares, sociales y económicas que le rodean, las ideas y las representaciones sociales que la sociedad tiene acerca de la vejez. Por su parte, Malavé (2020) afirma que este periodo que tiene sus propias características y ratifica que no existe una edad de inicio específica, asevera que hay quienes toman el criterio de corte y quienes toman un criterio contextual, en tal sentido, Sande (2019) agrega que ambas opciones representan el inicio de la etapa del camino hacia el envejecimiento.

Cuando se comienza a tener en mente que se está en trayecto hacia el envejecimiento la autopercepción se asocia con la obsolescencia y la pérdida desencadenando la “crisis de la edad media” (Pinsker, 2020). Singman de Volgelfander (2019) agrega que esta crisis puede interpretarse por la persona como parte del desarrollo evolutivo normal o desarrollo evolutivo negativo dando lugar a la generatividad o al estancamiento.

Dentro de este orden de ideas, Zeballos et al (2020) expresa que al aumentar la esperanza de vida a los 80 o 90 años, se puso en evidencia que al adulto de edad media tiene posibilidad de vivir aún entre 20 a 35 años y debe considerarse la promoción de envejecer positivamente para no llegar a una vejez en circunstancias de inequidad y desigualdades que afecten el bienestar y la calidad de vida. Señala, además, que este aumento en la longevidad durante los últimos decenios trae consigo un replanteamiento del propio concepto de la vejez en concordancia con el contexto social,

económico, ideológico y cultural, que ha cambiado la imagen del envejecimiento y el sentido común de las personas, afectando en la forma como toman medidas concretas para la vida, el cuidado propio y el proceso de vejez.

Afirma, además, que el adulto de mediana edad enfatiza las pérdidas durante este ciclo, se preocupa por la decadencia física y la ausencia de papeles sociales. Surgen intranquilidad y temores ante el proceso que viven sus padres y otras personas mayores cercanas generándose cargas emotivas y económicas para la familia, aparecen representaciones sociales de su propia vejez y va tomando consciencia de la muerte. El adulto de mediana edad es puente entre dos generaciones y mientras va liberándose de la responsabilidad de sus hijos, se va encontrando con la necesidad de cuidado y apoyo económico que tienen sus padres. El estar ubicado entre estas dos generaciones le da al adulto de edad media en una cierta invisibilidad al ser considerado en una etapa donde no tiene problemas y es representada como estabilidad, concretización y referencia.

El adulto de mediana edad también experimenta la necesidad de cumplir con normativas sociales: como tener una pareja, dar protección, pasar tiempo con familiares, tener una vida tranquila y suele sentirse mal cuando no cumple en esas exigencias. Las creencias sociales acerca de la vejez enaltecen los imaginarios de productividad, sabiduría, madurez y tranquilidad derivando en la llamada crisis de la mediana edad conocida también como crisis de inflexión en la vida que supone situaciones complejas y conflictivas dentro de la familia, por ejemplo, ante el envejecer de un familiar el adulto de mediana edad suele realizar un balance de su vida y luego reaccionar con tristeza, malhumor o ansiedad.

En general, el autor destaca que la representación social de la vejez es negativa, fundamentada en elementos como enfermedad, soledad e ineficacia. Según los significados que la persona asigne a la vejez, será la manera en que tenga o no cuidado personal durante la etapa de la mediana edad. La percepción juega un papel importante, al ser el primer proceso cognitivo por medio del cual las personas captan información del entorno y luego hacen una representación de la realidad que permea sus interacciones y respuestas. Guzmán, et al (2017) añade a lo anterior que, aunque la autopercepción del autocuidado suele no apegarse a la realidad o no contar con la información adecuada, un buen diagnóstico situacional de las condiciones de salud y la adherencia a un programa interdisciplinar que incluya la psicoterapia impactan de manera positiva en la

disminución de riesgos, complicaciones y mejoramiento de la calidad de vida durante esta etapa de transición y la etapa de adulto mayor.

El periodo de la mediana entre los 40 a 65 años puede ser pensado como el punto desde donde la persona comienza a anticipar su envejecimiento, de acuerdo con Sande (2018) algunos rasgos comunes en esta etapa son el incremento de la interioridad donde se comienza a replantear lo vivido, el cambio de percepción del paso del tiempo y la idea de la muerte cercana a partir de la muerte de sus padres o amigos cercanos. Se tiene necesidad de trascender dejando algún tipo de legado. En la experiencia individual de envejecer confluyen también las experiencias cotidianas y las influencias de la estructura social y cultural como la economía global, los cambios demográficos, el contexto sociohistórico y los cambios culturales, temas como el retiro laboral y la jubilación impactan la vivencia del envejecimiento.

El cuerpo que ha sido conformado socialmente, la dimensión de la psique y los componentes culturales van formando la personalidad, por ejemplo, para la economía mundial las personas de la mediana edad ya son “viejos”, “no producen igual que los jóvenes” frecuentemente, los rangos de edad de contratación no abarcan este periodo etario, todo ello constituye el estar en el mundo. Haslam (2019) asevera que, durante esta etapa del ciclo vital, la persona toma consciencia de su finitud y se enfoca en el futuro y siente la necesidad de reacomodar su identidad mientras transita entre el idealismo del pasado y una especie de pesimismo ante el futuro. En los párrafos anteriores se aborda el tema de la mediana edad desde distintos hallazgos y perspectivas, todas ellas hacen referencia a los cambios biológicos, sociales y psicológicos que se han ido acumulando en nuestros cuerpos. Desde pequeños se van interiorizando marcadores socioculturales acerca de cómo se debería estar dependiendo del ciclo vital. Si en la adultez media habría que tener casa y cierta posición viajando y disfrutando la edad de la cosecha, cuando la persona no cumple con las expectativas, llega el cuestionamiento acerca de si se hizo lo suficiente, una crisis existencial en la que la persona se pregunta por su propia vida suele mirar al pasado con arrepentimiento, se cuestiona el sentido de vida y la propia finitud.

En resumen, para Cruz (2020) la mediana edad es una etapa en la que hay pérdidas y ganancias por un lado están el declive de lo físico y por otra parte el aumento en la capacidad cognitiva basada en la resolución de problemas, en este periodo las personas reelaboran sus metas y mantienen la lucha por sus anhelos por eso les resulta relevante seguir aprendiendo y estudiar. Las pérdidas y

ganancias invitan a la persona a llevar a cabo un balance acerca de su vida y la estabilidad en el plano psicológico está relacionada con los cambios físicos, emocionales y relacionales.

La adultez media o mediana edad conjuga elementos trascendentes y tareas que llevan a una crisis de identidad por los significados que tiene para la persona eventos como la reconfiguración de la familia cuando los hijos deciden independizarse y hay que poner nuevamente en el centro a la pareja en lugar de los hijos, hay cambios en la relación con los padres por fallecimiento o enfermedad y hay que proporcionales apoyos a veces haciéndose cargo de ellos como cuidadores debido a la enfermedad o a la vejez, es momento de tomar decisiones de salud y cuidado personal que no se llevaron a cabo antes y además aparecen duelos por la muerte de algún ser querido y la preocupación por la muerte propia.

4.2 La mujer y la adultez media

Considerando el envejecer como un proceso hacia una nueva etapa de vida es necesario acercarse a conocer la historia de vida de la persona, lo que implica que existen diferencias en el desarrollo entre hombres y mujeres (tipificación de roles por género, perspectiva constructivista de género) y por tanto también envejecen de diferente manera. Los varones asumen con mayor frecuencia roles instrumentales, dan mayor importancia a la acción frente a la palabra, tienen mayor dificultad para desarrollar la “intimidad vulnerable”, dirigen su generatividad al trabajo y en consecuencia a la transmisión de un legado a las subsecuentes generaciones; las mujeres suelen tener mayor preparación para asumir roles expresivos, dan mayor valor a la comunicación y al lenguaje como red de apoyo y fortaleza, asientan su intimidad sobre las relaciones de amistad y amor, su generatividad es construida a través del cuidado a la familia, sustentan el sentido de la integridad en sus relaciones intergeneracionales como madres, hijas, hermanas y abuelas.

En lo referente a las diferencias de los aspectos físicos y envejecimiento, los varones presentan con más frecuencia enfermedades de origen vascular, cáncer de próstata, colon y pulmón y cirrosis mientras que las mujeres quedan más vulnerables ante la disminución de estrógenos en la menopausia lo cual puede influir en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, presentan

cáncer de mama y útero, cáncer de colon, fracturas a consecuencia de la descalcificación por la edad y sintomatología depresiva que suele enmascararse en síntomas psicosomáticos (Serra, 2020).

Agregando a lo anterior, Sanz (2015) afirma en relación con los cambios sexuales durante esta etapa, que los hombres siguen dando relevancia al funcionamiento genital-coital y existe preocupación por la potencia mientras las mujeres siguen buscando una sexualidad holística basada en el gozo mutuo que en el placer individual; los cambios físicos a nivel de imagen y la menopausia tienen su foco de preocupación en la sexualidad: la sequedad vaginal y el descenso del deseo motivado por el miedo al dolor en las relaciones sexuales. En general, Serra (2020) afirma que las diferencias en el cuerpo y las respuestas psicológicas a los cambios físicos están influenciadas por el género durante el envejecimiento.

Las mujeres tienen mayor esperanza de vida y menor índice de mortalidad, Saldaña (2017) considera que si la mujer en la edad media ha aprendido las lecciones que le trajo su propia experiencia, entonces se ubicará en una etapa de objetividad, confianza, autenticidad, conocimiento real de su mundo interno y en un lapso de plenitud que abarca la totalidad del potencial humano y puede tener un desarrollo favorable. La mediana edad brinda oportunidad de mirar atrás y hacia delante de su vida y es un puente entre la generación más joven y la mayor.

Las características socioculturales influyen en los cambios de personalidad durante esta etapa e implican por una parte conflictos personales, psicológicos y relacionales que convergen con síntomas de ansiedad, hostilidad, rigidez, culpa o preocupación por recibir aprobación de los demás y por otra la autonomía, creatividad, cercanía con los otros, empatía, congruencia y fortaleza del yo. Con frecuencia la edad media trae modificaciones en los roles sociales influenciados por los eventos normativos o no normativos de esta etapa vital.

Para Cruz (2020) este periodo representa para la mujer un declive físico y sensorial además de un incremento en algunas habilidades de pensamiento basadas en la resolución de problemas. Se presentan cambios sociales, físicos, biológicos y emocionales que se asocian con síntomas negativos en las mujeres como depresión o desajustes emocionales derivados de tareas y duelos que se van presentando en concordancia con su historia personal y subjetividad.

Bustos (2017) destaca que roles de género tradicionales se reproducen en la familia y la forma en que se divide el género por sexos desde casa va creando una visión del mundo y afectando el concepto que se tiene de sí.

Por su parte, Zeballos et al. (2017) comenta que tradicionalmente se ha dicho que durante el envejecimiento los hombres mantienen una relación más estrecha con el entorno y buscan continuar cumpliendo el rol de proveedor económico y estructural de la familia, mientras las mujeres priorizan las relaciones más afectivas y expresivas y se enfocan en lazos sociales familiares. Agrega que los hombres durante la llamada crisis de la mediana edad experimentan con mayor frecuencia miedo y en las mujeres prevalece la tristeza.

Burin (1998) reseña que durante la mediana edad las mujeres pueden sentirse autorrealizadas o fracasadas dependiendo de sus logros profesionales o sociales, se experimentan cambios importantes como la disminución hormonal, cambios en la figura corporal y toman conciencia de la transitoriedad entre la vida y la muerte como una realidad personal y añade que otros elementos importantes son las pérdidas que ocurren en este periodo de crisis:

1. Duelos por el cuerpo juvenil. Se da como resultado de los cambios corporales e influye en su imagen corporal. Los cambios físicos y biológicos están influidos por las representaciones sociales legitimadas por el poder masculino que privilegia la juventud y la capacidad reproductora de las mujeres. La imagen de la mujer de alrededor de 60 años está llena de estereotipos negativos.
2. Duelo por los padres juveniles. Las mujeres en la mediana edad enfrentan la realidad del envejecimiento, por una parte, van experimentando cambios en su cuerpo y por otra enferman o mueren sus padres. Se pone en marcha el deseo hostil diferenciador que otorga nuevos sentidos a las relaciones parentales en particular el vínculo con la madre.
3. Duelo por los deseos e ideales juveniles. Los ideales y deseos de la mujer de mediana edad han estado orientados a la construcción de la pareja o familia. Los deseos que han sido aplazados regularmente fueron generados en la adolescencia o primera juventud y en esta nueva etapa la mujer suele darles nuevos significados a sus deseos a través de la reorganización subjetiva. Están presentes el deseo de saber y el deseo de poder.

En esta etapa de vida aparece un vacío representacional con respecto a otros lugares que ellas creen que podrían ocupar lo que requiere de una resignificación ya que ella le ha adjudicado el poder de sus afectos al rol maternal y doméstico, para quienes trabajan fuera de casa eso les constituye una doble jornada de trabajo y doble función mental, que trae como consecuencia un ámbito conocido y otro como ajeno lo que llega a un sentimiento de inutilidad o inadecuación. Burin (2002).

4.3 Teorías del ciclo vital

La perspectiva del ciclo vital no implica que la variable primordial es la edad cronológica, sino que es un marco de referencia dialéctico y contextual que opta por considerar los cambios, incoherencias o conflictos que el ser humano experimenta y la resolución que este alcanza (Urbano, 2011). Además, considera que las personas llevan a cabo esfuerzos para enfrentar las pérdidas y fortalecerse al potencializar sus ganancias considerando que la persona está inserta en un momento histórico que abarca significados individuales y sociales de una generación y en consecuencia llegar a la comprensión de las distintas historias de vida, las características de crecimiento durante el desarrollo se consideran ganancias y las características de deterioro se consideran como pérdidas. El objetivo es que las pérdidas y ganancias encuentren un equilibrio positivo en las distintas etapas del desarrollo. Urbano (2011) afirma que el ciclo vital está integrado por factores sociales, afectivos, cognitivos, intelectuales, psicológicos, espirituales y culturales que son dinámicos y están presentes en la adaptación de las personas a las distintas situaciones y circunstancias que se presentan en la vida.

Papalia et al, (2017) define que el desarrollo del ciclo vital es un proceso de toda la vida que puede estudiarse científicamente y se refiere a la división del ciclo vital como un constructo social donde las etapas de desarrollo varían según la cultura o sociedad específica.

Para el presente trabajo se toman en cuenta el enfoque del desarrollo vital de Paul B. Baltes y la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson que adoptó la perspectiva del ciclo vital y afirmó que el desarrollo del yo se produce a lo largo de la vida. También se mencionan aportaciones teóricas en torno a la generatividad que son posteriores a Erikson como Kotre (1984), Bradley (1997) y Adams y de Aubin (1992), que según Peixoto (2017) han sido responsables de rescatar la generatividad como nociones características de la adultez y avances en estudios de generatividad en Psicogerontología.

4.3.1 El enfoque del desarrollo del ciclo vital de Baltes

En este enfoque Baltes (1936-2006) delimita fundamentos que sirven como marco teórico del enfoque del desarrollo del ciclo vital y propone siete principios.

Baltes dice que el desarrollo:

- a) Dura toda la vida y cada periodo es afectado por lo que sucedió y afectará lo que venga en el futuro.
- b) Es multidimensional porque ocurre en las distintas dimensiones, biológicas, psicológicas y sociales
- c) Es multidireccional, cuando una persona avanza en un campo, quizá retrocede en otro
- d) La influencia de la biología y la cultura son relativas y cambiantes durante el ciclo de la vida, las capacidades biológicas se van deteriorando con los años y se ven compensadas por las bases culturales como la educación y las relaciones
- e) El desarrollo considera la modificación en la distribución de recursos, a lo largo del ciclo vital suelen utilizarse para el crecimiento, mantenimiento, recuperación o a regular las pérdidas
- f) El desarrollo es plástico ya que habilidades como la fuerza, memoria y resistencia mejoran con la práctica y el entrenamiento
- g) El desarrollo es influenciado por el contexto histórico y cultural lo que modifica las circunstancias de maduración, el funcionamiento intelectual, la personalidad y el desarrollo emocional.

La teoría de Baltes surge ante los cambios demográficos relacionados con una mayor esperanza de vida y el envejecimiento de la población con la intención de estudiar la adultez y la vejez como parte integral del desarrollo relacionadas con un balance entre ganancias y pérdidas. Baltes (1998) propuso como prioridades vitales en la mediana edad (55 a 65 años) la familia, salud, amistades y competencia cognitiva. El autor no propone etapas de ciclo vital, en su lugar, estima el desarrollo como una consecuencia de la emergencia dialéctica de la interacción de la persona con su contexto. Moreno et al, (2022) opinan que para toda persona que ha puesto en marcha un proyecto personal de vida es importante conocer las concepciones acerca del ciclo vital ya que le funcionan como marco de referencia mediante el cual puede evaluar su trayectoria evolutiva personal en el momento presente y la proyección que tiene a futuro.

4.3.2 Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson

Para este trabajo se considera que el aporte de Erikson ha sido fundamental para la comprensión del ciclo vital y el concepto de epigénesis de la personalidad que supone la generatividad como una noción clave antecedida previamente por la confianza, autoafirmación, identidad y la intimidad para luego permitir el logro de la integridad (Moreno, 2022). Erikson formuló su teoría desde la reinterpretación de las fases psicosexuales de Freud dando énfasis a cuatro aspectos sociales:

- A) El incremento del entendimiento del “yo” como fuerza intensa, positiva, vital, como capacidad de la persona para reconciliar fuerzas sintónicas y distónicas y para la solución de las crisis que surgen a partir del contexto genético, histórico y cultural de cada individuo.
- B) La integración de la dimensión social y el desarrollo psicosocial a las etapas del desarrollo psicosexual de Freud.
- C) La extensión del concepto de desarrollo de la personalidad para el ciclo de la vida completo.
- D) La exploración del impacto de la sociedad, cultura e historia en el desarrollo de la personalidad.

Es necesario resaltar que la mayoría de las investigaciones entre ellas la de Erikson (1970) acerca del desarrollo de la personalidad y la transición propia de la mediana edad no han tomado en cuenta las diferencias de género, por lo que se considera que proyectan una perspectiva masculina del desarrollo aunado a que son estudios realizados por hombres con muestras masculinas que plantean el desarrollo de la personalidad adulta por medio de estadios unidireccionales, jerárquicos, irreversibles y universales que no tienen en cuenta las diferencias individuales ni la variedad de roles no tan vinculados con la edad cronológica que viven las mujeres quienes presentan distintos niveles de compromiso y temporización propiciados por los roles de madre, trabajadora y esposa que pueden tener diferentes significados , en determinados momentos del curso vital (Freixas, 1991).

4.3.3 El principio epigenético

Erikson (1959) fundamentó la comprensión del desarrollo en el principio epigenético: “que todo lo que crece tiene un plan fundamental y que de éste emergen las partes; cada parte tiene su tiempo de ascensión especial, hasta que todas las partes hayan emergido para formar un todo funcional”. Este principio es aplicado al desarrollo del feto antes de nacer (donde se puede apreciar el surgimiento paulatino de partes que luego se van diferenciando) y al desarrollo psicológico de la

persona durante su vida. Es un todo en el que las partes van desarrollándose para el desarrollo de un yo sano, las partes son las fortalezas del yo que se desarrollan en las ocho etapas formuladas por Erikson.

Erikson afirmaba que una persona de edad madura cronológicamente continúa en desarrollo, sigue creciendo y cambiando en interacción con el concepto que tiene de sí mismo y de sus potencialidades.

Basado en la experiencia humana y en estudios antropológicos, Erikson plantea que la existencia del ser humano depende de tres procesos de organización complementarios

- 1) El proceso biológico (el soma): configurado por la organización de los sistemas biológicos, orgánicos y del desarrollo fisiológico.
- 2) El proceso psíquico (la psique): conformada por las experiencias individuales del yo, la experiencia personal y relacional y los procesos psíquicos.
- 3) El proceso ético-social (el ethos): conformado por la organización ética, cultural y espiritual de las personas y de la sociedad que son principios y valores sociales (Bordginon, 2005).

Moreno (2022) menciona que la visión de Erikson guarda similitud con enfoques como el de Charlotte Bühler (1893- 1974) del ciclo vital (“El curso de la vida humana como Generatividad. Noción clave para la comprensión de la vida adulta y la vejez”) y con Romano Guardini (1885-1968): “Las edades de la vida” (1959). Además, Moreno (2022) destaca que la formación de estos tres autores ocurrió en Austria y Alemania primordialmente, con una visión humanista y una postura que considera a la persona como un todo biopsicosocial y espiritual que apunta a que el hombre lleva en sí, una aspiración a dirigirse hacia una búsqueda de sentido, valores, significados y fines donde la persona experimenta la trascendencia como inquietud, carencia de satisfacción y una llamada a ser lo que aún no se es.

Por su parte, Cloninger (2016, pp 135-149) destaca los aspectos de la formulación de la teoría del desarrollo psicosocial:

- Diferencias individuales: Los individuos difieren en las fortalezas de su yo, mujeres y hombres presentan diferencias en personalidad debido a diferencias biológicas.

- Adaptación y ajuste: Un yo fuerte es la clave para la salud mental, este yo proviene de la buena resolución de las ocho etapas del desarrollo del yo donde las fuerzas positivas del yo predominen sobre las fuerzas del polo negativo.
- Procesos cognoscitivos: El inconsciente es una fuerza importante en la personalidad. La experiencia es influida por los modos biológicos que son expresados en el juego y los símbolos.
- Sociedad: La sociedad moldea la manera en que se desarrolla la persona, de aquí toma el término psicosocial esta teoría. Las instituciones culturales apoyan las fortalezas del yo, por ejemplo, la religión apoya la confianza o la esperanza.
- Influencias biológicas Los factores biológicos y las diferencias del sexo son considerados también como determinantes que influyen en la personalidad.
- Desarrollo del niño: el desarrollo de los niños se lleva a cabo a través de cuatro etapas psicosociales, cada una con una crisis en la que se desarrolla una fortaleza del yo en particular.
- Desarrollo del adulto: Los adolescentes y los adultos se desarrollan a través de las cuatro etapas psicosociales posteriores igualmente, cada etapa presenta una crisis en la que se desarrolla una fortaleza del yo.

Al respecto, para este trabajo se aborda la teoría del ciclo vital de Erikson (2000) quien considera las etapas tardías, llevándola la perspectiva del desarrollo del inconsciente a la consciencia, y conformando a las tareas del yo en procesos adaptativos, la propuesta va de lo biológico a lo sociocultural y reconoce que la persona elige hacia dónde va regulando su proceso desarrollo cumpliendo roles auto reguladores sin descartar la importancia de los factores psicosociales Erikson afirmaba que una persona de edad madura cronológicamente continúa en desarrollo, sigue creciendo y cambiando en interacción con el concepto que tiene de sí mismo y de sus potencialidades. Añade, que las personas tienen secuencias universales de cambio que se presentan en un periodo determinado de edad que trae sucesos y desafíos parecidos: conflictos que permiten a la persona su desarrollo psicosocial y personal.

4.3.4 Etapas de la Teoría del Desarrollo Psicosocial

Erikson (1970) postuló las etapas que se mencionan a continuación:

Etapas 1: Confianza vs Desconfianza (0 a 18 meses)

La primera tarea del ego es el desarrollo de la confianza y no ésta no se llega a completar del todo, el niño comienza a dejar que la madre salga de su campo de visión si ansiedad ni rabia pues va teniendo la certeza interior de que la madre está cerca o va a volver pronto. El grado de confianza o desconfianza depende de la relación con la madre.

Etapas 2: Autonomía vs Vergüenza y Duda (18 meses-3 años)

En esta etapa comienza el desarrollo cognitivo y muscular del niño, ejercita los músculos relacionados al control de esfínteres, se siente incapaz si se le deniega autonomía y eso le lleva a la vergüenza la cual se desarrolla en la autoconciencia del niño. Fomentar el sentido de autonomía de manera dinámica conforme avanza en la vida servirá para la preservación de la vida económica y un correcto sentido de justicia.

Etapas 3: Iniciativa vs Culpa (3 a 5 años)

El niño suma la iniciativa a su autonomía en busca de lograr un objetivo para el cual planifica y se pone en actividad. El desarrollo intelectual y físico es rápido, aumenta la curiosidad y el interés para relacionarse con otros niños y pone a prueba sus habilidades y capacidades. Si sus padres reaccionan de manera negativa a las demandas de información puede generarle al niño sensación de culpabilidad.

Etapas 4: Laboriosidad vs Inferioridad (6-7 a los 12 años)

El niño comienza a reemplazar el juego y los caprichos buscando ser más productivo y alcanzar objetivos. Presenta mayor interés acerca del funcionamiento de las cosas e intenta utilizar sus conocimientos para llevar a cabo actividades por sí mismo. Es importante que tenga la estimulación positiva de la familia y de sus pares y le da gran importancia al sentido de pertenencia a grupos de personas.

Etapas 5: Identidad vs Confusión de roles (adolescencia hasta los 20 años.)

El adolescente considera la apariencia, actitudes y acciones de los demás, la identidad del yo es mediada por la confianza acumulada que representa uniformidad y continuidad interna propia. Se vuelve cada vez más independiente y se va distanciando de los padres para estar más cerca de sus amigos. Surgen pensamientos acerca del futuro: estudios, trabajos, lugar donde vivir. Va

afianzando su identidad a través de reconocer sus experiencias, sin embargo, le invaden dudas y confusión sobre sus roles e identidad.

Etapa 6: Intimidad vs Aislamiento (20 a los 39)

La intimidad está relacionada con el proceso de conseguir relaciones con la familia y la pareja, puede llegar a la relación conyugal, comienza la reciprocidad sexual y emocional que se asocia con las relaciones adultas sanas y la crianza de los hijos. El aislamiento representa ser excluidos de las experiencias de intimidad en pareja y en las relaciones de amor mutuo que se ve representado por sentimientos de soledad, aislamiento y alienación lo que puede llevar a problemas de carácter.

Etapa 7: Generatividad vs Estancamiento (40 a los 65 años) *Adulthood media, Edad media o Mediana Edad.

La mediana edad en el modelo de Erikson se caracteriza porque la persona da un giro hacia el exterior entre la generatividad y el estancamiento. La generatividad, se asocia a menudo con la conducta prosocial y el interés por los demás. Cuando la persona no logra una salida hacia la generatividad, se vuelve indulgente consigo, ensimismada o se estanca. La persona experimenta la perpetuación de uno mismo por medio de la influencia que se ejerce en los más jóvenes. Erikson (2000) decía que todas las personas experimentan una secuencia de sucesos similares, aunque las oportunidades de cada persona pueden variar de acuerdo con la influencia que tenga su aspecto físico, intelectual o social en el desarrollo vital durante la mediana edad. Las capacidades cognitivas están muy ligadas con aspectos conductuales y emocionales, a su vez, los aspectos sociales y emocionales inciden en los aspectos físicos e intelectuales en las relaciones interpersonales y el desempeño social que tiene la persona en la mediana edad.

Etapa 8: Integridad vs Desesperación (60 años hasta la muerte)

La persona deja de ser productiva en gran parte, por lo regular ya no tiene hijos que dependan de ella y es la etapa de la jubilación. La integridad es garantizada por el ego, el miedo a la muerte, la pérdida de la autosuficiencia y pérdidas por muerte representan la desesperación, para Erikson, los niños sanos obtienen mayor integridad para no temer a la muerte cuando se llega el momento.

Baltes (1998) reconoce a la familia, la salud, las amistades y a la competencia cognitiva como prioridades vitales en la mediana edad y estima el desarrollo como una consecuencia de la interacción de la persona con su contexto. Erikson (1970) por su parte integra en su proceso epigenético el soma, la psique y el ethos con una visión humanista que considera a la persona como

un todo psicosocial que experimenta la trascendencia como inquietud para la trascendencia, proponiendo que en cada etapa de vida se desarrollan competencias y que cada conflicto vital permite el desarrollo de la persona e incrementa el desarrollo del yo tras solucionar las crisis que surgen en su contexto genético, histórico y cultural. Se puede aseverar que las mujeres de mediana edad en especial la consultante del estudio de caso que aborda este Trabajo de Obtención de Grado, valora los cambios y los significados que se dan a las transiciones propias de esta etapa vital y reconocen que están mediadas por la connotación social negativa. (Freixas, 1991) lo que suele ser causa de los síntomas y desacuerdos que traen las mujeres de mediana edad a terapia en la actualidad y es referente para buscar la reconceptualización de los marcos teóricos con los que se ha explicado el desarrollo hasta hoy.

Se considera la propuesta de Erikson (1970) de la generatividad que se opone al estancamiento por lo que en el siguiente apartado se desarrolló el concepto de Generatividad desde una perspectiva dialógica e integrativa.

4.3.5 Generatividad

Moreno (2022) define la generatividad como el interés por guiar y asegurar el bienestar de las siguientes generaciones dejando un legado que sobreviva a los padres: la dirección que fijan los padres para garantizar a su siguiente generación la sabiduría, virtudes y esperanzas que han acumulado. La generatividad está vinculada de forma prioritaria e la mediana edad, Erikson (1970) otorga preeminencia a la maternidad y paternidad como el principal encuentro generativo, son los padres generativos quienes son capaces de cuidar, disponer y preparar a su hijo para que acepte límites, lo introducen a la realidad, a la relación adecuada con los demás, estimulan la libre autonomía del hijo, le ayudan a elaborar la violencia por inmadurez.

El estímulo de la libre autonomía habilita al hijo para dejar dependencias primarias y ocupe su espacio interior personal. Villar et al (2013) señalan de acuerdo con Erikson que la generatividad es el reto que encara la persona en la mediana edad y lo define como el interés por guiar y asegurar bienestar a las siguientes generaciones además de dejar un legado que le sobreviva. La generatividad es expresada como el cuidado a individuos dependientes, crianza de los hijos, formación de jóvenes y en la producción de bienes y servicios, así como el compromiso social y la participación cívica o política. Moreno (2022) señala que implica contribuir en los entornos

familiar, empresa y comunidad tratando de asegurar la continuidad entre generaciones y planteando mejoras sociales y en definitiva cualquier cosa que llene el deseo de sentirse necesitado. Erikson (1970) afirma que a veces solo observamos la dependencia del más joven hacia el adulto por la necesidad de aprender y olvidamos la dependencia de la generación mayor tiene hacia la más joven Erikson enuncia que la persona opera en tres ámbitos con respecto a la generatividad:

Procreativo: consiste en dar y responder a las necesidades de la gente de la siguiente generación.

Productivo: consiste en cuidar a la siguiente generación e integrar el trabajo a la vida familiar.

Creativo: consiste en hacer aportaciones a la sociedad en gran escala (Izquierdo-Martínez, 2005) Erikson (2000) agrega que la generatividad también incluye la “autogeneración” que tiene que ver con un mayor desarrollo de la identidad dentro de una ética generativa que tiene como Regla de Oro “haz a otro lo que promoverá su desarrollo tal como promueve el tuyo”

En contraparte, el estancamiento supone la auto - absorción donde el adulto es incapaz de cuidar a otros, demanda con frecuencia el cuidado de los demás y comienza a tratarse a sí mismo como su propio hijo al que mimar y castiga. Además de no cuidar a nadie, la persona no se da cuenta que en el afán de ser productiva no cuida ni dedica tiempo para sí. Erikson (1970) menciona que cuando a la persona le falta la generatividad, suele enfrentarse a un sentimiento de empobrecimiento y estancamiento personal acompañado de falta de fe y creencia en las personas, llegando a ser cruel de forma física y moral con sus hijos, con prejuicios que atentan contra la familia y su contexto además de posible uso autoritario del poder. (Sandoval-Ovando y Zacarés, 2020) opinan que la generatividad es como un proceso de feedback en el que el adulto generativo aporta su experiencia, conocimiento, habilidades, recursos materiales a otros quienes al mismo tiempo le dan una retroalimentación positiva o negativa que permite la configuración de una identidad más o menos generativa.

4.3.6 Generatividad. Algunas aportaciones teóricas posteriores a Erikson

Peixoto (2017) expone que después de Erikson ha avanzado la investigación en generatividad tomando gran relieve para la psicología en distintas áreas a partir de la década de los años noventa. Con teóricos como Kotre (1984), Adams y Aubin (1992), y Bradley (1997) a quienes se le atribuye el impulso de estudios de generatividad en Psicogerontología. También destacaron la importancia

que tiene la generatividad para el desarrollo del adulto y destacaron que la transmisión entre generaciones y el bienestar de las generaciones futuras como una “preocupación” postmoderna.

4.3.7 Aportación teórica de Kotre

Hace énfasis en la idea de un yo que expresaría resistencia a la muerte física por medio de la generatividad, aunque no es la motivación principal de la persona para ser generativa sino en lo que viene después, las futuras generaciones y lo que venga después de su muerte.

Kotre (1996) clasificó la generatividad como: biológica, parental, técnica y cultural, siendo la biológica la más concreta y la cultural la más abstracta. Además, agrega que cada forma de ser generativo puede tener una vertiente agéntica centrada tanto en el self (autosatisfacción) como en la vertiente comunal (satisfacción compartida), modalidades que suelen combinarse.

4.3.8 Aportación teórica de Bradley

Bradley (1997) define a la persona generativa como aquella que orienta y guía a los demás. Define cinco perfiles a partir de dos dimensiones: el grado de implicación al preocuparse por los demás y por sí mismo, la segunda dimensión es la capacidad para incluirse a si mismo y a los otros en sus acciones generativas. Denominó los cinco perfiles como; *el generativo*, implicado e inclusivo consigo mismo y los demás, tolerante a la diferencia y coherente; *el logrador muy* implicado e inclusivo solo consigo mismo con poca apertura a compartir su tiempo y sus experiencias; *el comunal* muy implicado e inclusivo solamente con los demás, establece relaciones de dependencia y se anula en sus deseos; *el convencional* muy inclusivo, pero es poco implicado tiene poca aceptación a la diferencia y el estancado, muy poco o nada generativo no es implicado ni incluye, insatisfecho y no dedica esfuerzo alguno para generar cambios posibles.

Bradley opina que una persona poco generativa suele ser egocéntrica, negligente en su desarrollo y en el desarrollo de los demás.

4.3.9 Aportación teórica de Mc. Adams

Mc. Adams (1992) añade al modelo psicosocial de Erikson (2000) que la cultura es un factor que puede influir en la generatividad de la persona, aspectos como el momento histórico, la religión, el género o la situación económica pueden o no intencionar la generatividad.

Peixoto (2017) destaca la relevancia del trabajo de estos tres autores que ha permitido el análisis más detallado de un concepto muy subjetivo y teóricamente reciente. Desarrollaron una actualización de una de las tareas psicosociales de la teoría de Erikson que había pasado muy desapercibida. La generatividad que incluye las nociones de procreatividad y creatividad, propuestas por Kotre (1984) y Bradley (1997) postulan que el hombre precisa ser valorado y tener el aliento de aquello que ha producido y aportan en este trabajo para la comprensión de la interdependencia adulta con respecto a la más joven.

4.4 Fundamentación teórica del enfoque centrado en la persona y el yo

El pensamiento de Carl Rogers se basa en el existencialismo, tomó elementos de Otto Rank quien creía en la capacidad de autodirección de la persona. Rogers tuvo influencia de las corrientes existencialistas, fenomenológica y psicoterapia Gestalt de donde tomó la actitud de confiar en la capacidad del ser humano para actuar libremente y decidir sobre su propio futuro. Rogers expresa que toda persona posee orientación hacia su independencia, integración y crecimiento.

A continuación, se mencionan los constructos para comprender el objeto de estudio, que permitan un acercamiento a lo que le sucede a una mujer en la adultez media o mediana edad a partir de sus experiencias, el yo real, incongruente y vulnerable y el yo ideal. En una segunda parte se hace un planteamiento de constructos desde donde la mujer de mediana edad puede irse reconociendo desde la apertura y la congruencia. Al final se analizan las condiciones que permitan promover su valoración a partir de la aceptación incondicional, la empatía y la congruencia desde el enfoque centrado en la persona.

La esfera de la experiencia:

La mujer durante la mediana edad suele mirar hacia su interior y hacer reflexiona acerca de situaciones en las que se ve inmersa durante este periodo y busca equilibrio en su identidad: comienza a notar cambios físicos ante el envejecimiento, llega la menopausia, suele experimentar “el nido vacío” ante la partida de los hijos, existe menos valoración en el campo laboral y hay un cuestionamiento ante las pérdidas y ganancias que van teniendo que provoca también cambios emocionales. La esfera de la experiencia (Rogers, 1951) de cada persona contiene lo que sucede dentro del organismo y encierra la posibilidad de acceder a la conciencia, comprende los sucesos,

percepciones, sensaciones de las cuales no tiene conciencia, pero puede adquirirla si se concentra en esos datos empíricos que posee en su mundo personal y privado aun cuando este corresponda o no a la realidad objetiva y observada.

La esfera de la experiencia es selectiva, subjetiva e incompleta, está definida por limitaciones de tipo psicológico y biológico y aun cuando parece que la atención es abierta, se centra en las preocupaciones e intereses inmediatos de la persona.

El Yo como un proceso:

El concepto de sí mismo o self se crea a través de las experiencias y percepciones que la persona recibe a través del medio ambiente y de la relación con los otros para poder moldearse y formar su mundo. Se encuentra dentro de la esfera de la experiencia, es una entidad inestable y cambiante, aun cuando suele parecer estable y predecible. Es también una Gestalt organizada y coherente condicionada a una constante formación y reformación conforme cambian las situaciones. El Yo de Rogers es un proceso, un sistema que está en cambio constante de ahí que Rogers considera a la persona como capaz de conseguir el desarrollo personal y su crecimiento además de considerarlos un progreso natural y esperado. El Yo o Concepto de sí mismo es la manera en que las personas se consideran basados en sus experiencias, vivencias y expectativas.

Es un constructo fenomenológico, es la propia imagen fenoménica de la persona que contiene ideales, valores y percepciones del sujeto, y tiene función de seleccionar las percepciones y regular la conducta de las personas, las experiencias o admiten de acuerdo con la consistencia o coherencia que tienen con la propia imagen de la persona.

El Yo ideal:

El Yo ideal es el yo que la persona desea poseer y al cual asigna un valor superior, es una estructura sujeta para cambiar constantemente por lo que adquiere una redefinición continua. Cuando existe una gran diferencia entre el yo real y el yo ideal la persona se siente insatisfecha hasta el grado de llegar a presentar problemas neuróticos, esto debido a que la salud mental está relacionada a la capacidad de percibirse con claridad y al mismo tiempo aceptarse; en la medida que difiere del yo real, el yo ideal inhibe la capacidad de desarrollo y se convierte en un obstáculo. Suele suceder que

las mujeres en la adultez media sufren tensiones debido a que crean una contradicción que les imposibilita percibir las diferencias entre sus actitudes y los ideales.

Tendencia a la autoactualización:

Rogers tiene como hipótesis central que la persona nace con una tendencia hacia la actualización mediante la experiencia y la capacidad para manejar de manera constructiva los aspectos de su vida que pueden ser reconocidos por la conciencia. El ser humano es bueno por naturaleza, es un ser libre, tiende a desarrollar su potencial una vez cubiertas sus necesidades básicas; su tendencia a la actualización es innata posee deseo de estabilidad, y está en constante movimiento buscando la realización. Es capaz de desarrollar su mayor potencial siempre que lo desee.

La tendencia a la autoactualización es parte de la naturaleza humana y de todos los seres vivos. Es un impulso presente en todas las formas de vida orgánica y humana, adquirir autonomía, desarrollarse, madurar, expandirse, extenderse. Para Rogers la tendencia a la autoactualización es el motivo donde confluyen los demás motivos.

Poder personal:

Rogers llamó poder personal a la dimensión social centrada en la persona y relacionada con el lugar en el que se ejerce el poder de tomar decisiones: quién toma las decisiones, de manera consciente o inconsciente, si se regula n controlan emociones tanto de los otros como de si mismo lo que corresponde al proceso que implica obtener, mantener, utilizar, compartir o ceder el control, el poder o la toma de decisiones y añade que los seres humanos cuando tienen la oportunidad, poseen la capacidad para hacer uso del poder personal de una forma correcta y benéfica.

La persona posee dentro de sí misma, muchos recursos para comprenderse y modificar el propio concepto, las actitudes y la dirección de su conducta. Las mujeres de mediana edad algunas veces encuentran obstáculos en la realización de esta tendencia al desarrollo debido al control que ejercen otros sobre sus decisiones característicos de los contextos patriarcales, Rogers auguró que al desaparecer los consensos restrictivos sobre el poder personal, las personas podrán involucrarse más en solucionar sus problemas y generarán soluciones que no requieran de este tipo de dominio.

Congruencia:

La congruencia representa el grado de equilibrio entre la experiencia, la comunicación y la conciencia, para Rogers no existen las categorías patológicas de normales o anormales adaptados e inadaptados, sanos o enfermos, sino que prefiere contemplarlos desde la capacidad que tienen para percibir la realidad de sus situaciones. Cuando la congruencia es de alto grado, implica que lo que se expresa (comunicación), lo que ocurre (experiencia) y lo que se percibe (conciencia) son casi iguales.

Por el contrario, la incongruencia ocurre cuando existen diferencias entre la conciencia, la experiencia y la comunicación, es una incapacidad para percibir de manera precisa o renuencia e incapacidad a comunicarse sobre la realidad. Se denomina represión o negación cuando la incongruencia interviene entre la conciencia y la experiencia y la persona no expresa lo que siente o experimenta. La incongruencia suele afectar a manera de tensión o angustia, y en casos más difíciles como desorientación o confusión.

Centro de Valoración:

Rogers (1985) refiere que este concepto alude a la fuente de los criterios aplicados por la persona en la valoración de su experiencia. Cuando esa fuente es interna, inherente a la experiencia misma, el centro de valoración se encuentra en el sujeto. Cuando el centro de valoración es externo, y la persona aplica la escala de valores de esas personas, que se convierten en el criterio de valoración del sujeto. La persona que revela madurez psicológica es aquella que se valora y valora a los demás, cuando se siente apreciada es posible el desarrollo y valoración de los distintos aspectos de sí misma. Las condiciones de valor son conductas o actitudes necesarias para obtener valor y respeto en tanto que la maduración, el comportamiento y la conciencia son inhibidos por estas restricciones impuestas por sí mismo.

Enfoque centrado en la persona:

Presenta su teoría de la persona o de la personalidad donde dignifica y da valor al esfuerzo de la persona por desarrollar sus potencialidades (Pezzano, 2001) basada en ciertas condiciones de trabajo. El enfoque centrado en la persona de Carls Rogers (1951) resalta el empeño continuo en

el camino de la libertad y liberación de las fuerzas del ser humano para la actualización de sus potencialidades a partir de la confianza y respeto de la persona. Rogers presenta su teoría de la persona o de la personalidad basada en ciertas condiciones de trabajo:

- El proceso terapéutico está motivado por el estado de incongruencia, vulnerabilidad y ansiedad por parte del paciente motivado por su impulso al crecimiento, la salud y la adaptación
- El proceso está más vinculado a la clarificación y expresión de los sentimientos que a la comprensión intelectual de la experiencia
- Es más importante la comprensión del presente de la persona que su pasado.
- La relación terapéutica es el elemento más importante para el crecimiento en el proceso psicoterapéutico.

Pezzano (2001) señala como algunas de las ventajas y alcances de este enfoque:

- a) Se aleja del método diagnóstico centrado en el empleo de pruebas y categorización de desórdenes mentales.
- b) Utiliza conceptos con referentes observables en la experiencia.
- c) El profesionalismo del terapeuta depende de sus calidades y cualidades personales y de su actitud hacia el consultante.

El ser humano es bueno por naturaleza, es un ser libre, tiende a desarrollar su potencial una vez cubiertas sus necesidades básicas; su tendencia a la actualización es innata posee deseo de estabilidad, y está en constante movimiento buscando la realización. Es capaz de desarrollar su mayor potencial siempre que lo desee.

La importancia y la comprensión de la cultura y la sociedad radican en que el individuo, es influenciado por la sociedad y la cultura y como parte de un proceso natural no consciente, va falsificando y percibiendo algunos de los valores de su experiencia en función del valor que tienen para los otros. La mujer de mediana edad encuentra adaptación en la actualización acorde al entorno en que se encuentra, si existe menor actualización, las conductas serán menos adecuadas. Con menor valoración positiva el entorno será percibido como amenazante y disminuirá la posibilidad de adaptación, entre más experiencias amenazantes menos integración del Yo existirá y a mayor

discrepancia, mayor posibilidad hay del surgimiento de conductas desorganizadas que repercuten en la generación de problemas psicológicos.

La teoría considera importantes la identidad cultural que forma parte del contexto de la persona, desde la vida cotidiana y la cultura popular ya que tiene influencia en la forma de ser y hacer de los seres humanos. Los aspectos familiar, educativo, cultural, social, comunitario y su percepción de estos particularizan al individuo. Rogers señala como al individuo como centro de un mundo cambiante de experiencias, de ahí la importancia de los aspectos socioculturales. La relación en psicoterapia está basada en la completa aceptación del cliente y el actuar del terapeuta desde la empatía, manteniendo la consideración planteada por Rogers acerca de que cada sujeto es responsable de sí y el terapeuta guía en el proceso de encontrar un cambio y en la manera de actualizarse. Se considera relevante también la autenticidad total por parte del terapeuta, para invitar al consultante a serlo también lo que implica madurez para advertir los propios sentimientos y encontrarles sentido a través de la propia experiencia. Destaca además hacer uso de la libertad de expresión se menciona el elemento de la exploración de los sentimientos para generar catarsis y para presentar una nueva imagen de sí mismo.

Roger señala que los integrantes de la sociedad cumplen un papel importante en la construcción de la personalidad desde la infancia, en las relaciones cotidianas. El niño va tratando de cumplir las expectativas de los padres, en su desarrollo del Yo, va creando su conciencia a partir de su interacción con el medio, se va generando una referencia sobre lo que funciona y lo que no. En su interacción con el mundo está en relación con otras personas que van pasando por el mismo proceso de desarrollo del Yo. La persona quiere ser ese yo ideal y cumplir con expectativas de otros y va dejando de lado lo que quiere en realidad como son sus verdaderas habilidades y potencialidades. La necesidad de consideración positiva se ve influenciada por factores como la cultura de cada sociedad.

En resumen, algunos criterios del enfoque centrado en la persona y el yo que se consideran relevantes para la psicoterapia son el énfasis que pone en la relación terapéutica y en la empatía, así como la aceptación incondicional y la promoción del conocimiento profundo de las experiencias en la persona como predictores de éxito en la psicoterapia.

A continuación, se expone la Teoría de los Actos del Habla que fue desarrollada esencialmente por J.L. Austin y tiene importantes implicaciones para comprender cómo se lleva a cabo la comunicación efectiva apoyándose en herramientas que permiten el análisis del discurso o la pragmática del lenguaje que explica que el significado de las palabras depende del contexto en que se utilizan. También considera la parte ética al reconocer que cuando se habla la persona compromete sus acciones o asume compromisos.

Reconocer dichos elementos pueden aportar al desarrollo de la conciencia de la relación terapéutica y a la identificación de patrones de comunicación tanto funcionales como disfuncionales.

4.5 Teoría de los Actos del Habla

Las nuevas teorías y métodos del conocimiento que surgieron durante el siglo XX cuestionaron las verdades y las realidades existentes hasta ese tiempo, específicamente atribuyeron al lenguaje una distinción especial porque a partir de él se construye el mundo, la certidumbre de la realidad y se originan las acciones. Los estudiosos del lenguaje dieron primacía a la relación estrecha entre la comunicación-realidad-subjetividad y surgieron los pensamientos posmodernos que cuestionaron las posturas universalistas y se interesaron en fenómenos característicos del lenguaje como el pragmatismo y los usos e intenciones del lenguaje (Moya, 2008). Tal es el caso de John Austin (1990) quien en oposición al verificacionismo del lenguaje propuso por primera vez que cuando se dice una cosa siempre conlleva una intención, es decir, que una oración además de describir representa una acción por ejemplo cuando se promete o se pide algo.

Austin dio lugar a la Teoría de los actos del habla en su obra póstuma, *Cómo hacer las cosas con palabras*, luego de cuestionar la función que tiene el lenguaje y la idea del uso de oraciones condicionadas solamente a describir hechos falsos o verdaderos. Además, incorporó los enunciados performativos que no están limitados a describir, no tienen valor de verdad, llevan a cabo una forma de acción que se realiza cuando se emiten y dan lugar a los actos del habla transformando la realidad haciendo cosas al decir. Entonces, la realidad se convierte en resultado de la comunicación que la describe y de esta forma son posibles muy distintas realidades creadas a través de la palabra.

Austin (1990) hizo una diferenciación entre las oraciones y los enunciados, consideró a las oraciones como abstractas porque no se han realizado mientras que los enunciados son emitidos en una situación concreta y refieren a una acción específica. Los actos del habla se estudian a través de los enunciados que dividió en dos categorías: enunciados constatativos usados para explicar cómo son las cosas y pueden ser calificados como falsos o verdaderos y los enunciados performativos a través de los cuales quien habla está realizando algo en ese momento, por ejemplo, garantizar, querer o pensar algo. Los enunciados performativos pueden ser adecuados o inadecuados y para saber si un enunciado performativo o realizativo es adecuado, Austin (1990) estableció seis condiciones: que tienen que ver con que se lleve a cabo la emisión de palabras determinadas por personas determinadas, la concurrencia de personas y circunstancias adecuadas, la actuación según la forma que requiera cada procedimiento, las disposiciones de ánimo y pensamientos y si las personas se saltan algunas de estas reglas, Austin lo refiere como infortunios que son relacionó a una incorrecta aplicación del lenguaje y entonces se incurre en desaciertos (malas apelaciones, malas ejecuciones) o abusos (actos insinceros, incumplimientos). De la misma forma planteó que en cada acto del habla se realizan tres diferentes actos:

- i) Acto locutivo: cuando el enunciado se constituye por sí mismo y transforma la relación entre los hablantes.
- ii) Acto ilocutivo: representa el propósito o la intención que tiene el hablante cuando expresa una oración.
- iii) Acto perlocutivo: lo que se logra por decir algo

La noción de fuerza ilocucionaria asocia al acto realizado al tiempo de la emisión, es decir, la intención o propósito que se tiene al expresar una oración, los verbos realizativos se consideran parte de los enunciados performativos, dan lugar al acto y constatan que la palabra es viva, dialógica y polisémica por la multiplicidad de interpretaciones y significaciones que tiene según el contexto de la comunicación (Moya, 2008).

Para la psicoterapia, la teoría de los actos de Austin contribuye al campo pragmático al interior de la sesión terapéutica para tener mayor comprensión de lo que no se dice, pero está implícito en los mensajes del consultante y terapeuta. La oración performativa contribuye a corroborar la hipótesis

inicial del terapeuta y puede ayudar a reorientar el proceso hacia distintos espacios que se abren a partir del diálogo.

4.5.1 Indicadores de cambio genérico

Inicialmente las investigaciones acerca de la psicoterapia estuvieron centradas en su efectividad y en conocer cuál enfoque aportaba mayores resultados al consultante. A partir de los años ochenta la indagación se volcó hacia lo que sucede al interior del proceso y en identificar qué elementos aportan a la creación del cambio. Aristegui et al., (2004) definen el cambio como una forma distinta de entender una situación, de comprenderse a sí, de entender sus problemas y la relación que tienen con el entorno que rodea a la persona, es decir, lo enmarcan dentro de una teoría subjetiva. que concierne a la forma como se construye el conocimiento a nivel psicológico e individual (Aristegui et al., 2004).

A diferencia de otras conversaciones, el diálogo en psicoterapia se distingue por estar guiado con el objetivo de generar cambio en el consultante. Para llevar a cabo un análisis de las interacciones que favorecen el cambio en psicoterapia, Krause et. al., (2002) presentaron una lista de indicadores de orden cualitativo acerca del cambio terapéutico en concordancia con la teoría del cambio subjetivo que menciona que el cambio es sucesivo, sino que los primeros cambios van integrando los cambios subsiguientes. Enseguida se presentan los 19 indicadores del cambio:

1. El consultante acepta que existe un problema
2. Se aceptan los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda
3. Se acepta la competencia del terapeuta
4. Se expresa la esperanza (de ser ayudado o superar problemas)
5. Se presenta cuestionamiento de las formas de entendimiento, emoción o comportamiento habituales (descongelamiento). Pueden verse situaciones antes no vistas, presentarse autocrítica, se replantean metas o se redefinen expectativas.
6. Se expresa la necesidad de cambio.
7. Se reconoce la participación propia que se tiene en los problemas.
8. Se descubren nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.
10. Aparecen sentimientos de competencia.

11. Se establecen nuevas asociaciones entre: aspectos propios, aspectos propios y del entorno, aspectos propios y elementos de la biografía.
12. Se reconceptualizan los propios problemas y síntomas.
13. Se logra una transformación en las valoraciones y emociones en la relación consigo mismo.
14. Se logra la formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo considerando aspectos personales y del entorno, como problemas y síntomas.
15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
16. Se logra Autonomía en el manejo del contexto que tiene significado psicológico.
17. Existe reconocimiento de la ayuda recibida.
18. Hay disminución en la asimetría.
19. Se construye una teoría subjetiva sobre sí y en relación con el entorno fundada biográficamente.

Los momentos de cambio pueden presentarse o no dentro de la sesión y solo podrán ser conceptualizados como tales si atienden a los siguientes criterios sustantivos:

- a. Verificabilidad: señala que los cambios deben ser observables dentro de las sesiones terapéuticas o en caso de que ocurran extra-sesión deberán ser mencionados en sesión y referir a la terapia.
- b. Correspondencia teórica: los contenidos del momento del cambio corresponden a alguno de los IGC de la lista expuesta.
- c. Consistencia: El cambio debe mantener concordancia entre las expresiones verbales y no verbales, sean idiosincráticas o generales de la consultante y no se presenta contradicción en la misma sesión ni posteriormente durante la terapia.
- d. Novedad: el cambio con respecto a una temática en particular es referido por primera vez.

Además de los criterios sustantivos también se tomaron en cuenta los criterios metodológicos:

1. Si el cambio presentado corresponde a más de uno de los IGC, se codifica con el indicador que tenga mayor jerarquía ya que este incluye el menor nivel.
2. El inicio y final del episodio de cambio se delimita seleccionando el fragmento donde es mayormente apreciable el cambio (Krause, et al., 2006).

El análisis y la investigación de los micro-procesos en psicoterapia que se basa en los IGC (Krause et al., 2006) junto a la Teoría de los Actos del Habla (Austin, 1990) propone captar el diálogo del self para diferenciar y caracterizar los episodios de cambio que derivan de la teoría del cambio subjetivo. El lenguaje autorreferencial posibilita reconocer las distintas posiciones del yo y la forma en que se va comprometiendo por medio de las acciones intencionales ilocutivas (Krause et al., 2006) dentro de un diálogo que va ocurriendo entre posiciones internas y externas del yo visibilizando el pensamiento narrativo y la cognición de la conciencia del consultante (Santos & Gomes, 2010)

V. Marco metodológico

5.1 Diseño de la investigación

Este apartado presenta información acerca de la investigación cualitativa; método que en su mayoría, será utilizado para este Trabajo de Obtención de Grado, además se incluye una breve descripción acerca de la investigación cuantitativa ya que, para complementar el análisis y la presentación de los resultados obtenidos a través del SCAT 1.0, se consideró la frecuencia de las variables y se elaboraron gráficas de pastel y diagramas de barras con la intención de lograr una mejor visualización de los mismos.

Desde una versión posmoderna, la metodología cualitativa es un proceso controlado, con cierto rigor metodológico planeado, que cuestiona el positivismo que ha interpelado la sensibilidad para captar distintas realidades (Martínez, 2006). Este enfoque pretende descubrir nuevas interpretaciones acerca de un fenómeno a través de una exploración abierta ocupándose de los datos subjetivos que abordan la cualidad y naturaleza de las experiencias subjetivas, creencias o sentimientos de los participantes (Morse y Field, 1995) sin apartarse de la sistemicidad, criticidad y rigor como criterios principales para alcanzar la científicidad que requieren las investigaciones académicas.

Este enfoque busca ser sensible ante la complejidad de las realidades actuales buscando comprender cómo se construyen y no solo conocer los hechos centrándose en conceptos como la condición posmoderna, la teoría crítica, el uso de la dialéctica, el pensamiento sociocéntrico, el uso de la dialéctica, la hermenéutica, la teoría de las representaciones sociales y el interaccionismo simbólico como herramientas para abatir la jerarquía de conocimientos y valores positivistas tradicionales. El investigador primero reúne datos para después examinarlos y obtener hipótesis o teorías de manera interpretativa dejando de lado las conclusiones generales acerca de un fenómeno. (Martínez, 2006). Para la metodología cualitativa lo subjetivo representa una fuente de conocimiento acerca de cómo las personas viven, definen y cuál es el significado que dan a un fenómeno de tal forma que se puede acceder al modo de pensar de la persona y dejar de pensar al sujeto como una variable cuando se conocen los significados a partir de los cuales crea su realidad sin perseguir criterios de extensión o exhaustividad.

En este enfoque, el investigador lleva a cabo una revisión inicial de literatura sin embargo esta revisión puede estar presente de manera flexible en todas las etapas de la investigación, Hernández-Sampieri (2018) menciona que una inmersión inicial en el campo implica sensibilizarse acerca de una situación o entorno en el cual se llevara a cabo la investigación.

Hernández-Sampieri (2018) menciona las siguientes características de la investigación cualitativa:

Los planteamientos iniciales del investigador se van redefiniendo conforme avanza el proceso donde predomina la lógica o razonamiento inductivo que va de lo particular a lo general que explora y describe individualidades de caso en caso hasta llegar a generar una teoría. Uno de sus propósitos principales es reconstruir la realidad tal como es observada considerando el todo y no en partes. También es naturalista pues observa los casos desde su contexto y los eventos son analizados en su desarrollo natural, tal como sucedieron sin limitar su registro a la objetividad de los sucesos, sino que trata de encontrar sentido a los hechos en concordancia con los significados que los sujetos les otorguen. El investigador es consciente que llega a formar parte del fenómeno analizado: es quien construye el conocimiento basado en las percepciones, vivencias, significados y emociones de los participantes construyendo la realidad a partir de la interacción del investigador y sujeto que convergen sus puntos de vista. Finalmente, sus datos consisten en narrativas de distintas clases: orales, visuales, escritas, auditivas que se utilizan con flexibilidad y son acordes a las necesidades de la investigación y dan por resultado descripciones muy detalladas, pretendiendo que los resultados se sitúen y contextualicen sin generalizar de manera probabilística a poblaciones más amplias o muestras representativas.

Martínez (2006), considera que el método cualitativo es muy adecuado para la investigación en psicoterapia debido al énfasis que tiene hacia las experiencias y significados vividos por las personas reconociendo la realidad del ser humano como “todo físico-químico, biológico-psicológico, social-espiritual. La investigación posmodernista dan lugar a la naturaleza como un todo polisistémico, que nos invita a ser investigadores y psicoterapeutas con una metodología inter y transdisciplinaria que nos permita trascender las estructuras lógicas individuales y llevarnos como propone Martínez (2006), a un proceso natural de pensamiento que estudia, analiza, compara, considera ventajas y desventajas con un nivel de rigurosidad que nos permita desempeñarnos mejor en la investigación y en el ejercicio de la psicoterapia.

En este trabajo de obtención de grado se utilizó una metodología cualitativa debido a que el objetivo principal es identificar y describir la subjetividad de la consultante acerca de los significados y vivencias que tiene durante la mediana edad, así como los modos de interacción psicoterapéuticos.

5.1.1 Método de Investigación Cuantitativo

Según refiere Hernández-Sampieri (2018), la metodología cuantitativa es un enfoque secuencial y probatorio de orden riguroso que generalmente parte de una idea acotada a partir de la cual se elaboran preguntas e hipótesis y luego se estipula un diseño para probarlas.

Una de sus características principales es el énfasis que tiene en la objetividad y replicabilidad con el propósito de minimizar la subjetividad y el sesgo durante el proceso de investigación. Las variables se miden en un contexto determinado y se lleva a cabo el análisis de las mediciones obtenidas empleando métodos estadísticos para extraer las conclusiones.

Algunas características del enfoque cualitativo (Hernández-Sampieri, 2018) son:

- I. Prioriza la medir y estimar la magnitud de los fenómenos de investigación; “cada cuanto y en qué magnitud ocurren”.
- II. Sus preguntas de investigación, delimitadas y concretas, se refieren a cuestiones específicas acerca del problema.
- III. La revisión de la lectura, la construcción de un marco teórico y la formulación de hipótesis, anteceden y dan lugar al planteamiento del problema.
- IV. Busca que los fenómenos observados no sean afectados por las tendencias, deseos o creencias del investigador, ni influyan en los procesos y los resultados para lograr la objetividad.
- V. Se mantiene un proceso predecible y estructurado.
- VI. Intenta obtener resultados generalizados entre una muestra y el universo o población.
- VII. Busca que los estudios puedan ser replicados.
- VIII. Pretende predecir los fenómenos investigados por medio de las regularidades y las relaciones causales entre elementos.
- IX. Lo cuantitativo ocurre en la “realidad externa” a la persona.
- X. Intenta identificar causas y leyes universales.

En este Trabajo de Obtención de Grado, se utilizó el enfoque cuantitativo para contabilizar y describir los datos de las variables que se presentan en el SCAT 1.0 tratando de encontrar la adecuación entre la

frecuencia de variables y la percepción subjetiva acerca de la comunicación durante la actividad terapéutica con fines pedagógicos que contribuyan a la formación de la terapeuta en el ámbito de la psicoterapia.

5.2 Método de estudio de caso en psicoterapia

Según Scandar (2014), el estudio de caso según es una forma de aproximarse a una situación particular de manera profunda y en su contexto lo que permite una mejor comprensión de la complejidad y mayor aprendizaje del caso que se estudia. Tiene una ventaja epistemológica al considerarse de mucha utilidad en estudios de gestión humana por su flexibilidad y accesibilidad para ser captado por los lectores, González (2018), plantea que un estudio de caso aporta características puntuales como son tiempo, espacio y contexto es definido como un tipo de investigación cualitativa y fenomenológica que puede incluir datos cualitativos debido a esto su aplicabilidad en el campo de investigación psicoterapéutico para fundamentar, desarrollar y dialogar fundamentado de manera ética en que ofrece coherencia al momento de estudiar y trabajar considerando como seres humanos desde que se deciden a con-tratar además que el estudio de caso es coherente con el desarrollo humano sostenible y con las normativas de los derechos humanos.

Algunas otras características del estudio de caso que refiere González (2018) son:

- El estudio de caso permite acceder a la complejidad del ser de la persona evidente desde la organicidad, las situaciones, competencias, estructura subjetiva y contextos.
- Considera al ser humano como sujeto pues propone lo singular como dato fundamental en el entendimiento que cada sujeto es único e irreplicable debido al libre albedrío que se le atribuye y no es posible generalizar.
- Considera al sujeto como singular considerando a cada humano como único e irreplicable
- Estudia e interviene lo psíquico, observa la implicación y hay que dar-se cuenta de la contratransferencia.

Scandar (2014), menciona que teniendo en cuenta factores temporales los estudios de caso pueden ser:

- Retrospectivos: plantean el estudio de hechos pasados y las implicaciones que tienen en la actualidad
- Transversales: Indagan acerca de un periodo acotado de tiempo y pretenden constatar la globalidad en contexto del fenómeno estudiado.
- Diacrónicos: Dan cuenta de cambios a lo largo del tiempo y son similares a los estudios longitudinales.

Si se toma en cuenta la relación entre la recolección de datos y teoría los estudios de caso pueden ser.

- Ateóricos: configurados por la teoría
- Heurísticos: buscan identificar nuevos aportes para la teoría
- Plausibilidad: Tratan de verificar la factibilidad para futuras investigaciones
- Construcción de bloques: señalan con énfasis aspectos específicos de un fenómeno buscando aportar a teorías más generales.

En resumen, el estudio de caso es referido cuando se busca un conocimiento profundo y sistemático dentro de su contexto.

Para el presente trabajo se llevará a cabo un estudio de caso no controlado (Roussos, 2007) que incluirá narraciones a manera de reporte, intervenciones no documentadas y descripciones subjetivas sin control las variables intervinientes durante la intervención psicoterapéutica.

Se utilizan las transcripciones de diez sesiones a partir de la sesión número 8 del proceso psicoterapéutico: cinco sesiones se transcribieron completas y cinco de manera parcial.

Los instrumentos empleados en este trabajo son la entrevista terapéutica y la observación directa.

5.3 SCAT 1.0 e Indicadores de Cambio Genérico (ICG) como estrategia analítica

El sistema SCAT (Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica) ha sido desarrollado ante la premisa de que el proceso de cambio psicoterapéutico es co-contruido por el paciente y terapeuta

a través de las Acciones Comunicacionales. Este sistema permite hacer un análisis de la comunicación dentro del proceso de psicoterapia que no se plantea como una acción propia del terapeuta sino como una acción llevada a cabo por ambos actores. A través del sistema SCAT se analiza la conversación terapéutica con el fin de codificar los modos de interacción y la influencia de éstos en el proceso de cambio llevando a cabo la clasificación de las Formas Básicas, Interacciones Comunicacionales y Técnicas. (Pérez et al., 2010).

El Sistema SCAT brinda la posibilidad de dar cuenta del carácter simétrico o complementario de la interacción terapéutica asimismo de la transformación de estos términos en los episodios relevantes a lo largo del proceso psicoterapéutico.

El sistema SCAT sirve como guía para codificar las acciones comunicacionales en Formas Básicas, Intenciones comunicacionales y Técnicas presentes en la interacción psicoterapéutica.

Formas Básicas:

Formas Básicas: asentir, negar, dirigir, aseverar y preguntar.

Asentir: Se admite como cierto lo dicho por el otro (“Si”, “Por supuesto” “Mhm”)

Negar: No se admite como cierto lo dicho por la otra persona (“No”, “De ninguna manera”)

Preguntar: Se interroga a la otra persona sobre cierta información. (¿Cómo se siente en este momento?)

Aseverar: Se afirma algo que pretende ser verdad (“Imposible”, “Pero igual la extraña”)

Dirigir: Se intenta que la otra persona ejecute una acción comportamental, emocional o cognitiva. (“Piense el lo que le dijo ella”, “Respire profundamente”)

Intenciones Comunicacionales

Las Intenciones Comunicacionales se refieren al propósito que la persona persigue con su comunicación: explorar, sintonizar y re-significar.

Explorar: Es una acción comunicacional realizada con el propósito de: a) clarificar contenidos, b) averiguar o indagar contenidos que se desconocen, c) dirigir la atención y los esfuerzos a un determinado foco de la conversación.

Sintonizar: Acción comunicacional que tienen como propósito: a) entender o ser entendido por el otro, b) darle retroalimentación, c) armonizar con la otra persona

Resignificar: Acción comunicacional que se realiza con el propósito de construir o consolidar nuevos significados.

Técnica

Las Técnicas clasifican recursos metodológicos que están presentes en la verbalización: reflejo, argumentación, confrontación, imaginación, interpretación, nominación, resumen, consejo, información, narración, autorevelación, metáfora, paradoja, refuerzo y role playing.

Reflejo: A través de este recurso se hace espejo de los estados afectivos, comportamentales o cognitivos del otro. (“Pareces muy contento con esta noticia”)

Argumentación: Se da un fundamento, una generalización, un ejemplo o una justificación para un contenido.

- **Fundamento:** razón o motivo para asegurar o afianzar una idea.
- **Ejemplo:** Un hecho o idea que se cita cuando se quiere ilustrar una idea o contenido
- **Generalización:** cuando se extienden elementos particulares a otros
- **Justificación:** disculpa o excusa de una acción con la pretensión de convencer.

Confrontación: Se enfrenta al otro o a si mismo con sus propias aseveraciones (“Por una parte me dices que esta situación no te agrada y por otra parte me comentas que no deseas hacer cambios en la relación”)

Imaginación: se hace una representación mental de una situación pasada, presente, real o fantaseada. (“Imagina que despiertas y el milagro ha ocurrido”)

Interpretación: recurso metodológico que se usa para la comprensión, expresión y traducción de un contenido. (“Pareciera que esto que me cuentas acerca de cuidar tu imagen tuviera como susto parecerse a tu mamá y por eso excedes los cuidados”)

Nominación: Recurso utilizado para asignar un nombre o una idea, hecho o acción relatada. (“No es desánimo, es depresión”)

Resumen: Recurso utilizado para sintetizar contenidos. (“En síntesis, de acuerdo con lo que hemos dialogado, se puede decir que usted ya se adaptó al cambio”)

Consejo: Recurso para persuadir que se ejecute determinado acto, instrucción o tarea.

- **Persuasión:** hecho o idea citada con la intención de convencer al otro para que haga o crea algo.
- **Instrucción:** Idea citada durante la sesión acerca de cómo hacer algo
- **Tarea:** Actividad asignada con objetivos determinados.

Información: Es la entrega de conocimientos que se dan por verdaderos. (Las mujeres suelen sentirme agobiadas ante la llegada de la menopausia)

Narración: Sucesión de hechos que se producen a lo largo de un determinado tiempo. (Desde el día que murió mi mamá comenzó una nueva etapa en la que tuvimos que ser mas organizados con el dinero, pues perdimos el negocio”)

Autorrevelación: Recurso del terapeuta o del paciente ejerciendo el rol de coterapeuta, en el que se evidencia información personal. (“Es muy difícil mantener el estilo de vida que tenias antes de mudarte, no puedes volver a hacer las mismas cosas que hacías”)

Metáfora: Recurso que usa un termino en sentido figurado y otro en sentido literal. Es una técnica que se usa con propósito terapéutico (“Parecía como si le hubieran dado alas, todos los días salía a pasear”)

Paradoja: Recurso que guarda una contradicción lógica y se presenta como absurda al sentido común. (“Siéntate durante quince minutos tranquilamente y trata de evocar las sensaciones que te provoca la ansiedad que has estado padeciendo los últimos días”)

Refuerzo: Recurso para validar o alentar al otro.

- **Alentar:** Transmitir con la convicción de que el otro tiene las condiciones para realizar la acción.
- **Validar al otro:** Fortalecer la imagen personal del otro.

Role Playing: Actuación de distintos personajes de una situación. (“Hable como si usted fuera su dolor de cabeza”)

Contenido

El contenido de las acciones comunicacionales compete al objeto del trabajo psicoterapéutico en las dimensiones: el ámbito y la referencia.

El ámbito es analizado si el objeto de trabajo terapéutico se demarca entre las ideas y pensamientos (cognitivo), las acciones (comportamiento) o los afectos (emoción).

La referencia es analizada cuando la verbalización se dirige a si mismo (terapeuta o paciente), a otro presente en la sesión (paciente, terapeuta u otros) a un tercero fuera de la sesión, a la relación terapéutica, a la relación con un tercero fuera de la sesión o si es referencia a un sujeto neutral.

En este trabajo se analizarán los modos de interacción verbales tanto del psicoterapeuta como del paciente capturadas en audio grabaciones de distintas sesiones terapéuticas, utilizando como instrumento el sistema SCAT para dar cuenta de la multidimensionalidad y complejidad de la interacción comunicativa en el contexto de la psicoterapia.

Procedimiento de codificación:

1. Se grabaron las sesiones terapéuticas en audio y cada grabación se categorizó asignando un número ascendente según la fecha en que se llevaron a cabo.
2. Se eligieron como muestra 8 sesiones audio grabadas las cuales se transcribieron separando por turnos de palabra y señalando si correspondían al Consultante (C) o al Terapeuta (T).
3. Se llevó a cabo la codificación de los turnos de palabra en formato Excel utilizando las categorías del SCAT.
4. Se numeraron las acciones comunicacionales de los turnos de palabra correspondientes a las sesiones de muestra,

5. Se completó la Planilla de Codificación Individual y Final del SCAT de acuerdo con el Manual de Procedimiento SCAT (Krause et al. 2009) con siete columnas: 1) Turno de palabra, 2) Rol del participante (T o C), 3) Transcripción literal, 4) Forma básica, 5) Intención comunicacional, 6) Técnica y 7) Contenido (Ámbito y Referencia).
6. Se asignó un código a cada acción comunicacional para cuantificar la frecuencia en que se presentaron:

Asentir (FB1), Aseverar (FB2), Negar (FB3), Preguntar (FB4) y Dirigir (FB5).
Explorar (I1), Sintonizar (I2), Resignificar (I3).

Argumentación (T1), Autorrevelación (T2), Confrontación (T3), Consejo (T4),

Imaginería (T5), Información (T6), Interpretación (T7), Metáfora (T8), Narración (T9),

Nominación (T10), Paradoja (T11), Reflejo (T12), Refuerzo (T13), Resumen (T14), Role Playing (T15).

Acciones (A1), Ideas (A2), Afectos (A3).

Ref. a sí mismo (R1), Ref. al otro presente (R2), Ref. a un tercero (R3), Relación terapéutica (R4), Rel. con un tercero (R5), Ref. neutral (R6).

Los Indicadores del Cambio Genérico se describieron en el apartado 4.5.1 Indicadores de Cambio Genérico dentro del capítulo IV. Marco Referencial.

Muestra:

Se elige como muestra 8 de 50 sesiones luego de aplicar el criterio de selección que consistió en mayor contenido de diálogo terapéutico, es decir, se eligieron sesiones con mayor contenido de interacciones verbales enfocadas en abordar y explorar problemas de la consultante, en promover comprensión y cambios positivos y además se consideraron diálogos donde estuvo manifiesta la empatía o se utilizaron técnicas para favorecer la reflexión de la consultante acerca de sus ideas, pensamientos y sentimientos.

Una vez elegidas las sesiones se procede a la transcripción de estas, separando por turnos de palabras y agrupando los turnos que conformaron un Momento de Cambio (MC). Se eligieron las sesiones 2, 6, 15, 22, 26, 27, 31 y 48.

5.4 Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos para la recolección de la información empleados en este trabajo para son generados a través de la entrevista terapéutica y la observación directa: fueron 8 transcripciones de las 50 audio grabaciones de las sesiones terapéuticas semanales

5.4.1 La entrevista terapéutica

Perpiñá (2012). plantea la entrevista en una técnica de recogida de información y en consecuencia de evaluación, su versatilidad permite forjar cada entrevista según el objetivo adaptándola a las necesidades del entrevistado y estilo personal del investigador. Para conocer los significados subjetivos de una persona el mejor recurso es preguntarle y básicamente esto es lo que fundamenta una entrevista. Los elementos que destacan en una entrevista son la Comunicación (conversación), la Interacción (se da al menos entre dos personas) y un Objetivo o Finalidad (propósito). La entrevista en psicoterapia se planifica y se lleva a cabo con cita previa, tiene una intencionalidad y propósito, los participantes tienen roles: el entrevistador pregunta y plantea temas a reflexionar, el entrevistado responde o reflexiona. El entrevistador se obliga a mantener la confidencialidad.

5.4.2 La observación directa

Según Hernández-Sampieri (2018) la observación directa permite captar lo que ocurre en el ambiente, desde lo ordinario a los sucesos inusuales, los aspectos explícitos e implícitos, Trata de comprender al entrevistado sin imponer puntos de vista ni hacer juicios que interrumpen la captación de la realidad de la persona entrevistada, pretende ser una observación integral. Al principio, la observación es general y luego conforme avanza el proceso en psicoterapia, la observación se va centrando en aspectos de interés tratando de vincularlos cada vez más con los objetivos e intereses que aporten al proceso psicoterapéutico.

5.4.3 Bitácora y Documento Eje

En la bitácora o diario de campo según Hernández-Sampieri (2018) se registran las descripciones del contexto que abarcan personas, lugares, sucesos e interacciones. Se pueden incluir cuadros, diagramas y esquemas, así como los materiales recogidos como fotografías, audios o videos junto con su significado y la contribución que tienen en el planteamiento y objetivo de la investigación. También es importante incluir los aspectos del desarrollo de la investigación, ¿cómo va? ¿qué falta? ¿qué se puede hacer?

En el caso específico de esta investigación y de acuerdo con lo propuesto por la Coordinación de la Maestría en Psicoterapia ITESO, el llamado Documento Eje cumple las funciones de una bitácora, pero con apartados específicos para la captura de datos y vivencias obtenidas durante la entrevista psicoterapéutica. Los apartados del Documento Eje son los que se enlistan a continuación:

1.Contexto de la sesión:

- a) Fecha, lugar, número de sesión.
- b) Contexto y situación personal del terapeuta al momento de llevar a cabo la sesión. Cómo se sienten justo antes de iniciar la sesión. Incluye aspectos personales y del proceso de terapia.
- c) Avances en la comprensión del contexto sociocultural del consultante.
- d) Antecedentes en el proceso.

2.Propósito y estrategia del caso:

- a) Motivo de consulta y problemática construida con la persona
- b) Hipótesis acerca del caso (tres hipótesis, desde distintas perspectivas).
- c) Cambios buscados (en la sesión y en el proceso).

3. Relato de la sesión: que incluya los temas trabajados, el proceso de interacción que se generó y lo que sucedió con el proceso de la persona.

4.Formato de tres columnas:

- I) Transcripción

Realizar transcripción literal de la sesión

II) Descripción, evaluación y análisis.

a) Vivencias y significados del consultante en la sesión:

¿Qué vivencias y qué significados trató de transmitir el consultante a través de su relato?

b) La evaluación detallada de dos interacciones e intervenciones que realiza el alumno (secuencia de interacción con al menos tres participaciones):

¿Qué tipo de intervenciones realicé?

¿Qué afectos y juicios me generó la interacción o las narrativas del consultante?

¿Qué hice con esos afectos y juicios durante la sesión?

¿Cómo los manejé? ¿Fueron estos temas trabajados durante mi terapia personal?

¿Con qué resultados?

III) Relación con la teoría

Responder desde distintos enfoques en psicoterapia o disciplinas:

Interpretación terapéutica.

Explicar cómo se comprende la situación problema: ¿Cómo este autor describiría la situación de la persona?

5. Referencias teóricas que fundamentan la hipótesis y la intervención.

5.4.4 Audio grabación

Se realizaron 50 audio grabaciones correspondientes al mismo número de sesiones terapéuticas llevadas a cabo con frecuencia semanal. Se utilizaron 8 audio grabaciones que permitieron tener acceso a escuchar una y otra vez el diálogo terapéutico para plasmar un contenido fidedigno en las transcripciones que se llevaron al análisis de este trabajo.

5.5 Consideraciones éticas

Se establece un acuerdo verbal y escrito acerca de la confidencialidad, la consultante autorizó que las sesiones terapéuticas fueran audio grabadas o video grabadas para analizarlas con fines didácticos. La entrevistada firma el Consentimiento Informado (apéndice 1) y se reserva el derecho de solicitar se pause la grabación o incluso se borre alguna cosa que haya dicho.

Algunos de los datos proporcionados acerca de la consultante son modificados con la intención de salvaguardar en todo momento su identidad: se puede hacer cambio de ubicación y se considera imprescindible hacer uso de seudónimos; en este trabajo la consultante será nombrada como Astrid. Además, se tiene en consideración que las modificaciones de datos no alteren la resignificación de la identidad de la consultante.

5.5.1 Consentimiento Informado

El consentimiento informado es considerado como un elemento básico dentro de la psicoterapia, es este caso se toma en cuenta el modelo autonómico mediante el cual, el consultante expresa su deseo de integrarse a un proceso o intervención terapéutica, una vez expuestas las condiciones y las posibilidades alternativas del tratamiento con el principal fin de garantizar el respeto a la autonomía. Franco et al., proponen que el consentimiento informado en psicoterapia debe contener: a) objetivos, b) técnicas a utilizar, c) tipo de terapias alternativas, d) pronóstico habitual, e) información sobre el terapeuta.

Por su parte, Vázquez et al., (2017) afirman que el consentimiento informado en su perfección ético-legal supone respetar principios bioéticos como son la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Principio de beneficencia: Consiste en procurar el mejor interés y el bienestar de una persona como un derecho a la protección de la salud mental y el bienestar físico que contribuyan al ejercicio pleno de las capacidades del consultante.

Principio de no maleficencia: Se refiere a la libertad prescriptiva del psicoterapeuta que otorga discrecionalidad para actuar con fundamento científico en beneficio del consultante considerando sus circunstancias individuales.

Principio de autonomía: Reconoce al consultante la capacidad de apegarse o no a normas establecidas dentro del proceso terapéutico sin la influencia de otras personas.

Principio de justicia: Reconoce que cada consultante tiene la misma dignidad y merece igual respeto y consideración en cualquier circunstancia

El consentimiento informado se anexa en el Apéndice 1.

5.5 Diseño y presentación del caso

Diseñar una intervención psicológica consiste en la planeación acerca de los principios teóricos y técnicas psicológicas que se van a utilizar durante el tratamiento terapéutico por parte del profesional, quien debe estar acreditado para ejercer para que su labor permita ayudar a los consultantes a comprender y superar síntomas o circunstancias que le son adversas por medio de recursos que aporten mejoras a las capacidades personales y relacionales (Bados, 2008).

Por su parte Ferro et al., (2009), aseveran acerca de la conceptualización del caso como un registro en permanente construcción, donde se describen distintas variables esenciales para analizar un caso clínico como son la descripción de conductas, cogniciones y sentimientos relevantes, así como la continua búsqueda y construcción de hipótesis a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico. Kohlenberg & Tsai (2000) consideran que la conceptualización del caso tiene como propósitos principales:

- i) Crear una perspectiva acerca del cómo el consultante ha contribuido a los problemas de vida que tiene actualmente y conocer en qué grado esos problemas han sido adaptativos para que el paciente emprenda nuevas acciones y formas de comportamiento.
- ii) Buscar la identificación de sentimientos, reacciones y actitudes que emergen durante y fuera de las sesiones durante el proceso psicoterapéutico.
- iii) Determinar cuáles son los probables fenómenos cognitivos implicados con los problemas actuales.

En la conceptualización del caso, Kohlenberg & Tsai (2000) sugieren que se incluyan:

- a) Los problemas que tiene el consultante en la vida diaria conceptualizados por el terapeuta
- b) Los hechos relevantes en la historia de vida del consultante que estén implicados en la etiología y permanencia de los síntomas actuales del paciente.
- c) Las situaciones que emergen en las sesiones y en la vida cotidiana del paciente durante el tratamiento psicoterapéutico.
- d) Las cogniciones del consultante que afectan de alguna forma durante el tratamiento como pueden ser ideas, creencias, asunciones y pensamientos automáticos.

El diseño y la conceptualización del caso permiten al terapeuta analizar las diferentes variables implicadas y resumir la información de tal forma que sirva de orientación al profesional durante su ejercicio terapéutico.

5.6.1 Conceptualización del caso

a) Origen:

La consultante, a quien denominaremos Astrid tiene 60 años, está casada desde hace 38 y tiene 6 hijos. Nació en la ciudad de Guadalajara, Jal., de padres originarios de la Región Valles del Estado de Jalisco. Ocupa el sexto lugar de ocho hermanos y actualmente vive en una zona popular dentro del municipio de Guadalajara.

Ella tiene una malformación congénita llamada “Pie valgo” que consiste en el aplanamiento del arco o bóveda plantar. “La causa más frecuente es una alteración en la función del tendón tibial posterior y de los ligamentos que sostienen dicho arco plantar. La deformidad progresa a medida que el daño en el tendón y los ligamentos producen una disminución de su función hasta llegar al punto de la rotura de estos” (Center, 2015). De manera frecuente Astrid experimenta dolor muy intenso e inflamación en la zona interna del pie derecho cuando ha caminado o permaneció de pie por más de un par de horas. El médico expresa que tiene desgaste en los meniscos y ligamentos de la rodilla derecha, por lo que propone llevar a cabo una cirugía para partir el hueso y poderlo realinear.

Ante lo complejo de la intervención quirúrgica, la consultante siente miedo y está tomando tiempo para decidir. El proceso de recuperación postoperatorio puede ser largo y doloroso, Astrid teme no

tener el apoyo de su familia mientras esté convaleciente. Aunado a lo anterior, en la comunidad religiosa a la que asiste, le indicaron no operarse y tener fe en que Dios va a aliviar sus dolores pues está contraindicado modificar el cuerpo de la forma original como Dios la creó. Astrid asocia tener un mayor dolor físico de la pierna cuando aumenta su nivel de estrés, en esas ocasiones se siente devastada y adolorida de la rodilla como si la hubiesen atropellado.

b) Historia de vida:

Ella expresa que a través del tiempo han tenido lugar situaciones de abuso sexual hacia hombres y mujeres de su familia desde la generación de su tatarabuela que en su mayoría fueron ocasionadas por familiares y en menor grado por personas ajenas a la familia. La consultante califica la historia de vida de sus antepasados como muy complicada y señala que desde sus abuelos estuvieron presentes conductas de violencia, abuso y machismo justificadas por el solo hecho de ser hombres, esposos o padres, en tanto se consideraba que las mujeres nacieron para ser madres y no tenían los mismos derechos. Conocer este tipo de historias ha influido en su pensamiento y actuar debido al enojo que siente hacia el sexo masculino.

La relación con su madre fue hostil, considera que fue hija de “esas que caen gordas, de esas que dices a esta pobre ni cómo ayudarla”. Expresa que siempre sintió rechazo de parte de su madre quien mostraba cariño a sus hermanos, pero a ella no. Contrariamente, su padre era atento, jugaba con ella, le consentía y estaba orgulloso por la complexión robusta de Astrid, el sobrepeso significaba para él, salud y poder.

Astrid fue abusada sexualmente a los 9 años por su hermano mayor (A) que tenía 17. Su madre, no le creyó y la obligó a no contar lo sucedido al padre. Durante su niñez ella tuvo una relación muy cercana con su hermano B, lo que le ayudó a para sobrellevar las injusticias por parte de su madre. De manera recurrente vinieron a vivir a su casa, familiares procedentes del campo para buscar oportunidades de trabajo y prosperidad en la ciudad.

a) Familia formada:

A los 23 años, Astrid contrajo matrimonio con C a pesar de que su madre se oponía a la unión por el hábito de tomar alcohol de C. Astrid aun cursaba la escuela preparatoria y decidió pausar sus estudios para apoyar a su esposo quien decidió estudiar Medicina en la universidad pública. Al

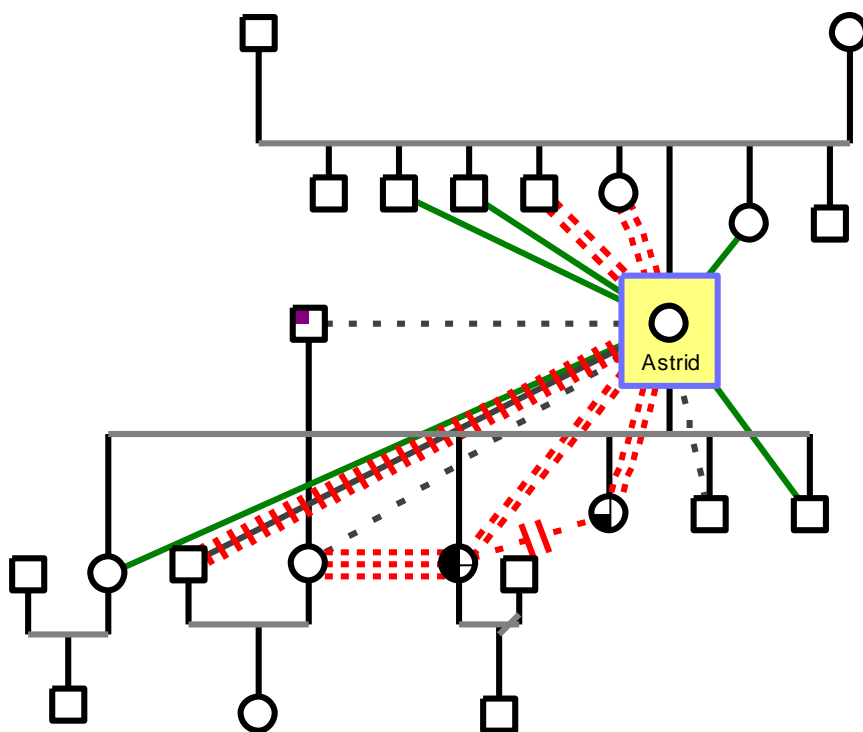
obtener el título de médico, C se dedicó a la profesión un par de años y luego ingresó a trabajar como conductor en una empresa de transportes donde continúa hasta la actualidad.

Sus hijos son cuatro mujeres de 37, 36, 34, 33 años y dos varones cuyas edades son 32 y 30.

Los tres hijos menores continúan viviendo en casa y dependiendo económicamente de Astrid y su esposo C sin mostrar ningún afán por apoyar de alguna forma a sus padres.

A continuación, se expone el genograma donde se evidencian interacciones, creencias, historias y significados que prevalecen en la familia. El genograma es una herramienta que permite reunir y ordenar de manera gráfica a miembros de la familia y sus relaciones en un árbol familiar de al mínimo tres generaciones constituyendo una fuente de hipótesis acerca de cómo un problema puede estar relacionado con el contexto familiar. (McGoldrick & Gerson, 1993).

Genograma:



El genograma es una herramienta que permite al psicoterapeuta representar, la estructura familiar como un grupo en este caso representa la información proporcionada por la consultante al inicio del proceso:

Las relaciones biológicas y legales de la pareja: Astrid está casada con C y mantienen una relación distante y pobre.

El subsistema fraterno (hermanos): está compuesto cinco varones y tres mujeres, Astrid es la sexta hija. La relación con tres de sus hermanos es de armonía y con dos es de discordia y conflicto

El hogar (personas que viven al interior del mismo hogar): en el hogar de Astrid viven sus tres hijos menores de los seis que tiene, ya son adultos y no aportan para los gastos de manutención en el hogar.

Enfermedades y problemas (biológicos y psicosociales): su esposo padece diabetes y la tercera y cuarta hija tienen un diagnóstico de enfermedad mental, una de ellas está en recuperación por consumo de drogas.

Acontecimientos Vitales Estresantes: no refiere episodios recientes.

Recursos familiares, fuentes de apoyo al interior de la familia: Astrid y su esposo solventan la mayor parte de los gastos de la familia en alimentos, de mantenimiento y limpieza de la casa

Relaciones familiares, coaliciones, alianzas, etc.: De manera frecuente hay conflictos entre los padres, entre padres e hijos, entre padre e hija, madre e hijo, madre e hija, hermana a hermana. Astrid refiere relación de Discordia-conflicto con uno de sus yernos y dos de sus hijas y de armonía con su hija mayor y el hijo menor.

Enfermedad, alcoholismo, tabaquismo, diabetes mellitus, asma bronquial, etc.: Su esposo tiene diabetes. Su hija M se encuentra en recuperación por consumo de drogas.

Funcionamiento, crisis familiares, disfunciones familiares: Se presentan de manera recurrente

Estructurales, separación divorcio, familias reconstituidas, familia monoparental: una de sus hijas está separada y dos de ella hijos viven con su hermana.

b) Ámbito laboral:

Al inicio del proceso la consultante trabajaba junto con su hija G y el esposo de ésta, gestionando apoyos para mejorar la vivienda ante una institución gubernamental, ahí recibía una comisión monetaria por cada cliente que obtuviera el apoyo. Por desacuerdos familiares, su hija la despidió del puesto. Estuvo desempleada alrededor de un mes y luego decidió dedicarse al trabajo doméstico en dos domicilios distintos, intercalando días y horarios.

Ante las condiciones laborales y el trato personal que recibía dejó de acudir a dos de las casas donde trabajaba y buscó ocuparse en otras viviendas donde le ofrecieran mejores condiciones. Más tarde regresó a trabajar con su hija G, ahora en la limpieza de la casa. Después atendió tres hogares distintos trabajando seis horas durante cuatro días a la semana en horario matutino y dos días laborando seis horas repartidas en horarios matutino y vespertino.

c) Antecedentes en el proceso:

Ha acudido a terapia de manera intermitente a partir de los 32 años: la primera vez que acudió fue por experimentar celos, luego asistió en tres ocasiones más con el objetivo de atender posibles secuelas de conflictos en su familia de origen. La última vez que estuvo en un proceso terapéutico, luego de seis años su psicoterapeuta le dijo que ya no sabía que hacer y no podía ayudarle más, lo que le hizo pensar a Astrid que su situación no tenía remedio.

d) Antecedentes atención psiquiátrica:

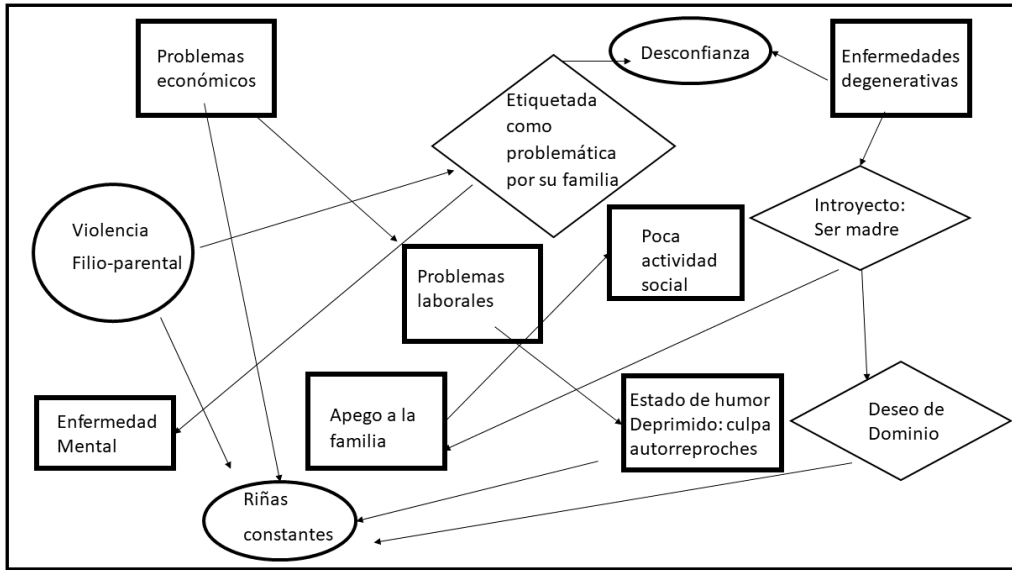
A los 32 años asiste a consulta psicológica porque con frecuencia experimentaba celos y temor de perder a su cónyuge, fue derivada por el psicólogo a recibir atención psiquiátrica donde le diagnosticaron Trastorno depresivo persistente y le recetaron diversos medicamentos antidepressivos. Seis meses después le practican distintas pruebas y el médico psiquiatra afirma que no padece ningún trastorno.

e) Análisis funcional de los problemas:

El análisis funcional como hipótesis dinámica nos permite observar en este caso como están relacionadas las creencias e introyectos de la infancia en las relaciones actuales. La consultante experimenta miedo a ser abandonada por su familia en los momentos más vulnerables que puedan ocurrir debido al envejecimiento o por someterse a la operación que requiere y esto le genera enojo y sentimiento de tristeza de los que no habla con su familia, pero expresa con actitudes no asertivas.

Según Linares (2007) la personalidad puede ser definida como la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente y doblemente contextualizada por un substrato biológico y un marco cultural. La nutrición relacional es un motor que construye la personalidad y comienza desde una narrativa de la que se segrega la identidad, en estrecho contacto con la organización de los sistemas de pertenencia y muy especialmente de la familia de origen espacios donde Astrid no se ha sentido valorada desde niña y hasta la actualidad. Las dos grandes dimensiones que definen la atmósfera relacional de ésta, la conyugalidad y la parentalidad, delimitan la disfuncionalidad. La consultante siente un vacío por no experimentar que tiene un lugar de acuerdo con su jerarquía como madre, lo que es muy importante para ella pues le enseñaron que las mujeres nacieron para ser madres y ella ha creído desde niña que esto representa el sentido de vida de cada mujer, en consecuencia, le abruman tanto las coaliciones entre sus hijos y las palabras y actos que le descartan en sus conductas. El nivel de dependencia emocional que el individuo tenga hacia la familia también determinará su nivel de diferenciación o de autonomía. En la familia se adquieren experiencias significativas en sus miembros lo cual lleva a definir pautas de interacción que son asumidas por los individuos para establecer relaciones con los otros (Minuchin, 1998). Una persona que pertenece a un sistema familiar encuentra significado y relevancia en tanto establece nexos de pertenencia e identidad. Astrid manifiesta conductas desadaptativas y patrones conductuales que no le permiten mantenerse libre de conflictos con su familia, suele actuar de manera irracional usando mecanismos de defensa y otros procesos mentales de manera inconsciente que le llevan a mantener con frecuencia altos niveles de estrés. Identificar el contenido de los distintos elementos que componen el análisis contribuirá a encontrar de manera integrativa los elementos que lleven al cambio.

ANÁLISIS FUNCIONAL:



El análisis funcional nos muestra cómo se relacionan las ideas, los pensamientos y los afectos de la consultante: en una interacción causa-efecto. En los rectángulos están representados las situaciones problemáticas que afectan a la consultante, en los círculos se muestran factores externos y en los rombos están los deseos e introyectos.

5.6.2 Diseño de la intervención.

El diseño de la intervención en este caso es de corte interdisciplinario, desde la formación que promueve la Maestría en Psicoterapia del ITESO.

El enfoque interdisciplinario debe fundamentarse en todo momento en un marco teórico, plantea un ejercicio profesional planeado y riguroso en el acercamiento al aporte que hacen las técnicas y los principios teóricos en relación con el objeto del trabajo terapéutico para ayudar al consultante en la comprensión de sus problemas, la mejora de relaciones y el desarrollo de capacidades individuales. Se considera que las problemáticas subjetivas son cada vez más complejas y un abordaje disciplinar ha dejado de ser suficiente, ahora la propuesta es la concurrencia de diferentes disciplinas como la sociología, la antropología, el arte y la filosofía para comprender mayormente a la persona y su forma de habitar el mundo debido a que el diálogo interdisciplinar toca las dimensiones de la metodología, epistemología, la ética y la teoría (Zohn et al., 2016).

Zohn et al. (2016) agregan que el dialogo interdisciplinario implica interacción con distintos autores, disciplinas y diferentes perspectivas teóricas y metodológicas por lo que presenta un grado de complejidad para el terapeuta quien debe reconocer las diferentes disciplinas que por sí solas no dan cuenta completa de la complejidad del ser humano ni de su realidad.

Bados (2008) agrega que aun cuando los diferentes métodos disciplinares y enfoques psicoterapéuticos tienen importantes diferencias al abordar los síntomas, por ejemplo, emplear una u otra técnica, centrarse en el presente o abordar el pasado o la elección de los factores determinantes de un problema; es posible mencionar que existen factores comunes entre las distintas psicoterapias que es importante mantener dentro de la interdisciplinariedad; un marco que encuadre la formalidad del proceso, una relación de confianza entre consultante y terapeuta, empatía, apoyo, aceptación positiva incondicional, credibilidad, autenticidad, competencia del psicoterapeuta, jerarquía que permita al terapeuta dar al consultante la responsabilidad para asumir su proceso y acuerdos terapeuta- paciente para establecer de manera conjuntas los objetivos terapéuticos.

5.6.2.1 Diagnóstico y etiología

La consultante siente un vacío por no experimentar que tiene un lugar de acuerdo con su jerarquía como madre, lo que es muy importante para ella pues le enseñaron que las mujeres nacieron para ser madres y ella ha creído desde niña que esto representa el sentido de vida de cada mujer, en consecuencia, le abruman tanto las coaliciones entre sus hijos y las palabras y actos que le descartan en sus conductas. El nivel de dependencia emocional que el individuo tenga hacia la familia también determinará su nivel de diferenciación o de autonomía. En la familia se adquieren experiencias significativas en sus miembros lo cual lleva a definir pautas de interacción que son asumidas por los individuos para establecer relaciones con los otros (Minuchin, 1998). Una persona que pertenece a un sistema familiar encuentra significado y relevancia en tanto establece nexos de pertenencia e identidad.

5.6.2.2 Objetivos terapéuticos

Buscar que la consultante logre un cambio en el significado que otorga a los sucesos cotidianos internos y externos. Manejo de perspectivas limitantes.

5.6.2.3 Plan de tratamiento

Fase 1: Conceptualización: diagnóstico, relación terapéutica

Las primeras cuatro sesiones estuvieron enfocadas acoger y orientar a la consultante, así como de encuadrar el proceso psicoterapéutico para clarificar y definir los papeles y las responsabilidades que se asumen en la relación. Se dio a conocer el Aviso de Privacidad y se solicitó firmar el Conocimiento Informado. Otros cometidos dentro de estas sesiones fueron facilitar un clima de confianza, favorecer la expresión de las necesidades de ayuda de la consultante y se formularon las preguntas para la elaboración de la Entrevista Inicial que es parte del protocolo del Proyecto Presencia.

Fase 2: Tratamiento.

Se llevó a cabo un análisis multidimensional (Corsi, 2005) y a partir de ahí se elaboró una lista de problemáticas de las distintas dimensiones para trabajar en cada sesión

DIMENSIÓN INTERACCIONAL	Ella es etiquetada como problemática por su familia. Relación intensa entre las personas de su familia. Comunicación paradójica. Comunicación descalificadora. Rechazo directo. Crítica y desaprobación de su madre. Apego a la familia. Relación distante con sus hermanos.
DIMENSIÓN CONDUCTUAL	Exigencias del contexto que le estresan: relación con su familia. Actitud hostil de sus hijos Actitud agresiva de Astrid Peleas constantes
DIMENSIÓN PSICODINAMICA	Miedo a envejecer y nadie le apoye Anhelo de tranquilidad y espacio Anhelo de paz Deseo de tener valor para su familia generando mayores bienes materiales Deseo de reconocimiento Deseo de identidad
DIMENSIÓN COGNITIVA	Piensa que no podrá tener un trabajo Piensa que pronto podría enfermar Preocupación al pensar en las actitudes y decisiones de los hijos Pensamientos que generan culpa al no haber guiado de manera correcta a sus hijos

En cada sesión se han trabajado distintos temas atendiendo a las problemáticas presentadas por la consultante. Se trabaja por objetivos sin embargo hay sesiones en que se ha atendido a lo emergente presentado por la consultante.

Fase 3: Cierre y seguimiento

Como era esperado, a lo largo del proceso la consultante fue mostrando progreso en la modificación de percepciones acerca de los síntomas planteados en las primeras sesiones, mejorando sus estados emocionales. La consultante puso énfasis en el cuidado de si, lo que repercutió en un mayor bienestar físico y emocional.

Se llevó a cabo una sesión de cierre donde se evidenciaron los cambios logrados y su mérito personal.

VI. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de la intervención psicoterapéutica que se han obtenido a partir del análisis del habla entre consultante y psicoterapeuta en un proceso de terapia encaminado hacia la resignificación de la identidad de una consultante que atraviesa el final de la mediana edad. Se conceptualizaron los patrones comunicacionales contenidos en las transcripciones textuales de ocho sesiones audio grabadas tratando de mantener una perspectiva dialógica que reconoce el micro-proceso en que da lugar el cambio y considera la noción de performatividad del lenguaje que admite que al decir algo, se está haciendo algo (Valdés, et al., 2010; Krause, et al., 2006).

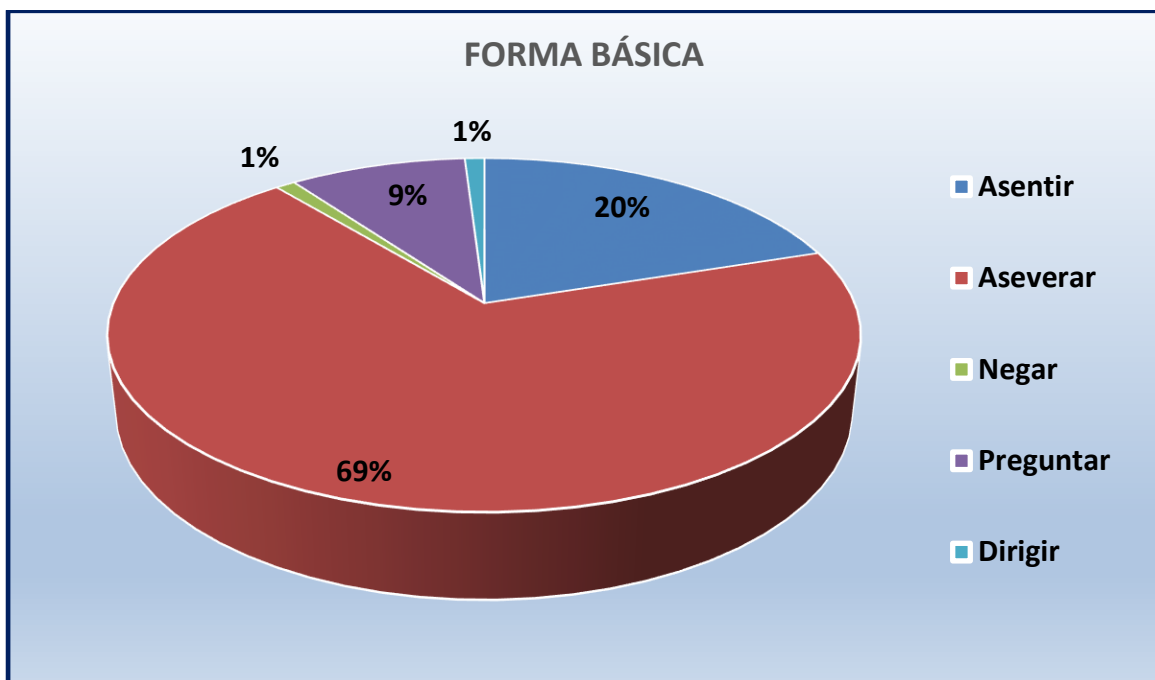
El capítulo se integra de la siguiente manera: el apartado 6.1 “Dominancia discursiva general entre Consultante y Terapeuta” muestra los resultados íntegros obtenidos a través de la codificación de la acción comunicacional tanto del terapeuta como de la consultante, a excepción del apartado Dominancia Técnica que presenta resultados de las acciones comunicacionales únicamente de la terapeuta llevados a cabo con el SCAT-1.0 para identificar las verbalizaciones, los mecanismos y las acciones implicadas en el proceso psicoterapéutico. Por último, se presenta una interpretación clínica del contenido de episodios entre consultante y terapeuta, llevada a cabo con los Indicadores de Cambio Genérico (Krause et al., 2006): En la parte 6.2 “Dominancia del ámbito acción que contribuye a la resignificación” se exponen los turnos de palabra relacionados con las conductas que contribuyeron a la resignificación de identidad de la consultante; la sección 6.3 “Expresión cognitiva verbal durante la resignificación en psicoterapia” expone las verbalizaciones encontradas que están relacionadas con las ideas y pensamientos de la consultante mediante los cuales se puede inferir la presencia de nuevos significados en su identidad. Por último, en la sección el apartado 6.4 “Expresión del ámbito emocional durante la resignificación de una consultante” expone las conversaciones que refieren contenidos emocionales que influyeron en los cambios de significados relacionados con la identidad en la consultante.

6.1 Dominancia discursiva general entre consultante y terapeuta

A continuación, se presentan las gráficas que muestran el conjunto de las acciones comunicacionales y su dominancia en la construcción dialógica entre consultante y terapeuta durante las sesiones, luego se exponen los porcentajes de dominancia de cada categoría y se explican considerando en primer lugar las verbalizaciones que fueron referidas un mayor número de veces. Como ya se mencionó anteriormente los tipos de acciones comunicacionales son analizados en las dimensiones Forma básica, Intención de la comunicación y Técnica mientras que el contenido se considera en las dimensiones Ámbito y Referencia. (Krause, et al., 2009) y en este caso, a través de los resultados se pudieron reconocer algunas particularidades del diálogo y la relación terapéutica durante el proceso terapéutico.

En la Gráfica 1. Forma Básica, se muestra la clasificación de la estructura formal de las verbalizaciones realizadas por los hablantes a través de las categorías *Asentir*, *Negar*, *Aseverar*, *Dirigir* y *Preguntar*.

Gráfica 1. Forma Básica



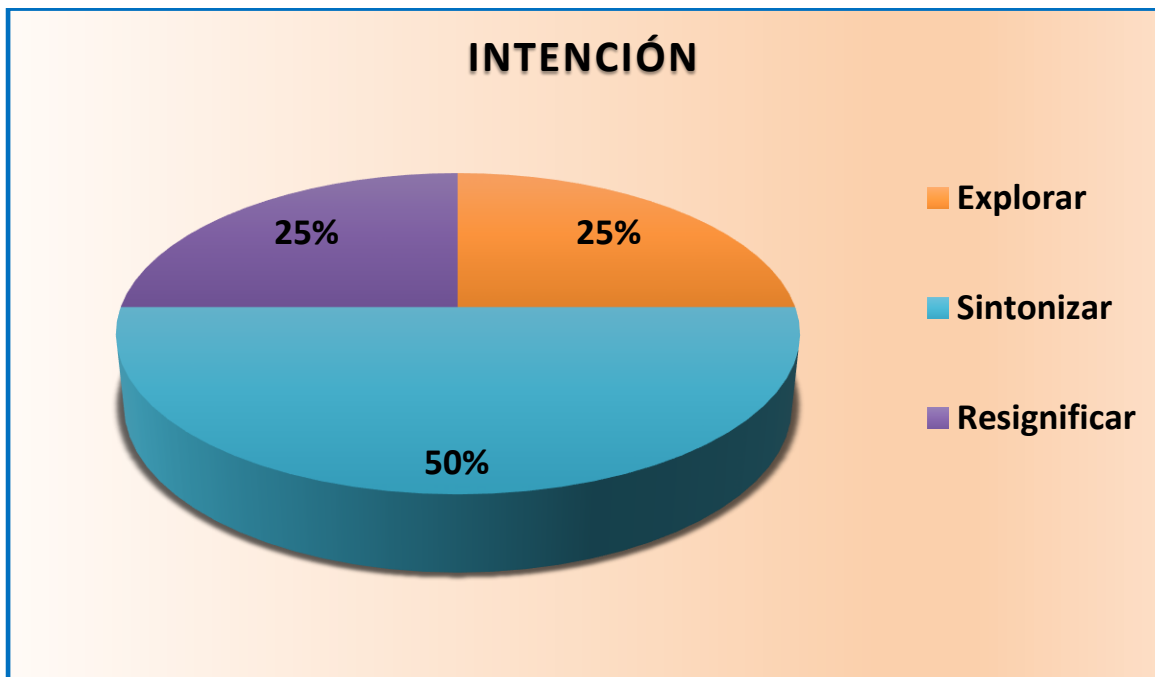
La categoría con mayor dominancia fue *Aseverar* (69%) refiere los momentos en que consultante o terapeuta hicieron una afirmación o aseguraron algo pretendiendo que su expresión adquiriera la calidad de verdadera. Se considera factible que esta dominancia estuvo relacionada con la expresión precisa de lo que estaba ocurriendo a los hablantes, lo que sintieron en un determinado momento durante la sesión con respecto a sí mismos o con respecto a la relación terapéutica. Fueron verbalizaciones expresadas de manera directa dando la posibilidad a quien emitió de asumir la responsabilidad de lo que implica su verbalización (Perpiñá, 2012) y además se observó que las aseveraciones de la consultante, estuvieron relacionadas con una manera clara, específica y concreta de abordar sus vivencias, tratando de comunicar los significados y sentimientos que hasta ese momento representaban sus experiencias permitiendo al terapeuta conocer cada vez más acerca del mundo interior de la consultante (Giordani, 1997).

En segundo lugar, de dominancia está posicionada la categoría de *Asentir* (20%) que se refiere a admitir como adecuado o cierto lo que se ha dicho, esta forma básica permitió confirmar un mensaje y también expresar que se estaba prestando atención, escucha y validación a lo que decía la parte emisora. *Preguntar* (9%) comprende interrogar acerca de cierta información. Mediante esta acción comunicacional se facultó la corroboración de haber entendido un mensaje y seguir explorando en la información que proporcionó el otro (Perpiñá, 2012). *Dirigir* (1%) tiene que ver con los momentos en que se orientó al consultante a efectuar una acción comportamental, cognitiva o emocional y por último al *Negar* (1%) no se aceptó lo que el otro dijo. Cabe mencionar que ejemplos de estas interacciones comunicacionales se presentarán en los apartados posteriores.

Acerca del análisis del discurso terapéutico mediante la exploración de las Formas Básicas Fernández et al., (2012) exponen que, en los momentos de cambio de los significados del consultante, el psicoterapeuta usa con más frecuencia la aseveración y la negación (más propositivo) mientras que los pacientes asienten más (receptivo) haciendo contraste con los momentos donde no se observa cambio donde el terapeuta asiente más y niega y asevera con menor frecuencia. No existe duda acerca de lo que la teoría expresa acerca de la influencia que tiene el uso de las formas básicas en el proceso de cambio de la consultante, sin embargo, en este caso parece ser una particularidad del dialogo con una persona adulta quien usa la aseveración como un recurso cuando comparte cómo han sido sus vivencias, tratando de expresar lo que para ella es una

razón convincente sin que necesariamente deba ser reconocido como verdad por el terapeuta pero si como una forma de adentrarse en el mundo interno del paciente.

Gráfica 2. Intención

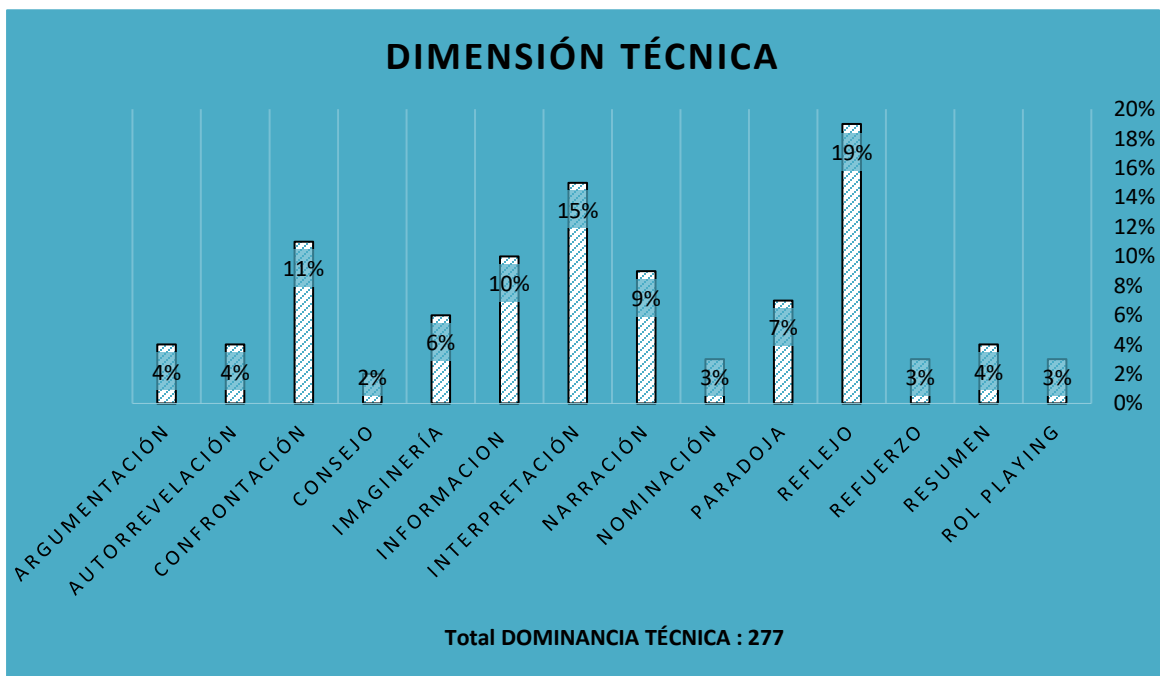


En la Gráfica 2, se representa la Intención con los siguientes resultados obtenidos: la acción comunicacional *Sintonizar* (50%) se ejecutó para dar retroalimentación, armonizar con el otro, intentar ser comprendido, para expresar la comprensión y además, para orientar hacia una postura de equilibrio desde la expresión de la consideración positiva incondicional que dio lugar a que la consultante no se sintiera ignorada, ni tampoco agobiada por muestras de un afecto excesivo por parte de la terapeuta con el objetivo de mantener de continuo en la consultante, la posibilidad de que se conociera y se explorara de forma cada vez más profunda (Giordano, 1997). De manera conjunta, *Explorar* (25%) ayudó a recabar y clarificar información objetiva y *Resignificar* (25%)

abarcó las acciones comunicacionales que se hicieron con el fin de consolidar o construir cambios en los cuales se trató de que la consultante consiguiera ver y aceptar significados internos más verdaderos y además que experimentara en ella, la capacidad de poder afrontar o superar una situación.

La revisión de esta dimensión permitió el dar cuenta que el terapeuta hizo mayor uso de las intenciones Explorar y Resignificar, en tanto que el consultante mostró mayor tendencia a Sintonizar. La dimensión intención permite reconocer los propósitos comunicacionales de quien hace uso de la palabra durante el diálogo terapéutico. (Valdés et al., 2011).

Gráfica 3. Dimensión Técnica



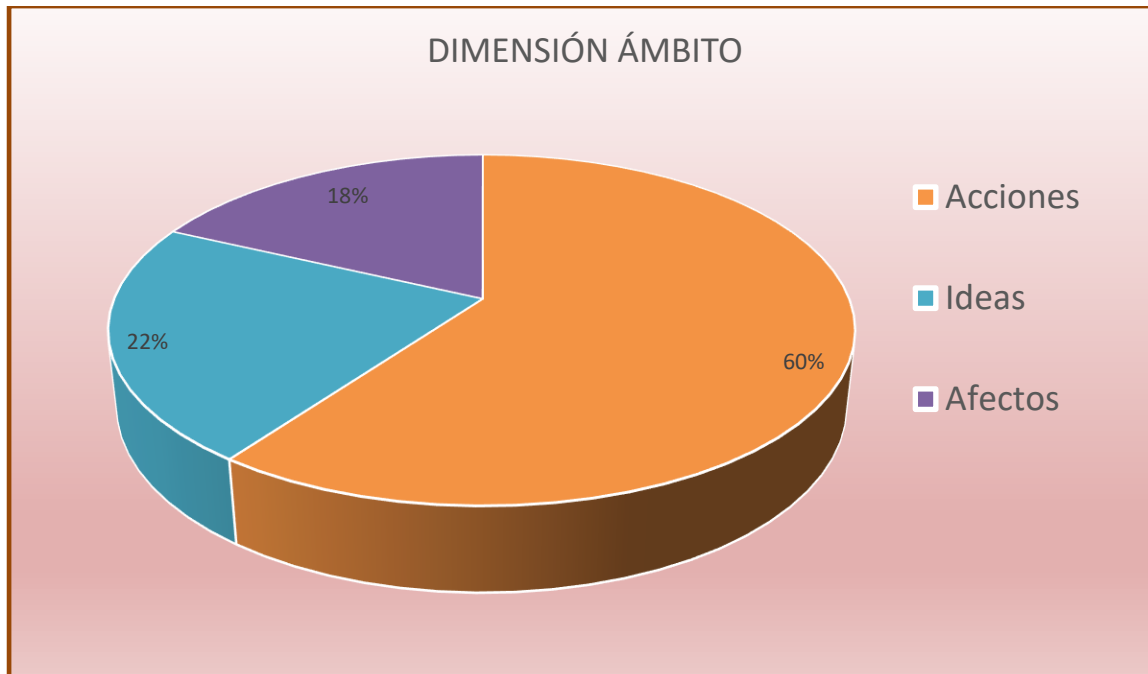
La Gráfica 3 muestra la Dominancia Técnica que hace alusión al uso de algunas técnicas psicoterapéuticas y otras pertenecientes a la comunicación ordinaria. Cabe recordar que, para efecto del análisis de este apartado, se codificaron únicamente las acciones comunicacionales de la terapeuta.

La categoría con mayor porcentaje fue el *Reflejo* (19%) evidenciando las verbalizaciones en que la terapeuta hizo mención acerca del tono emocional, la expresión de sentimientos o acerca de cómo se siente la consultante con respecto al contenido de sus mensajes. Todo ello, con el propósito de que la consultante se sintiera comprendida, animarle a que expresara más sentimientos y ayudarle a manejarlos, o que agudice la comprensión de sus sentimientos. (Cormier y Cormier, 2000). En segundo lugar de dominancia, la *Interpretación* (15%) como respuesta de acción que presenta una hipótesis que establece o asocia relaciones causales entre hechos, ideas o conductas de la consultante. La interpretación se presenta como una destreza que supone el entendimiento y la comunicación del significado de los mensajes que expresa la consultante y tiene como propósito conducir a la introspección precursora del cambio (Cormier y Cormier, 2000).

Se presentó en tercer lugar la *Confrontación* (11%) que en coincidencia de lo que afirman Cormier y Cormier (2000), es una respuesta verbal que se atribuye a la descripción de mensajes mixtos, conflictos y discrepancias en los sentimientos y acciones de la consultante para contribuir a que ella tomara conciencia de las inconsistencias y lograra examinar las consecuencias de sus acciones en lugar de solo defenderlas.

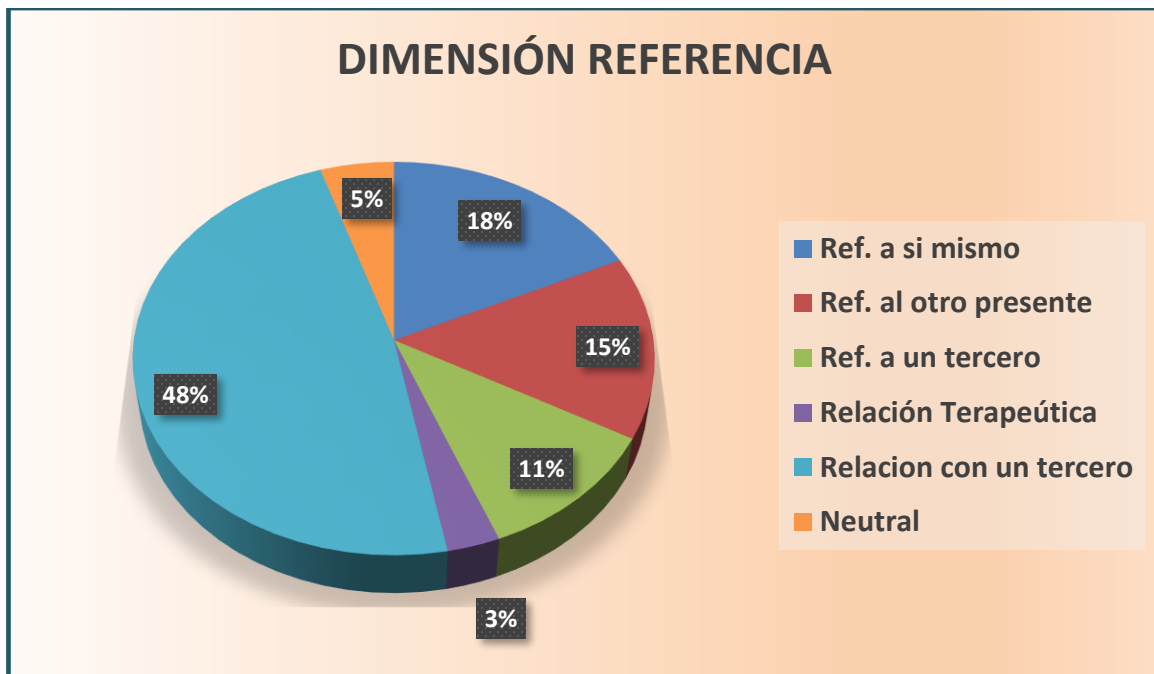
Valdés et al. (2011), han encontrado que los terapeutas recurren tradicionalmente al *Reflejo*, la *Interpretación* y a la *Confrontación* con mayor recurrencia como sucede en este caso. El uso del *Reflejo* requiere que la terapeuta capte la información y los mensajes revelados por la consultante que de manera directa o indirecta expresan sus preocupaciones, situaciones y sentimientos para luego evidenciarle, una forma que tiene de ver su mundo. La *Interpretación* y la *confrontación*, como respuestas de acción (Cormier y Cormier, 2000), ofrecen la posibilidad de que la consultante considere nuevas perspectivas acerca de sí misma y su entorno.

Gráfica 4. Ámbito



La Gráfica 4. *Ámbito* se refiere a analizar si el objeto de trabajo pertenece al mundo de las emociones (*Afectos*), del comportamiento (*Acciones*) o cognitivo (*de las ideas*), en la conversación de la consultante y terapeuta se hizo referencia a lo que pensaban, sentían o habían hecho. Las *Acciones* (60%) tuvieron la mayor dominancia por medio de acciones comunicacionales en que a través de verbos, las hablantes se refirieron acciones llevadas a cabo o por realizar; las *Ideas* (22%) ocuparon el segundo lugar de dominancia en donde se expresaron las representaciones que tienen los hablantes de un comportamiento específico. Los *afectos* (18%) mostraron cuando el objeto del trabajo terapéutico compete al mundo de las emociones y fueron utilizados principalmente por la consultante para expresar afectos y sentimientos. El diálogo por parte de los consultantes durante el proceso de terapia se centra más en el ámbito cognitivo donde se expresan las ideas, seguidos por la expresión de emociones y finalmente por el ámbito de las acciones, posiblemente ambos hablantes además de reflejar la consistencia en la conversación también ponen sobre la mesa el objeto de trabajo motivo de la terapia. (Valdés et al., 2011).

Gráfica 5. Referencia.



Por último, la Gráfica 5, Referencia; alude al protagonista desde el punto de vista de quien habla, *Relación con un tercero* (48%) alcanzó la mayor dominancia debido principalmente a las descripciones que hizo la consultante acerca de las interacciones con sus personas significativas. En este rubro, ella describió cómo es su relación con el esposo, con sus hijos, hermanos y con las personas con quienes labora. La *Referencia a sí misma*, en segundo lugar (18%) mostró las acciones comunicacionales en las que principalmente la consultante habló en primera persona acerca de sus creencias, pensamientos, opiniones, comportamientos e ideas. En tercer lugar, de dominancia está la *Referencia al otro presente* (15%) ya sea a terapeuta o consultante dependiendo de quien emitía el mensaje, fueron verbalizaciones en segunda persona.

Valdés et al. (2011) opinan que la dimensión *Referencia* suele ser un indicador de la sintonía y la asimetría comunicacional entre ambos hablantes y además concluyeron que los terapeutas hablan con más frecuencia acerca del consultante y la relación terapéutica, en tanto el consultante habla de su relación con los otros, de terceras personas y sobre sí mismo, lo cual concuerda con lo encontrado en este análisis.

La exposición de los resultados en esta sección permite dar una mirada panorámica de las múltiples dimensiones y complejidad de la interacción comunicativa en psicoterapia desde dos elementos:

- a) La consideración del lenguaje como la principal herramienta terapéutica a través de la cual se lleva a cabo la interacción entre distintos posicionamientos del yo, (Martínez, 2011) que construye el cambio en psicoterapia conformado por modificaciones en los patrones de explicación e interpretación subjetivos que van llevando al desarrollo de nuevas teorías para comprenderse a sí mismo y se elaboran a través de las verbalizaciones del consultante y terapeuta (Krause, 2005). En este caso, los cambios van dando lugar a la resignificación de la identidad de la consultante.

- b) Tomando en cuenta que “decir algo, es hacer algo”, el terapeuta puede constatar que surgen algunas características particulares en el estilo de alianza terapéutica y el relieve que tiene la interacción verbal sobre la misma. Se dá cuenta de un polimorfismo donde se conservan los elementos principales que siguen situando al consultante como centro del proceso desde el ejercicio de una psicoterapia interdisciplinar.

En suma, los resultados generales obtenidos a partir del SCAT 1.0 que se han enunciado, facilitan al psicoterapeuta examinar las verbalizaciones, actitudes y disposición en el ejercicio profesional originadas por la manera de ser y la implicación personal independientemente de los requerimientos particulares que demande la intervención y del enfoque teórico que se utilice.

6.2 Dominancia del ámbito acción que contribuye a la resignificación

Cuando se trata de llevar a cabo la codificación del ámbito acción de los turnos de palabra mediante el SCAT 1.0, quien codifica suele abstraerse de lo que se dijo textualmente y preguntarse ¿De qué está hablando? ¿A qué se refiere? Si la respuesta evoca un acto, entonces corresponde a esta dimensión e indica que el objeto de trabajo terapéutico se ha centrado en una conducta (Krause et al., 2009).

A continuación, se muestran algunos episodios de cambio donde la consultante evoca acciones que aportaron a la resignificación de su identidad. Para elegir estos momentos de cambio se buscó que cumplieran con los criterios de i) *correspondencia teórica*: los momentos de cambio tienen coincidencia con alguno de los 19 Indicadores de Cambio Genéricos (ICG) de Krause et al., (2006) (Apéndice 2); ii) *verificabilidad*: los cambios fueron observables durante la sesión terapéutica de

lo contrario si fueron extra-sesión, debieron ser mencionados por la consultante, *iii) novedad:* indica que el cambio se presentó por primera vez, y por último *iv) consistencia:* concordancia entre lo expresado verbalmente y los códigos no verbales de la consultante además que lo dicho en un momento de cambio no se contradijo posteriormente.

Para delimitar los momentos de cambio se buscó dónde comenzaban y se eligió para presentar, el momento culminante de cada episodio, es importante mencionar que al tratarse de una psicoterapia interdisciplinar se hizo una validación intersubjetiva, es decir, sin hacer diferenciación entre múltiples enfoques teóricos (Krause et al., 2006).

Para presentar en esta sección los momentos de cambio que implicaron acción se utilizó la jerarquía de los indicadores de cambio que concuerdan con el momento del proceso terapéutico, los primeros indicadores se relacionan con la aceptación de los límites propios y de la necesidad de ayuda. Esta viñeta corresponde con los indicadores de primer nivel del listado de los ICG:

Durante la segunda sesión del proceso se le preguntó a la consultante si tomaba algún medicamento como parte de los datos necesarios para integrar su expediente, ella responde que sí toma una pastilla como remedio para el insomnio que le aqueja:

C: Si, lo que tomo para dormir es Hidroxicina

T: Recuerdo que me dijiste que te lo recetó el médico

C: si, para dormir me recetó la mitad de una capsulita y si descanso bien cuando me la tomo.

T: ¿Te recetaron algún otro medicamento además de la Hidroxicina?

C: Si, antes me habían dado la Fluoxetina, que me la tomé por un tiempo

T: ¿Ese medicamento también era para dormir? ¿Crees que el médico tenga que aumentar los medicamentos o sus dosis en un futuro cercano?

C: Ese era para la depresión, pero ya no lo tomo porque yo dije, la depresión se tiene que arreglar cuando vengo a terapia, ese es mi punto de vista.

T: ¿Y has notado algún cambio a partir de que vienes a terapia con respecto a la depresión?

C: Si, ya no la tomo y tampoco ya no he vuelto al seguro, ya no me siento de la manera cómo estaba antes, porque antes nomás estaba chilla y chilla. Si, ¿sabes?, el hecho de venir a platicar me deja con una especie de alivio y aparte voy reflexionando y voy haciendo cambios en mi actitud. Cuando salgo de aquí me voy pensando en los cambios que quiero hacer y me voy viendo las tiendas y eso

me distrae. Entonces es como si se complementara el alivio de la terapia con caminar un poco después de la terapia.

Este episodio coincide con el Indicador 4: “Expresión de esperanza (remoralización) a través de la expectativa de ser ayudado”. La consultante menciona acciones como suprimir la dependencia a medicamentos para dormir. Como antecedente, el médico había dejado de prescribir somníferos y le sugirió buscar opciones distintas y ella se negaba a hacerlo; también menciona el acto de venir a terapia como un beneficio que contribuyó a sentirse mejor y a la disminución de la conducta de llanto y por último cuenta cómo relaciona la acción de caminar como complemento a la terapia.

Como ya se ha dicho, los IGC se conectan con la evolución del proceso (Krause et al., 2006). El siguiente momento tiene que ver con el segundo nivel de los IGC donde se establecieron nuevas relaciones entre aspectos de sí misma con el entorno ya sean sucesos o personas (Indicador 11), tal es el caso del momento donde la consultante habló acerca de su afán por cumplir con “sus deberes de cuidado hacia los demás y de ser madre” mencionado en algunas ocasiones le confronta y en otras ha guiado su actuar dejando de lado la atención y el cuidado de sí misma.

C: Trabajo haciendo el aseo en la casa de mi hija, porque siento que tengo el compromiso de ayudarle a cuidar a mis nietos, los hijos de mi otra hija, aunque no me gusta trabajar ahí y me queda muy lejos de casa, es una forma de estar cerca de ellos y hacerle más ligera la carga a mis dos hijas.

T: ¿Ajá? Está muy presente en ti esa parte como de asumir responsabilidades. Y me parece que con tu hija B es con quien más te sucede.

C: Si, pero también me hartó, sabes que quiero trabajar y que nadie me interrumpa en mi rollo y mis cosas. Pero mis nietos oyen abuelita y oye y oye y chin, a mí ya se me acabó la pila con esa preguntadera. Sigo ahí por el cariño hacia las nietas. Y a veces digo ya vayan a la chingada. Déjenme en paz.

T: Comprendo cómo te sientes al asumir que tienes responsabilidad por tus nietos.

C: Si recuerdo cuando estuve yendo al curso de las empoderadas ahí es donde nos dijeron, fue una abogada la que nos dio una plática en una de las sesiones y nos dijo que a falta de padres abuelos. Y a mí me suena algo así como de ver que los nietos no se queden a la deriva y a veces pienso pues cuánto tiempo uno puede hacerlo.

T: Entiendo esta incertidumbre de no saber cuánto tiempo puedes mantenerte así, dando apoyo a tus nietos. Sobre todo, porque esto contribuye a que te sientas estresada.

C: si, si a veces me siento cansada y no tengo energías. A veces me pongo cada chinga en mi trabajo, me puse una chinga, pero a gusto, muchas veces disfruto de mi trabajo, con mucha frecuencia y me siento orgullosa de haber dejado así las alacenas tan chidas y cuando llego a casa me preguntan ¿y cómo te fue mamá en tu trabajo? digo bien, pero, lo digo así entre dientes, no estoy acostumbrada a decir que me fué muy bien, o sea yo soy de las que dice, me costó mucho trabajo.

T: ¿Por qué será Tere? ¿Por qué lo harás así?

C: ¿Para qué? Yo me pregunto ¿Por qué he vivido así de esa manera?

T: ¿y qué respondes?

C: Que, si no lo sufro, no vale

Las circunstancias y creencias expuestas por la consultante de mediana edad durante este segmento del diálogo, coinciden con algunos de los estereotipos e ideas que prevalecen en torno a las personas que actualmente tienen alrededor de 60 años que las define como una generación que creció con límites definidos y aspiraciones claras que priorizaban el cuidado, los estudios, el matrimonio y tener hijos (González & Raya, 2017). Se puede establecer una conexión entre las creencias procedentes de su contexto con la idea de la generatividad recordando a Erikson (1950) quien propuso que las personas de mediana edad se ocupen principalmente de sus necesidades centrándose en sí mismas dejando un poco de lado las cuestiones externas y las relaciones sociales, sin embargo, estudios más recientes han reconceptualizado la generatividad como la capacidad de las personas mayores para mantener su autonomía y seguir alcanzando logros y dar sentido a lo vivido (Villar et al., 2013). Astrid expresó un interés generativo proveniente de introyectos como este de “a falta de padres, abuelos”; esto llevó a buscar dentro del proceso, nuevas acciones que contribuyeran además de ayudar y cuidar a los otros a la realización y sentido de vida de la consultante que no tenga que pasar por el filtro del sufrimiento validar su generatividad.

Un tercer momento significativo alude al tercer nivel en la lista de indicadores y tiene que ver con la acción de traer a terapia una fotografía donde se aprecia a Astrid siendo bebé en los brazos de su madre, al lado de su padre y rodeada por el resto de sus hermanos:

C: Ah se me olvidaba quiero enseñarte una fotografía es muy importante que enseñarte. Es que desde que recibí esa foto pensé en traerla a la terapia. Desde que vi esa foto.

T: Qué bonita fotografía

C: Desde que recibí esta foto estoy con algo aquí adentro qué me emociono mucho, algo que yo ni pensaba ya volver a ver. Tener una foto mía me dio mucho gusto. Sí y es lo que decían el bebé que está ahí está muy bonito ¿Quién es? y les dije yo soy yo soy y este, y sigo estando bonita.

T: y veo que te sientes muy emocionada al verte así tan chiquita. ¿Cuál emoción sientes al verte así tan pequeña?

C: Mucha alegría, al estar en los brazos de mi mamá. Ahí sí, está mi lugar del que hablábamos del que creí que nunca tuve un lugar. Que creí que no me había dado un lugar. Toda mi vida, pensé que yo no tenía nunca un lugar con ella. Mi madre siempre me reclamó que desde que nació se desangró. Que yo nació y me llevaron y a ella la dejaron ahí sin atención como si hubiera sido mi culpa. Veo a mi papá muy complacido, él me decía que él sabía cuándo mi mamá quería tener niña, y cuando yo iba a nacer quería tener niña y mi padre decía que él estaba muy complacido. yo ahí veo a mi padre complacido y me veo feliz en los brazos de ella.

T: Dile a esta pequeña lo que me acabas de decir ahorita.

C: Astrid, te estoy viendo que si tienes un lugar en la familia, que estás en los brazos de mamá. Si, y que tengo tres hermanos, pero aquí yo estoy con mi mamá. A mí me tiene abrazada ahorita, y ahí siento ese calorcito que yo creí que nunca había sentido y aquí tengo una evidencia de que si me abrazaste algún día mamá. Tere, y a ti que te gusta tanto suponer, aquí no aplica. aquí lo estoy viendo.

Este momento de cambio es una representación del Indicador 19 que habla de la construcción subjetiva de una teoría fundada biográficamente acerca de sí misma y en relación con el entorno. El episodio nos presenta un cambio subjetivo propiciado por elementos no subjetivos como las acciones de traer la fotografía a terapia y llevar a cabo una intervención que consistió en la observación y descripción de esta.

Las acciones implicadas en los momentos de cambio durante este proceso muestran una generatividad en tránsito que va desde las creencias que prevalecen acerca de la mujer como cuidadora y proveedora de bienestar de sus descendientes hacia la generación de mujeres adultas que están desafiando las creencias tradicionales asociadas al envejecimiento femenino. Igualmente, cabe mencionar que las acciones resignifican cuando la consultante opta ir en la dirección hacia un envejecimiento saludable y activo en lugar de mantenerse bajo el efecto de los medicamentos que inducen al sueño y cuando logra acceder a un nuevo significado acerca del amor de su madre a través de la intervención con el uso de una fotografía.

6.3 Expresión cognitiva verbal durante la resignificación en psicoterapia

Este episodio tiene que ver con la descripción de momentos que son significativos para el cambio y la resignificación en la consultante relacionados con las ideas y pensamientos expresados verbalmente. Para codificar los turnos de palabra en el ámbito *Ideas* durante la interpretación del ejercicio terapéutico, el codificador se cuestionó cual es la representación que tenía la consultante acerca los comportamientos expresados mediante el fragmento del diálogo seleccionado. Para ello se hizo uso de la conjunción causal “porque” (Krause et al., 2009).

Fueron utilizados los mismos criterios explicados en la sección 6.2: correspondencia teórica, consistencia, verificabilidad y novedad. De la misma forma, los momentos del cambio fueron delimitados revisando de manera retrospectiva para buscar donde comenzaba cada momento relevante y que tuviera coincidencia con algunos de los IGC (Krause et al., 2006).

Al principio del proceso, Astrid expresó que las diferentes problemáticas que ocurrían en su familia eran causa del estrés que fue motivo de consulta. Una de las situaciones que más le causaban angustia era la situación de su nieta, quien no puede vivir con su madre por restricción judicial y a la consultante no le gustaba que la menor viviera sola con su padre debido no le daba la atención y el cuidado como ella pensaba que debería de ser. Entre Astrid y el papá de su nieta hubo varios conflictos y ella comenzó a tener episodios de ansiedad después de cada pelea.

C: Mi yerno me llamó y me dijo fíjese que no voy a acceder a lo que usted quiere y yo me puse tan enojada que empecé con la ansiedad y el estrés a todo lo que dá y le dije que iba a ir por mi nieta.

T: ¿Qué fundamento tienes para decirle que le quitarás a la niña, si él es su papá? ¿Tú has imaginado todo lo que tendría que hacer el papá de tu nieta para complacerte en lo que le pides para la niña?

C: No lo había pensado, pero es difícil que lo pueda cumplir, siendo papá soltero que trabaja y cuida a la niña. Mejor lo voy a dejar que se la lleve en paz y me quedo yo en paz.

T: ¿Has pensado qué te enoja tanto?

C: si

T: ¿Qué pasaría si dejaras de ser tú quien comience las peleas? me parece que con tu cambio de actitud tu nieta será la más beneficiada al no estar en medio de constantes peleas.

C: Si, pensándolo bien tengo que recapacitar que él es papá soltero y también por lo que mi hija no hace, porque tienes razón ahí mi nieta es la que sale bailando, la otra vez me dijo el problema abuelita es que en esta familia todos son muy explosivos. Le dije es cierto vamos a tratar, yo voy a tratar de no pelear más. Esta situación es lo que nos tocó en la vida y con eso tenemos que vivir, qué mejor que yo esté aliado con su papá para que la niña esté bien. Mejor me hago a la idea de que esto nos tocó vivir, es con lo que hay que seguir adelante cada vez mejor yo lo tomo como una enseñanza de vida.

Este momento hace conexión con el Indicador 7: que se refiere a reconocer la implicación propia que se tiene en los problemas, luego de que Astrid reflexiona acerca de su forma de pensar acerca del papá de su nieta y toma conciencia de las circunstancias difíciles que el hombre atraviesa surge una nueva interpretación subjetiva acerca de lo que debiera hacer él, en consecuencia, dice que dejó de estar sobre pensando problemas. Krause et al., (2004) aseveran que los procesos cognitivos tienen gran aporte en la explicación de los momentos de cambio y en la integración de las distintas teorías de intervención de psicoterapia debido a las múltiples interpretaciones dentro de conceptos como estructura cognitiva profundo y representación o esquema cognitivos que no solamente funcionan para reflejar los cambios sino también es donde se producen los cambios.

El siguiente momento corresponde al Indicador 10 que es aparición de momentos de competencia.

C: Cuando llegamos a la playa mi esposo me dijo ay, ¿A dónde me trajiste? Y eso me tiene con cierta molestia, porque soy yo la que pagó, tengo sentimiento encontrados

T: Platícame

C: Es por dos cosas la primera porque se sienta tan merecedor de que lo lleve y él no gasta y cómo me lo dice a dónde me viniste a traer.

T: ¿Cuál es la segunda cosa?

C: Porque también yo pienso que he tratado de seguir con el matrimonio, aunque no haya sido un buen matrimonio, como yo creía haber sido y el luego algo que me viene de todo esto es que yo creo que ya debería de haberme ido a vivir sola.

T: ¿cómo piensas que es un buen matrimonio?

C: Pues que no, pues que fuera el que tomar esas iniciativas de decir haber vamos a hacer esto, vamos a decidir juntos, nos vamos a ir a la playa, vamos a decidir juntos la vida y yo estarlo apoyando y entonces yo pienso y me digo ¿Cómo está esto del machismo? el mío, el nuestro porque también de repente, me sentí en esta situación de decirle mira cabrón, mira yo puedo pagar, yo puedo.

T: ¿Cuál es el sentido de decírselo? ¿También puedes decirte a ti misma yo puedo?

C: Eso no lo había reflexionado, decirme que también puedo y sí, yo también puedo con lo que me propongo.

Aquí se pone en evidencia la expectativa de la consultante acerca de lo que piensa que es un buen matrimonio, ella comenta que eso nunca se lo cuestionó antes, que eso de hablar del machismo es algo más de hoy sin embargo cree que debe haber más equidad en la relación de pareja. Un ejemplo de la transformación cognitiva y la representación que ella había tenido acerca del matrimonio.

Los cambios de tipo cognitivo como la autopercepción crítica de los consultantes y el experimentar dudas o cuestionamientos acerca de sus creencias consideradas como inmutables y verdaderas conllevan a la expresión de las necesidades de cambio y poco a poco llevan al consultante a aceptar su responsabilidad para descubrir nuevos aspectos de sí mismo por ello se considera que los cambios cognitivos dan lugar a nuevas acciones y emociones más saludables (Krause et al., 2002).

6.4 Expresión del ámbito emocional durante la resignificación de una consultante

Se describen momentos asociados al cambio compuestos por verbalizaciones que refieren afectos o emociones. Krause et al., (2006) confirman que cada cliente que llega a solicitar ayuda terapéutica presenta un cuadro de desmoralización explicada como baja autoestima, sentimientos de desamparo o falta de sentido de vida. Los autores mencionados se han encontrado que ante esos síntomas corresponde encontrar remoralización, rehabilitación y construcciones de sentimientos de competencia. Por medio de verbos y adverbios emocionales como lamentablemente, tristemente, alegrar, enfadar, enojar y otros, se puede dar cuenta que el objeto del trabajo terapéutico concierne prioritariamente al mundo de afectos.

C: Me siento muy enojada, como que, si también me resistiera o durante muchos años me he resistido a no ser alguien con título, a no ser alguien con la capacidad que con tantas cosas que sé yo debía haber ejercido algo con título. Eso era lo que yo me estaba lamentando, castigando y preguntando siempre.

T: ¿Y qué sería? ¿Frustración? ¿Enojo?

C: Enojo

T: Enojo y ¿entonces castigarte? ¿sufriendo las cosas que pasan?

C: Es que yo trabajo mucho, uy no trabajo muchísimo, soy tan trabajadora, cómo trabajo.

T: A ver si lo entiendo: ¿sería algo así como Astrid, no lograste un título, entonces sufre?

C: Fue por lo que me dijo y como me lo dijo mi padre, por lo menos de criada, esas palabras digo mira que viejo tan cabrón, por qué me dijo que, o sea por qué me minimizó tanto. ¿Por qué me hizo sentir que hay por lo menos de chacha?

T: Me dices este viejo me dijo y coincidencia a eso te estás dedicando al cuidado y limpieza del hogar ¿sería como una profecía eso? ¿Qué tu cumpliste?

C: si a lo mejor, en la última reunión que tuve con mi hermano me di cuenta de que a él también le dijo, aunque sea de cargador en abastos porque yo no puedo pagarte una carrera y este si logró una carrera con su trabajo. Y entonces yo digo, Mario si se puso las pilas.

La consultante volvió a hacer referencia a este episodio es sesiones posteriores aseverando que ya no sentía el mismo coraje hacia su padre, sino que había reconocido que el trabajo era parte de los valores de su padre y en ese medio donde se desarrollaron era común que las personas se dedicaran a trabajar en ese y otros oficios.

Un episodio de dialogo que muestra el descontento de Astrid ante las circunstancias de su presente:

C: Yo creo que me he desviado de estar viviendo en mi presente y de disfrutarlo, me agobio, me causa frustración y pienso y ahora que voy a hacer y ahora para dónde voy a ir

T. Te causa agobio el presente

C: si

T: y además te causa frustración

C: si

T: ¿Será porque no estás plenamente en el presente?

C: si, y porque siempre estoy dudando y pensando y si pasa esto o lo otro, y si esto y así.

En este pequeño segmento la consultante reconoce que ha hecho parte de sus actitudes el no centrarse en el aquí y ahora, luego de una mayor indagación en terapia acerca del tema se advierte que siente desesperanza hacia el futuro lo cual coincide con las dudas que tiene acerca de su estabilidad económica, familiar y de pareja pues no se siente apoyada y le causa sufrimiento porque está envejeciendo.

En el presente trabajo se ha indagado acerca de las cogniciones, conductas y emociones que permiten inferir la resignificación en la identidad de una mujer durante la mediana edad. Inicialmente, se buscó definir desde un sentido práctico para esta tarea, la noción de mediana edad y se encontró que no existe un acuerdo preciso al respecto, si bien Erikson (2000) consideró la etapa entre los 40 y 60 años, lo que prevalece es el fundamento de un período donde la persona comienza a anticipar su envejecimiento, que conlleva especificidades como el incremento en la interioridad, replantear lo vivido y la idea de la muerte más cercana que antes (Sande, 2018).

Como se afirmó arriba, el análisis de las verbalizaciones se llevó a cabo por medio del SCAT 1.0 en conjunto con la Teoría de los Actos del Habla donde se codificaron los turnos de palabra transcritos textualmente con los propósitos de identificar las dimensiones de Influencia y Contenido y de reconocer la cualidad performativa del lenguaje del diálogo durante este proceso. Sin embargo, cabe recordar la influencia que tuvieron también la condición polisémica de las palabras y los significados que éstas tienen de acuerdo con el contexto donde emergen (Bisquerra, 2000). Aludiendo a la observación por parte de la terapeuta del lenguaje no verbal y la comunicación analógica de la consultante, se infiere que no solo lo complejo de los estados emocionales dificulta su expresión y definición precisa sino también, como lo menciona Vecina (2006), hablar de emociones, conductas y pensamientos como entidades independientes podría no coincidir con la experiencia emocional de la persona, pero se consideró así para la facilitación de este estudio de caso.

A continuación, se presentan diferentes variables categorizadas dentro de los apartados: a) Situaciones cotidianas de la consultante, b) Historia relevante y c) Situaciones emergentes durante la sesión (Kohlenberg y Tsai, 2000) a través de las cuales se infiere la reestructuración cognitiva, emocional y conductual de la consultante.

Desde el proceso terapéutico se identificaron las siguientes cogniciones que fueron claves para el análisis clínico:

- a) *Situaciones cotidianas de la consultante:* Creencia de que a su familia le gusta ridiculizarla, pensamientos de autodesprecio, pensamientos recurrentes relacionados con su historia que la hacen sentir mal (episodios con la madre, el padre, los hermanos y la pareja), pensamientos catastróficos relacionados con la edad, pérdida y falta de apoyo de sus familiares, pensamientos de la propia muerte cercana; cree que no sabe como mantener relaciones duraderas con otras personas y pensamiento generalizado acerca de que todos los hombres son infieles.
- b) *Historia relevante:* pensamiento centrado en la historia de rechazo de su madre, creencia de ser el bote de basura de su mamá, introyecto de haber nacido para ser madre, cree que no hay explicación aparente para que la hayan corrido de dos lugares donde trabajó, introyecto de estar destinada a trabajar limpiando casas.
- c) *Fenómenos emergentes durante la sesión:* creencias negativas acerca de si misma como poca autoestima y personalidad desagradable, creencia de ser incapaz de cambiar para mejorar, desconocimiento acerca de lo que realmente le está pasando.

Entre las conductas que se infiere lograron ser resignificadas están:

- a) *Situaciones cotidianas de la consultante:* Crisis de irritabilidad, agresión verbal y física hacia su familia, cambio constante de trabajo debido a abusos por parte de sus empleadores, crisis de llanto sin motivo aparente, insomnio y en consecuencia pasar toda la noche haciendo uso del celular, crisis de ansiedad, sedentarismo, no acude a citas para revisión médica y prevalece el abuso en la ingesta de comida.
- b) *Historia relevante:* Mala relación con su madre desde que tiene memoria, mala relación con su esposo, violación y abuso sexual a su persona y de manera recurrente entre miembros de su familia, hijas con diagnóstico de enfermedad mental, acude a terapia luego que su anterior terapeuta la corrió e inhibe su sexualidad porque su esposo le dijo que ya es vieja.
- c) *Fenómenos emergentes durante la sesión:* De manera repetitiva cuenta historias donde fue agredida o ridiculizada, da cuenta de sus afanes en mantener económicamente a sus hijos mayores de edad, evade instrucciones de la terapeuta cuando se lleva a cabo alguna

actividad de introspección dentro de la sesión, cuando se presenta una situación aversiva, cambia de tema, se queja de la familia nuclear y formada que le tocó.

En cuanto a emociones, la consultante presentó este contenido como problemáticas para el análisis:

- a) *Situaciones cotidianas de la consultante:* Siente enojo hacia su esposo por sus conductas machistas, siente resentimiento hacia su madre por el trato que le dio desde niña, experimenta odio hacia el hermano que la violó, frustración por envejecer y ver reducidas sus capacidades físicas, tristeza ante pocas oportunidades laborales.
- b) *Historia relevante:* Tristeza y desesperanza por la relación con su madre, falta de autoestima, culpa y enojo en las relaciones con sus familiares, frustración por no terminar sus estudios como lo planeó, desprecio hacia dos de sus hermanas.
- c) *Fenómenos emergentes durante la sesión:* falta de esperanza en la terapia, miedo a las críticas de los otros, miedo a no ser capaz de moverse por sí misma, temor a depender de sus hijos, anulación de sus sentimientos y no los expresa.

A lo largo de las sesiones, se fueron fijando objetivos a partir del resultado de las intervenciones y el diálogo (Kohlenberg y Tsai, 2000., Ferro, et al., 2009). He aquí algunos:

<p>Objetivos extra- sesión:</p> <p>Cambios deseados para la vida de la consultante</p>	<p>Objetivos en la sesión:</p> <p>Cambios intra-sesión</p>
<p style="text-align: center;">Ámbito de los Pensamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reducir ansiedad ✓ Decosntruir el concepto de envejecimiento ✓ La generatividad no es olvidarse de su bienestar <p style="text-align: center;">Ámbito de las Conductas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar las relaciones con los miembros de su familia 	<p style="text-align: center;">Ámbito de los Pensamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocer lo que piensa ✓ Reflexionar acerca de la veracidad de lo que supone ✓ Participar en las dinámicas de introspección sin evitación <p style="text-align: center;">Ámbito de las Conductas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresar sus emociones

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudiar curso básico de computación y uso de redes sociales ✓ Cuidado médico y mantenimiento de la salud ✓ Cambiar a un entorno laboral más saludable ✓ Encontrar un sentido para la vida ✓ Comunicarse de manera asertiva ✓ Disminuir la agresividad. ✓ Permitirse disfrutar su sexualidad ✓ Hacer ejercicio ✓ Acercarse a participar en reuniones sociales <p style="text-align: center;">Ámbito de las Emociones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Darse cuenta del sentimiento implicado en cada situación ✓ Cada emoción tiene una función 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminuir la evasión ante los contenidos aversivos ✓ Disminuir los bloqueos de comunicación <p style="text-align: center;">Ámbito de las Emociones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocer y sentir sus emociones ✓ Experimentarse relajada durante la sesión ✓ Validar lo que siente
---	--

El cumplimiento de los objetivos se logró dentro del marco de una psicoterapia interdisciplinaria a partir de la aplicación de recursos que son comunes entre distintos enfoques terapéuticos como la empatía, validación, credibilidad, aceptación positiva incondicional, la relación terapéutica de confianza, el encuadre del proceso que delimite el proceso, el deseo del terapeuta y la posición asimétrica que permite al profesional posicionarse desde donde puede incitar al consultante al cambio (Bados, 2008). Simultáneamente, se puede objetar que la interdisciplinariedad representa un reto para los psicoterapeutas noveles, como en este caso, para encontrar la intervención adecuada en el momento justo y demanda conocimientos de cada modelo terapéutico por encima de lo superficial, por lo que se considera conveniente cuestionarse de manera individual, como habrá de estructurar el terapeuta el propio modelo de psicoterapia interdisciplinaria más específico y operacionalmente centrado en el cambio.

VII. Conclusiones y propuestas

La mujer de mediana edad reconoce que su vida tiene un significado y paradójicamente busca asumir las pérdidas que trae el envejecimiento. Ante los cambios físicos, sociales y psicológicos necesita reconfigurar su identidad y vida, busca ser útil a los demás como una necesidad subjetiva para sentirse mejor y experimenta de manera primordial atender a la liberación de los roles internalizados desde la interrelación dinámica del pasado, presente y el futuro (Sande, 2018).

En concordancia con lo que asevera Rodríguez et al., (2010) se propone que la intervención psicológica con mujeres adultas de mediana edad atienda a sus necesidades desde una perspectiva integral que contribuya a mejorar su calidad de vida y se adapte a las nuevas vejezes emergentes para entender la complejidad de su situación con la consideración de que todas las personas poseen dignidad y derechos y posee características singulares: valores, creencias, personalidad, discapacidades, fortalezas y enfermedades que deben ser reconocidas y respetadas por el terapeuta. Cada persona tiene derecho a ser validada por ser única y distinta.

Hacia la creación de un modelo terapéutico integral para las mujeres de mediana edad

Diseñar un modelo de intervención psicoterapéutico para mujeres de mediana edad implica considerar algunos desafíos y problemáticas únicas:

- i. El nivel socioeconómico: influye en el tipo de relación con sus familiares, si tiene recursos como ingresos ´por pensión o ahorros puede llegar a tomar algunas decisiones como elegir en quiere gastar su dinero e inclusive a representar ayuda para sus descendientes. Al contrario, suele enfrentar inseguridad financiera lo que se traduce en depender económicamente de su familia y en llegar a sentir una carga para ellos. Además, es importante considerar que el nivel financiero influye en si se tiene o no acceso a recibir terapia psicológica y en la duración del proceso.
- ii. La salud y el bienestar: en la mujer de mediana edad se ven impactados ante el padecimiento por alguna discapacidad y otros problemas de salud, enfermedades

crónicas como diabetes, osteoporosis o hipertensión entre otras, pueden afectar a su salud mental originando síntomas que llevan a la ansiedad y depresión.

- iii. La violencia de género: que padecen algunas mujeres de mediana edad se puede presentar en distintas formas, abuso doméstico, económico, físico, laboral, sexual por parte de sus parejas, familiares y otras personas. El estigma social les lleva a sentirse inferiores (Profecía Autocumplida).
- iv. Algunas situaciones familiares particulares como el nido vacío, el nido abarrotado, ser cuidadora de sus padres, nietos o de otros familiares. Cabe considerar también que, en la actualidad, existen mujeres de mediana edad que se quedan con la custodia de sus nietos ante la desaparición por violencia de los padres de los menores. Todo lo anterior llega a generar mayor estrés, mas carga de trabajo y mayor gasto de energía.
- v. El acceso a la tecnología provoca en algunas mujeres de mediana edad, dificultades ya que limita su capacidad para integrarse a la vida moderna por ejemplo para acceder a servicios en línea o mantener conexión con familiares.
- vi. El valor que se da socialmente a la belleza y a la juventud suelen llevar a la mujer de mediana edad a experimentar dificultades con la autoimagen y la autoestima causando preocupaciones ante el envejecer, la apariencia física y la valía personal.
- vii. Los duelos por pérdidas de familiares y amigos se vuelven mas frecuentes ante el envejecimiento

Durante la adultez media, las mujeres resignifican su yo de distintas maneras; surgen reflexiones acerca quienes son realmente, qué valores consideran importantes y cómo quieren vivir el resto de sus vidas. Sus prioridades van cambiando y sus metas se van reconfigurando, se enfrentan a duelos, a la muerte de familiares y amigos cercanos, al envejecimiento y a sus limitaciones. La autoestima y el autoconcepto suelen cambiar debido a los múltiples desafíos que van enfrentando. Asimismo, reflexionan en la relación entre pasado, presente y futuro y acerca de la influencia que tiene su historia de vida en la identidad actual y cómo las vivencias actuales pueden mediar su futuro.

En terapia, explorar acerca de la identidad personal y los diferentes roles que tiene la mujer de mediana edad, contribuye al desarrollo de la autoconciencia. La consultante puede analizar como han cambiado sus metas y objetivos al paso del tiempo y la manera en que en que estos han influido en cómo se siente y quién es. Conviene incluir dentro de la psicoterapia trabajar para que la consultante aprenda a gestionar sus emociones cuando no cuenta con ese recurso, para que pueda tomar mejores decisiones para actuar. Una

mayor aceptación de las realidades y pérdidas que van ocurriendo en la actualidad junto con la integración de vivencias pasadas contribuirán a la construcción de un sentido más significativo y satisfactorio de la identidad en el presente.

Para evidenciar el cambio en los significados en la forma en que una mujer de mediana edad percibe y da sentido a su experiencia, se presentan algunos cambios cognitivos cuando la consultante comienza a cuestionar las creencias que tenía acerca de sí y del mundo que la rodea. Esto influye en la modificación de valores, significados de vida y objetivos, en el desarrollo de nuevas perspectivas acerca de los síntomas, problemas y experiencias pasadas inclusive es evidente en la aceptación de ciertas realidades que antes le eran difíciles de aceptar.

A través de este estudio de caso se presentaron algunas acciones por parte de la consultante como fueron la disposición creciente a explorar nuevas formas de sentir, pensar y actuar, compromiso con su asistencia a las sesiones, motivación y cumplimiento con las tareas sugeridas y la compasión para aceptar con responsabilidad las decisiones tomadas en el pasado sin juzgarse. A medida que avanza el proceso terapéutico, la consultante puede reconocer y validar sus emociones, dándose permiso para sentir y para identificar patrones emocionales que han perseverado al paso del tiempo. Asimismo, se presentan avances en la expresión emocional, se anima y toma la iniciativa para compartirlas de distintas formas por considerar el espacio psicoterapéutico como un lugar seguro. En este caso a través de un poema y de la narración acerca de una fotografía familiar.

En resumen, a través de los cambios en las cogniciones, emociones y conductas se evidencia que el proceso psicoterapéutico para la mujer de mediana edad puede convertirse en una experiencia transformadora donde se pueden descubrir nuevas formas de vivir una vida más plena.

VIII. Referencias

- Arístegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J. I., Krause, M., Vilches, O., Tomicic, A., & Ramírez, I. (2009). Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2),277-289. ISSN: 0120-0534. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511496007>
- Aristegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., de la Parra, G., BenDov, P., Dagnino, P., Echávarri, O., & Valdés, N. (2004). Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 22(2),131-143. ISSN: 0716-6184. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522204>
- Austin, J.L. (1990). Como hacer cosas con palabras. España. Editorial Paidós
- Bados, A. (2008) *La intervención psicológica: características y modelos*. Universitat de Barcelona
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis
- Bordignon, N.A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2),50-63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
- Bustos, B.A. (2017). Profesionales, trayectorias y uso del tiempo. Egresadas de la Universidad de Guadalajara. *La ventana. Revista de estudios de género*, 5(45), 269-305. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362017000100269&lng=es&tlng=es.
- Casari, L., Ison, M., Albanesi, S. y Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento psicológico*, 15(1), 7-17. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.FEPT

- Castilla, A. & Castilla, M.L. (2001). El consentimiento informado en psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (80), 23-35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000400003&lng=es&tlng=es.
- Cervone, N., Luzzi, A., Slapak, S. (2009). Estrategias Metodológicas en la Investigación Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII (2),157-176. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921792006>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020. “Perspectivas de la población mundial 2019: metodología de las Naciones Unidas para las estimaciones y proyecciones de población”, serie *Población y Desarrollo*, N° 132. Chile. Consultado el 20 de diciembre de 2022 en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45989-perspectivas-la-poblacion-mundial-2019-metodologia-naciones-unidas-estimaciones>
- Comisión Interamericana de Mujeres (2020). *COVID-19 en la vida de las mujeres: Razones para reconocer los impactos diferenciados*. Organización de los Estados Americanos. Consultado el 20 de abril de 2022 en <https://www.oas.org/es/cim/RepositorioCOVID-19.asp>
- Consejo Nacional de Población. Datos Abiertos. *Indicadores demográficos 1950-2050*. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html
- Cloninger, S. (2016) *Teorías de la personalidad*. (3ra. Ed.) Pearson Educación: México.
- Coffey, A. (2003). *Encontrar el sentido de los datos cualitativos*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía.
- Cormier, W. y Cormier, L. (2000). Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo -conductuales. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. México: Paidós
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Erikson, E. (1970). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Hormé
- Fernández, Olga, Herrera, Pablo, Krause, Mariane, Pérez, Janet Carola, Valdés, Nelson, Vilches, Oriana, & Tomicic, Alemka. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en

- Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia psicológica*, 30(2), 5-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200001>
- Ferro, R., Valero, L., López, M. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 255-264. ISSN: 0214-7823. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811790009>
- Freixas, A. (1991). Autopercepción del proceso de envejecimiento en la mujer entre 50 y 60 años. *Anuario de Psicología*, 50 (3). 67-78.
- García, J., García, P., González, M. (2018). Cuando se deja de hacer pie. Notas sobre cultura moderna, crisis de sentido vital y psicopatología. *Revista de Psicoterapia*, 29(109) 147-167.
- González, A., Raya, L. (2017). Generatividad en adultos mayores mexicanos: asociación entre interés y comportamientos generativos. *Psicología y Salud*, Vol. 27, Núm. 1: 79-88
- González J. (2018). El caso como herramienta metodológica, ¿viene al caso? En T. Z. Muldoon, E. N. G. Gómez, & R. E. Rosas (Eds.), *Los estudios de caso en psicoterapia: desafíos y posibilidades* (1ra. ed., pp. 249–280). ITESO. <https://doi.org/10.2307/j.ctvj2wfz.11>
- Guzmán Olea, E., Maya Pérez, E., López Romero, D., Torres Poveda, K. J., Madrid Marina, V., Pimentel-Pérez, B. M., & Agis Juárez, R. A. (2017). Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. *Salud & Sociedad*, 8(1), 010–020. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2017.0001.00001>
- Hernández-Sampieri, R y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill Education
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018) *Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, ENASEM 2018*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2018/>
- Kaholokula, Joseph Keawe'aimoku, Godoy, Antonio, O'Brien, William H., Haynes, Stephen N., & Gavino, Aurora. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Kohlenberg, R., Tsai, M. (2000). Radical Behavioral Help for Katrina Cognitive and Behavioral Practice 7, 500- 505.

- Krause, M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetiva a través de la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 7, 29-43
- Krause, M., Aristegui, R. & De La Parra, G. (2002). *Hacia una práctica efectiva en psicoterapia: estudio de episodios de cambio relevantes, en diferentes tipos de psicoterapia, y sus efectos en los resultados terapéuticos* (Proyecto FONDECYT N°: 1030482). Santiago, Chile: CONICYT.
- Krause, M., de la Parra, G. & Aristegui, R. (2006). *Hacia una práctica efectiva en psicoterapia: estudio de episodios de cambio relevantes en diferentes tipos de psicoterapia y sus efectos en los resultados terapéuticos* (Proyecto FONDECYT 1030482). Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., Valdés, N., & Tomicic, A. (2009). *Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT): Manual de Procedimiento*. Proyecto Fondecyt N°1080136, Psychotherapy and Change Chilean Research Program. Manuscrito sin publicar.
- Lorena, L. (2018). *Interiorización de los estereotipos de género en la sociedad argentina y el ideal de belleza en los mensajes publicitarios*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Consultado el 03 de febrero de 2023 en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=151492>
- Malavé, B. (2020). *La mediana edad de la vida y su relación con el sentimiento de culpa*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica Argentina, 2020 Consultado el 4 de febrero de 2023 en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/11640>
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (Síntesis conceptual). *Revista IIPSI*. Vol. 9. No. 1. Pp. 123-146. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf
- Martínez, C. (2011). *Regulación mutua y dialogicidad en psicoterapia*. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1993). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa, S. A.

- Monje Álvarez, C. (2011). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Guía didáctica. Libro didáctico de metodología de la investigación en ciencias sociales elaborado durante el año sabático concedido por la Universidad Surcolombiana al docente*. Recuperado de: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Montes de Oca, 2013. *El enfoque de la vejez ha cambiado a través de los años*. Boletín UNAM-DGC S-600. Ciudad Universitaria. UNAM
- Moreno, J., Hess, C., Schönfeld, F., Rodríguez, L. (2022) *Generatividad. Noción clave para la comprensión de la vida adulta y la vejez*. Paraná: Facultad "Teresa de Ávila". Centro de Investigación Interdisciplinar en Valores, Integración y Desarrollo Social, 2022. (Cuadernos de Psicología y Psicopedagogía; 9)
- Morse, J. M. y P. A. Field (1995). *Métodos de investigación cualitativa para profesionales de la salud*. Thousand Oak, CA: Sagepub. Recuperado en: <https://www.iecs.org.ar/investigacion-cualitativa/>
- Moya Pardo, C., (2008). Algunas ideas posmodernas acerca del lenguaje. Forma y función, (21), 167-188. ISSN: 0120-338X. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21911525008>
- Muñoz Espinosa, I., & Salgado Gómez, P. (2006). Ocupaciones de tiempo libre: Una aproximación desde la perspectiva de los ciclos vitales, desarrollo y necesidades humanas. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 22(2), 259–265. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2006.110>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Envejecimiento y salud*. Consultado el 27 de febrero de 2022 en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud (2020) *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible*. Ginebra. Consultado en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338072>

- Papalia, D. E., Martorell, G., & Estévez Casellas, C. (2017). *Desarrollo humano* (13a ed.). México, D. F.: McGraw Hill.
- Pérez, J.C., & Valdés, N., & Krause, M., & Tomicic, A. (2010). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX (2),117-130. [fecha de Consulta 3 de abril de 2022]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921801002>
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Pirámide
- Pezzano, Gina (2001). *Rogers, su pensamiento profesional y su filosofía personal*. Psicología desde el Caribe, (7),60-69. [fecha de Consulta 22 de abril de 2022]. ISSN: 0123-417X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300705>
- Pinsker, J. (2020). When Does Someone Become ‘Old’? It’s surprisingly hard to find a good term for people in late life. *The Atlantic*. Consultado el 15 de marzo de 2021 en <https://www.theatlantic.com/family/archive/2020/01/old-people-older-elderly-middle-age/605590>
- Ramos, V., Piqueras, J., Martínez, A., Oblitas, L. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento. *Terapia psicológica*, 27(2), 227-237. Consultado en <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200008>
- Rauda, A., Gutiérrez, C. (2021) *Esquema de desniveles*. Manuscrito sin publicar. México
- Rodríguez, A., Valderrama, L., Molina., J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25),246-258. ISSN: 0123-417X. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106011>
- Rogers, C. (1985). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Argentina. Nueva visión.
- Roussos, Andrés J. (2007). El diseño de caso único en investigación en Psicología Clínica, un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica*

Psicológica, XVI (3),261-270. [fecha de Consulta 17 de marzo de 2022]. ISSN: 0327-6716.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>

Sande Muletaber, S. (2019) ¿De qué hablamos cuando hablamos de mediana edad? Anatomía del sujeto envejeciente. En Paredes, M. y Montero, L. (Editorial Teseo). *Desde la niñez a la vejez. Nuevos desafíos para la comprensión de la sociología de las edades*. Asociación Latinoamericana de Sociología. Buenos Aires.

Sandoval, E., Serra, E. y García, O. (2020). *Nuevas miradas en psicología del ciclo vital*. Santiago de Chile: Ril Editores – Universidad Autónoma de Chile.

Sandoval Ovando, E., Zacarés, J. (2020). Generatividad y Desarrollo Adulto. En Eduardo Sandoval-Obando, Emilia Serra Desfilis y Oscar F. García. *Nuevas miradas en psicología del ciclo vital*. Santiago de Chile: Ril Editores – Universidad Autónoma de Chile.

Santos, M., Gomes, W. (2010) Self dialógico: teoría e pesquisa. *Psicología em estudo*. 000363138. ISSN 1413-7372. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/psicologia-em-estudo/articulo/self-dialogico-teoria-e-pesquisa>

Scandar, M. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*, Vol. 14, N° 1, pp. 69–84. Disponible en: <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/335/135> (Enlaces a un sitio externo.)

Singman de Volgelfander, L. (2019). *Cuando el cuerpo interpela al tiempo y se abre al porvenir. Ponencia presentada en la Asociación Psicoanalítica Argentina*

Soliveréz, V., Arias, C. y Pantusa, J. (2018). *La relación con la pareja en la mediana edad. Aportes para la comprensión de los cambios desde una perspectiva cualitativa. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Storbeck, J., Clore, G. (2007). On the interdependence of cognition and emotion. *Cognition and Emotion*, 21, 1212-1237.

- Urbano, C. y Yuni, J. (2016). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Valdés, N., Krause, M., & Álamo, N. (2011). ¿Qué Dicen y Cómo lo Dicen?: Análisis de la comunicación verbal de pacientes y terapeutas en episodios de cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX (1), 15-28.
- Valdés, N., & Tomicic, A., & Pérez, J.C., & Krause, M. (2010). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX (2), 117-130. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921801002.pdf>
- Vecina, M.L. (2006). Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27, 9-17.
- Villar, F. (2012). Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer. *Información Psicológica*, 104, 30-56. Disponible en: <https://docer.com.ar/doc/sv01esx>
- Villar, Feliciano, López, Olatz, & Celdrán, Montserrat. (2013). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*, 29(3), 897-906. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.145171>
- Zacarés J., Serra, E. (1998). *La madurez personal: perspectivas desde la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Zapata Farías, H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología*, 10(1), Pág. 189-197. doi:10.5354/0719-0581.2001.18562
- Zohn, T.; Gómez, E. y Enríquez. R. (coords.) (2016). *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Guadalajara, Jalisco: ITESO

IX Apéndices

Apéndice 1.

AVISO DE PRIVACIDAD-PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA

Tlaquepaque, Jal. a de de

(Nombre del/la psicoterapeuta en formación)

Presente

Por medio de la presente, expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las sesiones de psicoterapia y que esta información sea vista, escuchada y comentada con las y los profesores y sus compañeros(as) de clases de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Entiendo que el propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que usted pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información 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, usted dejaría de audio/video grabar y comentar con sus profesoras(es) y compañeros(as) lo tratado en mis sesiones de psicoterapia.

AVISO DE PRIVACIDAD

ITESO, a través del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia recabó tus datos personales y personales sensibles como consultante del servicio de psicoterapia proporcionado por los alumnos de este programa educativo, con el fin de abrir un expediente de tu caso para llevar un adecuado seguimiento del proceso de psicoterapia; grabar mediante audio y video las conversaciones de las sesiones de psicoterapia en las que se participa, ver, escuchar y comentar la información audio-video grabada con los alumnos compañeros y los profesores de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Estos datos personales y personales sensibles serán resguardados en los archivos (físicos y electrónicos) que se encuentran en el Departamento de Psicología, Educación y Salud o en el Centro Polanco del ITESO. La información que se utilice para la supervisión de los casos, será tratada en forma confidencial y anónima.

Derechos ARCO:

El ITESO, por conducto de la Coordinación de la Maestría en Psicoterapia, te informa que, acepta iniciar, desarrollar y concluir las sesiones de psicoterapia que hemos convenido. El ITESO te informa y notifica que el total o partes de dichas sesiones serán video/audio-grabadas con fines profesionales y educativos. El ITESO asume que tales video/audio-grabaciones, contienen datos personales y personales sensibles, cuyo titular es quién como consultante, suscribe este convenio. Asimismo, el ITESO te informa y notifica que conforme a la ley de la materia en vigor, tienes el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), respecto de tus datos personales y personales sensibles contenidos en dicho video/audio-grabación, y en caso que desees ejercerlos, serás atendido en la oficina de la Directora del Departamento de Psicología, Educación y Salud, por la señorita AURORA RODRIGUEZ, en horas hábiles y conforme a las prevenciones y requisitos establecidos en el Capítulo IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en vigor. (Teléfono 3669 3451).

Por otra parte, quien suscribe, consultante y receptor de los servicios de psicoterapia que prestará el ITESO por medio de la Maestría en Psicoterapia, declaro conocer, en todos sus términos, en particular sobre los derechos ARCO, el Aviso de Privacidad del párrafo anterior informado y notificado por el ITESO. Asimismo, otorgo libre y expresamente y mediante este comunicado, mi consentimiento y autorización para someterme como consultante a las sesiones de psicoterapia, conforme a los métodos y formas profesionales y educativas que determine el ITESO y para que este pueda video/audio-grabar el desarrollo total o parcial de dichas sesiones de psicoterapia, sin más límites que los profesionales y educativos indicados por el ITESO.

En consecuencia, el ITESO podrá video/audio-grabar las acciones, omisiones, reacciones, expresiones verbales y no verbales y todo cuanto suceda y dialogue en las sesiones de psicoterapia mencionadas. Acepto y doy mi consentimiento informado, para que el ITESO, bajo su supervisión, pueda ver, escuchar, comentar y opinar académica y profesionalmente, sobre la información y datos personales y personales sensibles contenidos en las video-grabaciones autorizadas; y podrá compartirlos con los profesores, académicos y alumnos en las sesiones de clases de la Maestría de Psicoterapia en el ITESO y en las deliberaciones, debates y publicaciones académicas, en la inteligencia que, el ITESO conminará a estas personas a mantener, conforme a la ley de la sociedad y los lineamientos en vigor del ITESO en la materia, respeto, confidencialidad y privacidad sobre dicha información.

Manifiesto que estoy informado y satisfecho que, en cualquier momento, puedo modificar mi consentimiento, y revocar total o parcialmente el consentimiento y la autorización mencionada en el párrafo anterior, y notificársela al ITESO, respecto a las video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información de las video/audio grabaciones.

Atentamente

Nombre y firma de la persona consultante

