



“Ama no solo lo que eres, sino también lo que puedes llegar a ser”

**INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN SISTÉMICA INTEGRADORA EN LA
RESIGNIFICACIÓN DE VIDA DE MUJERES ENTRE 50 Y 80 AÑOS CON
ALTERACIONES EMOCIONALES**

**TESIS QUE,
PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CONSULTORÍA DE SISTEMAS HUMANOS,**

**PRESENTA
ALMA PATRICIA RODRÍGUEZ GARZA**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARÍA ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

ASESOR DE TESIS: DR. JAIME MONTALVO REYNA

ASESOR DE TESIS: DR. JESÚS MORALES LEÓN

MONTERREY N.L., MÉXICO

NOVIEMBRE, 2020

Agradecimientos

A Dios

A mis padres

A mi familia

A mis APS

A mis amigos

A mis maestros

A mis asesores

A mis consultantes

A la humanidad

Índice general

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	11
Capítulo I. Naturaleza del problema resignificación de vida en mujeres entre 50 y 80 años con alteración emocional.....	13
1. Problema de investigación.....	13
2. Pregunta de investigación.....	15
3. Hipótesis.....	15
4. Objetivos.....	15
5. Justificación.....	16
6. Antecedentes y contexto social de la mujer y su sentido de vida.....	19
7. Consecuencias del problema.....	24
8. Factores predisponentes al problema.....	28
Capítulo II. Abordajes terapéuticos al problema.....	32
1. Abordajes terapéuticos no sistémicos al problema.....	32
2. Algunos abordajes sistémicos al problema.....	34
3. Perspectiva sistémica del problema.....	35
Capítulo III. Bases teóricas del enfoque sistémico en el que se sustenta el modelo de intervención.....	39
1. Bases epistemológicas de la Terapia Breve Sistémica.....	39
a) Teoría de los sistemas.....	39
b) Cibernética de las ciencias sociales.....	40
c) Constructivismo y construcción social.....	41
2. Modelo Terapia Enfocada en Soluciones.....	42
3. Hipnoterapia Ericksoniana.....	43
4. Programación Neurolingüística.....	43
5. Modelo Integrativo de Enfoques Sistémicos en Torno a Soluciones.....	44

6. Logoterapia.....	45
7. Terapia Narrativa.....	46
Capítulo IV. Evaluación del Modelo Intervención Sistémica Integradora...	47
A. Modelo de intervención sistémica integradora.....	47
B. Método.....	61
1. Población.....	61
2. Muestra.....	61
3. Escenario.....	61
4. Materiales e instrumentos.....	62
5. Tipo de investigación.....	62
6. Diseño de investigación.....	62
7. Hipótesis.....	63
8. Variables.....	63
9. Procedimiento.....	66
10. Resultados.....	67
11. Discusión.....	91
Conclusiones...	98
Referencias bibliográficas.....	101
Apéndices.....	106
Apéndice A. Ejercicios de intervención.....	106
1. Trance hipnótico <i>La Barca</i> . (Lankton, C. <i>VIII Congreso Internacional de Terapia Breve Sistémica</i> . Monterrey N.L. Agosto, 2015. (Adaptación: Rodríguez, A., 2017).....	106
2. Ejercicio de programación neurolingüística. <i>Anclaje de Recursos</i> (Domínguez, 2011).....	109
Apéndice B. Instrumentos de medición.....	111
1. <i>Escala de Satisfacción con la Vida</i> (Diener, E. <i>The Satisfaction with Life Scale. Journal of personality assesment</i> . Vol 49. 1985. Issue 1).....	111

2. Cuestionario <i>Motivo De Vida y Bienestar Integral</i> (Rodríguez, A. Fernández, M.E., 2017).....	112
Apéndice C. Artículo a publicar.....	116

Índice de tablas y figuras

Índice de Tablas.

Tabla 1.- Distribución en rangos de edad de las integrantes de la muestra.....	69
Tabla 2.- Descripción sociodemográfica de la población en estudio.....	70
Tabla 3.- Evaluación de la intervención por medio de la <i>Escala de Satisfacción con la vida</i> (ESV) (Diener, E. The satisfaccion with life scale. <i>Journal of personality assesment</i> . Vol 49. 1985. Issue 1). Pre-intervención y post-intervención.....	73
Tabla 4.- Calificación global de la <i>Escala de Satisfacción con la vida</i> (ESV) (Diener, E. The satisfaccion with life scale. <i>Journal of personality assesment</i> . Vol 49. 1985. Issue 1).....	75
Tabla 5.- Distribución de los casos en pre-intervención y post-intervención según su percepción en las diferentes subvariables medidas por la <i>Escala de Satisfacción con la vida</i> (ESV) (Diener, E. The satisfaccion with life scale. <i>Journal of personality assesment</i> . Vol 49. 1985. Issue 1).....	77
Tabla 6.- Evaluación de la intervención por medio del <i>Cuestionario Motivo de Vida y Bienestar Integral</i> (Rodríguez, Fernández, 2017).....	79
Tabla 7.-Distribución comparativa de la media y desviación estándar (DE) de puntaje obtenido con la <i>Escala Meta Ser</i> (Charles, 2010), medición 0 al 10, con aplicación de la prueba, T de <i>Student</i> para muestras relacionadas en pre-intervención y post-intervención.....	81

Índice de Figuras.

Figura 1.- Distribución de gráficas de casos según su edad.....	69
Figura 2.- Distribución de gráficas de participantes según su escolaridad.....	71
Figura 3.- Distribución de gráficas de participantes según su ocupación.....	71
Figura 4.- Distribución de gráficas de participantes según su estado civil.....	72
Figura 5.- Distribución de gráficas de participantes según la frecuencia de vivienda compartida.....	72

Figura 6.-Comparación de la media y la desviación estándar medidas con el instrumento *Escala de Satisfacción con la vida* (ESV) (Diener, E. The satisfaccion with life scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1).....74

Figura 7.-Distribución comparativa de casos en pre-intervención y post-intervención, según su percepción de *Satisfacción con la Vida*. (Diener, E. The satisfaccion with life scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1).....76

Figura 8.- Comparación de medias y la desviación estándar medidos por el instrumento *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017).80

Figura 9.- Gráfico comparativo de puntajes de la *Escala Meta Ser* (Charles, 2010), en pre-intervención y post-intervención.....82

Figura 10.- Gráfico de dispersión mostrado la correlación entre la *Escala de satisfacción con la Vida* (Diener, E. The satisfaccion with life scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), y el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017), ambos en pre-intervención...83

Figura 11.- Gráfico de dispersión mostrado la correlación entre la *Escala de satisfacción con la Vida* (Diener, E. The satisfaccion with life scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), y el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017), ambos en post-intervención...84

Figura 12.- Gráfico de dispersión mostrando la correlación entre la *Escala de satisfacción con la Vida* (Diener, E. The satisfaccion with life scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1) y la *Escala Meta Ser* (Charles, 2010) en pre-intervención.....85

Figura 13.- Gráfico de dispersión mostrando la correlación entre la *Escala de satisfacción con la Vida* (Diener, E. The satisfaccion with life scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1) y la *Escala Meta Ser* (Charles, 2010) en post-intervención.....86

Figura 14.- Gráfico de dispersión mostrando la correlación entre el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017) y la *Escala Meta Ser* (Charles, 2010) en pre-intervención.....87

Figura 15.- Gráfico de dispersión mostrando la correlación entre el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2010) y la *Escala Meta Ser* (Charles, 2017) en post-intervención.....88

Resumen

El objetivo de esta tesis doctoral fue diseñar y evaluar el nivel de efectividad de una intervención terapéutica con enfoque sistémico, dirigida a mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales, a fin de contribuir en su resignificación de vida.

La Intervención Sistémica Integradora (ISI), es el nombre de la intervención compuesta por seis sesiones quincenales y conformada por estrategias extraídas de diversos modelos de terapia sistémica, como la Terapia Breve Enfocada en Soluciones, el Modelo Integrativo de Enfoques Sistémicos en Torno a Soluciones, la terapia Narrativa y la Logoterapia, así como de técnicas de Programación Neurolingüística e Hipnosis Clínica Ericksoniana.

La ISI fue probada con una muestra de 30 mujeres entre 50 y 80 años con alteraciones emocionales, seleccionadas bajo un muestreo por conveniencia, dentro de una investigación aplicada y de campo, con objetivos descriptivo-correlacionales y una medición de datos de tipo mixta, cuantitativa y cualitativa. El diseño de investigación utilizado fue cuasiexperimental con un solo grupo, en tres fases: medición pre-intervención, intervención y post-intervención.

Según los resultados obtenidos a través de los distintos instrumentos de medición, se pudo concluir que se presentaron cambios estadísticamente significativos en la comparación de los registros obtenidos en la evaluación preintervención y postintervención en el 100% de las variables que midieron la resignificación de vida de las participantes.

Las variables evaluadas fueron: El nivel de satisfacción con la vida, el motivo de vida, el sentido de productividad, el nivel de satisfacción histórica y el de autoestima, además del nivel de bienestar físico, emocional y espiritual de las 30 participantes. Asimismo, en la escala del 1 al 10 que mediría el alcance de la meta terapéutica; todas las participantes avanzaron en su registro inicial y final con puntajes estadísticamente significativos, registrando al principio una media grupal de 3.8 en la escala hacia su meta, para cerrar, al final del proceso de intervención, con una media grupal de 8.5.

Igualmente, en el nivel de conexión afectiva y social con sus sistemas circundantes, el 90% de las participantes, presentaron resultados estadísticamente significativos respecto a su medición pre y post-intervención.

Con todo lo anterior, fue posible aceptar la hipótesis de investigación en la que se comprobó que la Intervención Sistémica Integradora sí influyó en la resignificación

de vida del grupo de 30 mujeres participantes de 50 a 80 años de edad, lo que podría hacernos suponer, gracias a su conexión sistémica, que dicho bienestar pudiera ser expandible positivamente, hacia las personas y ambientes cercanos en los que ellas participan.

Abstract

The objective of this doctoral thesis is to design and evaluate the level of effectiveness of a therapeutic intervention with a systemic focus, for their resignification of life.

The Integrative Systemic Intervention (ISI) is the name given to the intervention administered in a period of six sessions every two weeks and composed of different strategies found in several systemic therapy models as the Solution Focused Brief Therapy, the Solution Oriented Integrative Model of Systemic Focus, the Narrative Therapy and the Logotherapy as well as Neurolinguistic Programming techniques and Ericksonian Clinical Hypnosis.

The ISI was proven using a sample of 30 women between the ages of 50 to 80 years old with emotional alterations, selected by convenience sampling, within an application and field research with correlated descriptive objectives and a mixed, quantitative and qualitative data measurement. The research design used was quasi-experimental with only one group in three phases: pre-intervention, intervention and post-intervention measurements.

According to the results obtained through different tools of measurement, it can be concluded that statistic significant changes occurred if one compares the results registered in the pre-intervention and post-intervention in 100% of the measured variables, taking into account the resignification of the lives of the participants.

The variables in the evaluation were: the satisfaction of life, the motive of life, the sense of productivity, and the historic satisfaction level as well as the levels of physical, emotional and spiritual well being. At the same time, in a scale from 1 to 10, all the participants advanced from the initial registry until their last registry with meaningful statistical numbers. At the beginning the group average was 3.8 in the

goal oriented scale, at the end of the intervention process the group average was 8.5.

Moreover, taking into account the social and affective connection level with their surrounding systems, 90% of the participants, presented statistical significant results with respect to the pre-intervention and post-intervention.

In conclusion, based on all the data, it is possible to accept the research hypothesis through which it was proved that the Integrative Systemic Intervention influenced the resignification of life of the group of 30 women between the ages of 50 to 80 years old. Through these facts one can assume from the systemic connection, that such wellbeing could be positively extended to the surrounding persons and environment of the participants.

Introducción.

El Modelo de Intervención Sistémica Integradora (ISI) fue diseñado a partir de motivos personales. Siendo una mujer de 58 años de edad, me encontré con la realidad de ya haberme realizado en la etapa de madre y me vi en la necesidad de buscar un nuevo objetivo de vida que me diera satisfacción, de tal modo que me encontré con el reto de resignificar mi vida.

De esta manera, descubrí que la mejor forma de resignificar mi vida era resignificando la vida de otras mujeres (Seligman, 2003). Como dice el dicho popular: *“educa un hombre y formarás un individuo, educa una mujer y formarás una familia”*. Con lo anterior, ya me fui encaminando hacia la ruta sistémica.

Desde mi punto de vista, las mujeres somos seres en constante evolución y en una carrera vertiginosa por recuperar lo que estuvo aletargado incubándose desde el origen de nuestra especie; hubo heroínas... muchas, valientes, audaces, agentes de cambio, sin embargo, la nueva era ha llegado y eso nos ha ayudado a lograr mejores condiciones en muchos niveles en menor tiempo, sin embargo, aún hay mucho trabajo por hacer.

En el momento de diseñar la Intervención Sistémica Integradora, mi experiencia de ocho años como terapeuta sistémica, había traído a mi haber profesional un cúmulo de fortunas al permitírseme intervenir como catalizador de cambio en un buen número de familias, parejas e individuos; de éstos últimos, muchas mujeres que buscaban “paz”, “felicidad” “bienestar”, “tranquilidad” y/o “algo para qué, o, por qué vivir”.

Para este último aspecto acerca de “para qué “o “por qué” vivir, busqué despertar en las participantes la motivación de convertirse en un agente de cambio ya sea formando parte de redes de apoyo para otras mujeres, apoyando directamente a mujeres que se encuentren en situaciones semejantes a la suya, e incluso, uniéndose a participar en algún programa o movimiento social de ayuda a la mujer.

Otro dato importante de la ISI, es que, aun y cuando a partir de esta investigación, el modelo fue aplicado a una población femenina de 50 a 80 años de edad y con alteraciones emocionales a fin de contribuir en su resignificación de vida, igualmente, puede ser replicado a personas de otros rangos de edad y de género indistinto.

A través del recorrido de la tesis, en el Capítulo I ofreceré una descripción de la naturaleza del problema con los elementos relacionados a sus factores predisponentes, sus antecedentes y sus consecuencias, especificando el problema de investigación, la hipótesis central del estudio y su justificación y relevancia actual.

En el Capítulo II describiré los distintos abordajes terapéuticos que se han realizado para abordar el problema, tanto los no sistémicos como los sistémicos, para luego, en el Capítulo III presentar las bases teóricas con enfoque sistémico en las que sustento el modelo de intervención a probar.

El Capítulo IV, concentra la evaluación del modelo de intervención en dos partes. En el apartado A logro fundamentar y detallar cada una de las seis sesiones contenidas en el mismo, para luego, en el apartado B, precisar el método utilizado para probar su efectividad. En este mismo apartado presento los resultados obtenidos con el trabajo de campo, tanto los cuantitativos como los cualitativos, así como su análisis e interpretación que permite evaluar la veracidad de la hipótesis central del estudio.

El apartado continúa presentando la discusión de los resultados, así como las conclusiones finales y las referencias en las que fue sustentado todo el proceso de investigación.

Para terminar, incluyo tres apéndices, en el A inserto dos ejercicios medulares que se llevan a cabo durante la intervención, en el B incluyo los instrumentos de medición utilizados para recoger los datos de la muestra, y en el C presento un artículo publicable con los resultados de la investigación.

Capítulo I.

Naturaleza del problema: La resignificación de vida en mujeres de 50 a 80 años con alteraciones emocionales.

1. Problema de investigación.

A finales del siglo XX, se estudiaron las características de la población surgiendo una distinción entre tercera y cuarta edad; redefiniéndose a la tercera edad, como “nuevos viejos”; lo anterior pone más en desventaja a la población femenina que a la masculina, ya que las mujeres entre 50 y 80 años de edad, en todo el mundo, transitan por una serie de cambios, biológicos, emocionales, familiares y sociales.

Los cambios referidos en la mujer, constituyen dificultades normativas y para-normativas que pueden concernir con períodos de desesperanza, melancolía, ansiedad y depresión, los cuales, solos o vinculados, hemos descubierto clínicamente, que llevan a la mujer en este periodo, a un deterioro en el significado o sentido de vida. En algunos casos respaldan un ambiente óptimo para el desaliento que puede llegar al intento de suicidio e incluso al acto suicida.

En la población de Monclova, Coahuila, México, en donde se llevó a cabo esta investigación, tuve la oportunidad de trabajar durante quince años con la población femenina entre el rango de edad en cuestión. Y aun cuando se trata de una ciudad del norte del país con un índice poblacional de 231.107 habitantes, pude constatar que la problemática detectada en las mujeres entre 50 y 80 años es equivalente a la que puede encontrarse en otros grupos poblacionales de otras regiones del país.

Es posible que, aun en países desarrollados, puedan no sólo darse similitudes entre este grupo poblacional femenino, sino que las posibles diferencias pudieran corresponder a rasgos más de forma que de fondo.

En la ciudad de Monclova, los constructos culturales, creencias familiares y religiosas, así como los introyectos personales de las mujeres de este rango de edad, se centran más en la idea general de apegarse a conservar una pareja y una familia estable, así como también, alimentan la fuerte expectativa de que ese logro les haría sentirse “realizadas como mujeres y como personas”, sin tener que contar con ninguna otra condición acorde a su desarrollo personal y laboral. Estos elementos constituyen los principales factores que aportan un significado a la vida

de estas mujeres, y cuando llegan a alterarse o no acaban de ser cubiertos a esas expectativas, pudieran desencadenar estados de desesperanza y pérdida de sentido en la población femenina en cuestión (García, 2011; Coria 2016; Harari, 2020).

Estas condiciones pueden traer como consecuencia toda la serie de alteraciones emocionales que pueden reflejarse en síntomas de depresión, angustia, estrés, duelo, somatización de emociones, e incluso, intentos suicidas, que constituyen los posibles motivos de consulta por los que las mujeres de esta zona solicitan ayuda terapéutica.

Algunos otros datos socioeconómicos de la población de Monclova, Coahuila son los siguientes:

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2015, la ciudad de Monclova, Coahuila, México, cuenta con una población de 231,107 habitantes, de los cuales el 49.2% son hombres y el 50.8 son mujeres, y dentro de ese porcentaje de mujeres el 10.7% pertenece al rango de edad entre 50 y 80 años.

La escolaridad de la población de 15 años o más es del 2% sin escolaridad, 48.6% educación básica, 23.2 % educación media superior, 25.7 % educación superior y 0.5% no especificada.

La población económicamente activa de 12 años o más es del 50.3% (33% mujeres, 67% hombres) y la población económicamente no activa del 49.4% (28.5% estudiantes, 41.9% amas de casa, 12.7% jubilados o pensionados, 2.1% personas con limitaciones físicas o mentales, 14.8% actividades no económicas).

El INEGI (2015) reporta las siguiente cifras de ocupación laboral en Monclova: Agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca, 0,9% de la población; Industria extractiva y de la electricidad, 1%; Industria de la transformación, 29.9%; Construcción, 5%: Comercio, 21.9; Servicios, 32.4; Comunicación y transportes, 5.6; Gobierno, 3.2.

El estado civil de la población mayor a 15 años en Monclova es mayoritariamente de personas casadas con casi la mitad de la población (49%), en tanto que un 30% de la población es soltera. Un 9% vive en unión libre solo un 3% es divorciada.

En cuanto al área de la salud física y emocional, se reporta por parte del Centro de Salud y Hospital General (Jurisdicción 4) de Monclova, Coahuila (2015) una morbilidad de 248 casos de depresión ocupando el 20° lugar de enfermedades. Así como las causas de mortalidad en el siguiente orden: 1 Infarto del miocardio, 2 Diabetes, 3 Neumonía, 4 Cirrosis hepática, 5 Autolesión por ahorcamiento, 6 Enfermedad renal crónica, 7 senilidad y 8 Tumores malignos de mama.

Por último, en cuanto a las religiones practicadas por la población del Municipio de Monclova, (INEGI, 2015), la católica es la mayoritaria, con un 77.8%, en tanto que los protestantes y Evangélicas constituyen el 8.6%. Otras opciones cubren puntajes menores.

A partir de este contexto sociocultural, consideré relevante el ofrecer una alternativa terapéutica que pudiera sumarse a las posibles opciones de solución a esta problemática explicada, por lo que con base en la Teoría Sistémica y el Modelo Terapéutico Centrado en Soluciones, diseñé e implementé la Intervención Sistémica Integradora (ISI), para recuperar la resignificación de vida en mujeres entre 50 y 80 años con alteraciones emocionales.

2. Pregunta de investigación.

El problema de esta investigación se centró en buscar la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cómo influye la aplicación de la Intervención Sistémica Integradora en la resignificación de vida de mujeres entre 50 Y 80 años de edad con alteraciones emocionales?

3. Hipótesis

La hipótesis central marcada para esta investigación consistió en probar que la Intervención Sistémica Integradora (ISI) sí influye favorablemente en la resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales.

Por otro lado, en cuanto a la hipótesis nula, se estableció en que la Intervención Sistémica Integradora (ISI) no genera ninguna influencia en la resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales.

4. Objetivos.

Objetivo general:

En cuanto al objetivo general de la investigación, se estableció en evaluar el nivel de eficiencia de la Intervención Sistémica Integradora como una herramienta para

ayudar a resignificar la vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales, residentes en la ciudad de Monclova, Coahuila, México.

Objetivos específicos:

Evaluar el nivel de impacto antes y después de la Intervención Sistémica Integradora, en diferentes aspectos de la vida de las mujeres entre 50 y 80 años con alteraciones emocionales a través de tres instrumentos de medición:

- a) Nivel de satisfacción con la vida.
- b) Motivo de vida, sentido de productividad, nivel de satisfacción histórica, nivel de conexión afectiva, nivel de conexión social, nivel de bienestar físico, emocional y espiritual y nivel de autoestima.
- c) Meta ser.

5. Justificación

A medida que la humanidad ha ido evolucionando, las etapas de desarrollo de la raza humana han ido cambiando con el tiempo, generándose nuevas fases, como en su momento lo fue la adolescencia (Malagón, 2019; Mendoza, 2008)

De ese mismo modo, podemos observar cómo se ha creado en el desarrollo del ser humano la cuarta edad, conocida como los “viejos viejos”; una etapa que se genera a partir de los 80 años en adelante y que surgió debido al aumento de la longevidad del ser humano (Rueda, 2004). En 1980, se estudiaron las características de esta población surgiendo una distinción entre tercera y cuarta edad. Lo interesante al respecto es lo que acontece a los seres humanos de la ya conocida tercera edad, es decir, “los antiguos viejos”, ahora conocidos como “nuevos viejos” (Odone, 2018).

Sabemos que, a nivel demográfico, la tercera edad, está constituida por personas, hombres y mujeres, entre 60 y 80 años a los que se les consideraba hace muy pocos años como ancianos, jubilados, abuelos cuidadores de nietos o sujetos de homenajes pre-póstumos. Sin embargo, a partir de la evolución en los tratamientos médicos y calidad de vida, podemos encontrarnos que esta población de la tercera edad actualmente está constituida por adultos sanos en cuerpo mente, y por qué no decirlo, también en espíritu. Esta población está aún dispuesta a tener una vida de calidad en todos los aspectos pensables desde el laboral hasta el sexual (Rey, 2004).

Sin embargo, como es ya histórico, dichos cambios en los integrantes de la tercera edad, pone más en desventaja a la población femenina que a la masculina. Las mujeres entre 50 y 80 años de edad son una población que transita por una serie

de cambios, desde los biológicos, como la menopausia y el deterioro físico, así como cambios emocionales, como ansiedad, depresión, miedos, y sociales, como la jubilación y la discriminación para obtener un nuevo empleo. A nivel familiar, experimenta la emancipación de los hijos, en algunos casos divorcio o viudez, y en otros, el duelo por la muerte de seres queridos.

Todos estos cambios constituyen crisis normativas y para-normativas que pueden relacionarse con estados de desesperanza, melancolía, ansiedad y depresión, los cuales, aislados o en conjunto, hemos detectado clínicamente, que llevan a la mujer en esta etapa, a una pérdida de significado o de sentido de vida. En algunos casos propician una atmósfera ideal para el desaliento que puede llegar al intento de suicidio e incluso al acto suicida (Marín, 2004).

Nimesh Patel (2013) describió cómo el índice de suicidios se ha incrementado en mujeres de mediana edad que utilizan medicamentos antidepresivos o con fines de paliar dolores crónicos. En algunas ocasiones estos intentos o actos suicidas fueron realizados con los mismos medicamentos prescritos. Del mismo modo podemos ver las estadísticas en Estados Unidos que nos indican como es cada vez más común, en este rango de edad y de género, observar las diferentes etapas del suicidio como lo son, el pensamiento suicida, la ideación suicida, el gesto suicida, el intento suicida y el suicidio en sí (Weil, 2009).

Dentro de las opciones de tratamiento para solucionar los problemas de estado de ánimo en este tipo de población, se encuentra la psicoterapia. Ésta ha sido utilizada exitosamente para resolver, o al menos mejorar, el estado de salud y motivación de vida de pacientes que padecen ansiedad, depresión, trastornos del sueño y otros problemas de salud mental (Olza, 2000; Ward, 2000; Figueroa, 2002; Younus, 2003; López, 2004; Epstein, 2007; Blümel, 2012; Nardone, 2012). Estas intervenciones han sido principalmente basadas en modelos terapéuticos como el cognitivo conductual (Olza, 2000; Figueroa, 2002; Matud, 2004), hipnosis ericksoniana (Younus, 2003), modelos orientados a soluciones (McMurrin, 2011), educación emocional (Blümel, 2012), cognitivo-emocional (Epstein, 2007), terapia breve (López, 2004; Ward, 2000), terapia estratégica (Nardone, 2012), narrativa (White, 2009), gestalt (Polster, 2017), PNL (Dilts, 2017), psicodinámico (Villalba, 2010) y neurofeedback (Collura, 2014).

A través de la observación de estos distintos caminos de tratamiento, puede afirmarse que lo más común en ellos, es que abordan el aspecto físico y/o emocional del problema sin tomar en cuenta a la consultante de una manera más integral y sistémica. Esta realidad fue clave para justificar esta investigación en la que pudiera probarse el nivel de eficiencia de una estrategia terapéutica alternativa que cubriera de forma efectiva, breve e integral, el apoyo a estas mujeres entre 50 y 80 años de

edad, a fin de ayudarles a transitar por las dificultades acordes a esa etapa de su ciclo de vida y lograr, con ello, apoyarles en la recuperación de su bienestar.

A partir de ello y derivada de la Teoría Sistémica y del Modelo Terapéutico Centrado en Soluciones, se elaboró la Intervención Sistémica Integradora (ISI), cuya eficacia fue probada a través de esta investigación doctoral y cuyo propósito se estableció en ofrecer una alternativa de solución breve, práctica, económica y adaptable, a mujeres de cualquier nivel socioeconómico y/o cultural, reaplicable fácilmente y, lo más importante, compatible con un nuevo estilo de vida óptimo que llegara a mejorar el significado de vida de las mujeres en este rango de edad, además de lograr una reintegración sana a su sistema social alcanzando a repercutirlo favorable y positivamente.

La Integración Sistémica Integradora cuenta con seis sesiones terapéuticas de una y media horas de duración cada una, en contraste con otros modelos terapéuticos tradicionales (Olza, 2000; Figueroa, 2002; Matud, 2004; Younus, 2003; McMurrin, 2011; Blümel, 2012; Epstein, 2007; López, 2004; Ward, 2000; White, 2009; Polster, 2017; Dilts, 2017; Villalba, 2010; Collura, 2014). Asimismo, hasta el momento, no se ha encontrado en la literatura científica, un sistema terapéutico que sea aplicado para realizar un abordaje integrativo en las diferentes áreas de la persona tales como: Motivo de vida, sentido de productividad, nivel de satisfacción histórica, nivel de conexión afectiva, nivel de conexión social, nivel de bienestar físico, nivel de bienestar emocional, nivel de bienestar espiritual y autoestima. Todos estos aspectos son los que pretendió impactar la Intervención Sistémica Integradora, buscando con ello, un proceso de resignificación del sentido de vida a nivel integral y sistémico.

La ISI incluye una combinación de diferentes abordajes terapéuticos: de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, se utilizaron elementos como el rescate de las herramientas emocionales de la persona con el fin de destacar sus lados fuertes y darle control y decisión sobre sus acciones; igualmente se utilizaron las tareas y la prevención de recaídas.

Se utilizó un ejercicio de hipnoterapia basado en la Hipnosis Ericksoniana combinando estrategias metafóricas y narrativas, elaborando un trance de “Cierre de Ciclos Emocionales”. Lo anterior va muy de la mano acerca de cómo romper aquellos patrones de intentos de solución fallidos en los que la persona queda atrapada. La intención del ejercicio de hipnosis es que la paciente descarte experiencias desagradables del pasado con las que ha intentado solucionar problemas de forma inefectiva durante su vida, así como modificar constructos obsoletos para su nuevo propósito de vida.

Los reencuadres tanto psicoeducativos, normalizadores, despatologizadores, resignificador de tareas y de redescrición circular, son otro componente medular en la ISI. Como sabemos, los reencuadres son un elemento integral de diferentes modelos terapéuticos (centrado en soluciones, terapia narrativa, modelo estructural, modelo MIESES) en los cuales siempre el principal objetivo es inducir en el consultante una nueva narrativa que genere un pensamiento y una realidad alterna.

También se utiliza dentro de la Programación Neurolingüística (PNL) el método de anclaje de recursos y reasociación de vivencias positivas como experiencia de éxito y capacidad de lograr bienestar a pesar de los retos que se deban resolver.

Otra de las intervenciones importantes a partir de la terapia narrativa es el generar en la cliente la capacidad de deconstruir viejas experiencias y constructos personales, familiares y culturales, y crear nuevos elementos narrativos más prácticos y eficientes en su vida; asimismo, mediante este enfoque, se busca generar la conciencia de ser parte de un cambio sistémico a partir de lograr su resignificación de vida.

6. Antecedentes y contexto social de la mujer y su sentido de vida.

Primeramente, como introducción al tema se presentan algunos datos estadísticos acerca de la población de mujeres entre 50 y 80 años en México. Según datos del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (INEGI), en el 2017 México cerró con una población de 132,600 personas en los hogares, de las cuales el 14.3%, son mujeres entre 50 y 64 años y el 8.3%, son mujeres de 65 y más años de edad (INEGI, 2018).

Asimismo, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) reporta en el 2017, que para el 2030 continuará el descenso paulatino en la natalidad y mortalidad, por lo que se considera que los grupos de personas de 45 años en adelante registrarán incrementos, y por lo tanto, un aumento en la población de adultos mayores (CONAPO, 2018).

A continuación, se revisará como desde mediados del siglo XX el papel de la mujer en la sociedad ha evolucionado de una manera muy importante dejando en el pasado muchas creencias y prejuicios asociados a su género, y que gracias a ello, ella ha podido resignificar su sentido de vida.

Si bien desde siglos atrás el papel y sentido de la mujer fue centrado exclusivamente en la procreación y crianza de los hijos (Creig, 1897). La serie de movimientos socioculturales ocurridos durante la segunda mitad del siglo pasado, junto a la incorporación de la mujer en la vida laboral, acabaron por marcar un distanciamiento

al estilo de pensamiento vigente hasta entonces, y provocar una revolución en la posición que ocupaba la mujer en la sociedad (Yalom, 2002).

En 1953, en su libro *“El segundo sexo”*, Simone de Beauvoirs propone que el género es una construcción social: *“Una no nace, sino se convierte en una mujer”*; y plantea que *“la mujer siempre será el segundo sexo mientras siga dependiendo económicamente del hombre”*.

Igualmente, la aprobación, en los años 60’s en el siglo pasado, de los anticonceptivos orales, fue otro movimiento importante que se aunó a la serie de cambios de posicionamiento de la mujer en la sociedad (Yalom, 2002).

Stephanie Coontz relata en su libro *The way we never were* (La manera como nunca fuimos) publicado en 1993, el tipo de ambigüedad que la mujer empieza a experimentar. Por un lado, se podría sentir sobrecargada por sus dobles turnos laborales con lo que estaría contenta de quedarse en casa si su familia no necesitara el dinero; en tanto que, por otro lado, la mujer que trabajando en casa le gustaría tener un empleo asalariado, preferentemente de medio tiempo, sólo para lograr salir de la casa.

La simple frase “sólo soy ama de casa”, refleja el disminuido estatus de la mujer que se queda a trabajar en el hogar, con lo que empieza a sentirse culpable por permanecer en ese contexto, y añora recuperar la valoración de quien ejecuta tareas remuneradas económicamente.

A pesar de muchos esfuerzos de las publicaciones populares para resignificar su posición, la mujer continúa resintiendo la monotonía, el bajo estatus de reconocimiento de las labores domésticas y el aislamiento en su vida cotidiana. Ni todos los electrodomésticos diseñados para aligerar sus labores, ni las pláticas del destino biológico sagrado de los medios de comunicación, ni todos los ansiolíticos y antidepresivos del mercado, lograban desvanecer el sentimiento de frustración y alienación que la mujer podría sentir en su “jaula urbana”, según palabras de Coontz (1993).

En otros aspectos, aunque los hijos continuaban siendo vistos como una bendición para la pareja, paradójicamente también agregaban estrés a la relación. Un patrón común surge cuando el niño divide la atención de la pareja causando conflicto, así como preocupaciones por su bienestar en general y la toma de decisiones acerca de su desarrollo, educación y finanzas. Asimismo, muchas personas se quejaban de la pérdida de atención por sus parejas ya que tenían que trabajar más y dedicar menos tiempo a la pareja y a la familia. Lo anterior agudizado con los años y afectando directamente la intimidad de la pareja. Una vez que los hijos dejaban el

hogar, y la pareja hubiera sobrevivido la experiencia, se podría hablar de una segunda luna de miel (Coontz, 1993).

La década de los 80's está aún más documentado. La actitud sexual de la mujer se modificó a partir de que recibió una educación universitaria. Las hijas fueron dando nuevas pautas de sexualidad a las madres, sobre todo en la aceptación de una vida sexual activa antes del matrimonio y de la unión libre con su pareja, así como la homosexualidad.

En menos de cien años, la mujer logró cambiar el pensamiento del matrimonio de un deber religioso, al de una relación de pareja como área de satisfacción emocional y sexual en la cual, si la pareja no era suficientemente satisfactoria, podía, algunas veces, ser sustituida por un amante o por una segunda pareja.

Lo anterior fue preámbulo para nuevas situaciones sociales para la mujer; como el surgimiento de la incidencia de madres adolescentes, la diseminación de enfermedades venéreas, incluyendo el SIDA, el incremento de divorcios, la fórmula deliberada de convertirse en madre soltera entre otras realidades más recientes.

Para mediados de los 90's ya muchas de las familias lograban tener dos sueldos; desde Europa hasta América, la mamá trabajadora era la norma, familia con dos carreras, (*dual career family*); independientemente de que la mujer de la "clase trabajadora" siempre fue económicamente productiva. Se abre la constante lucha para que el trabajo de la mujer deje de ser secundario al del hombre, además de que las carreras profesionales de la mujer se tomaran con la misma importancia y seriedad que la del hombre y el desarrollo profesional de ambos tuviese igual prioridad en la pareja y el matrimonio (Yalom, 2002).

Al mismo tiempo de estarse gestando todos estos cambios, igualmente se inició una revolución, aunque un poco más lenta, desde los 70's y 80's del siglo pasado. El hombre empezó a tener más participación en las labores del hogar, en el acompañamiento del embarazo, el nacimiento y la responsabilidad en la crianza de los hijos.

Con todo ello, sin embargo, el hombre aún no ha alcanzado a llegar a un grado de evolución equitativo al avance de la mujer en los últimos lustros. La mujer continúa siendo el sexo fuerte respecto a la capacidad de equilibrar una vida laboral y familiar, aunque a veces con mucho esfuerzo. Se han generado nuevos términos como "papá criador en casa", "papá cuidador de niños" y esto no necesariamente lleva a que la familia se desintegre; aun cuando ese papá disfruta criando a sus hijos, también ha declarado sentirse solo, deprimido y perder estatus al dedicarse únicamente al trabajo del hogar (Yalom, 1997).

Por otro lado, se ha visto que la mujer que lleva una familia y trabaja fuera del hogar, siente una gran satisfacción ya que, su trabajo laboral es motivado por el bienestar de su familia; igualmente podemos observar que es más común que la mujer de clase social alta se dedique a estar en casa, probablemente porque han visto a un padre exitoso económicamente, y a la vez, tiene un lugar seguro a donde regresar, si su matrimonio o relación no funciona.

Otro rubro importante de la mujer en el aspecto laboral es aquél en el que ella regresa a trabajar después de que los hijos han crecido. Generalmente declara el haber “sacrificado” su desarrollo profesional para apoyar el de su pareja o esposo y/ o la crianza de sus hijos (Coontz, 1993).

Con todos estos cambios, lo que queda muy claro, es que la mujer continuará trabajando fuera del hogar por más motivos que los económicos; disfruta la satisfacción ofrecida por su empleo, el respeto social, generar autoestima y amistades, disfruta el ambiente laboral, los retos, los triunfos, la competencia, el trabajo en equipo, las redes laborales y las conexiones que surgen a partir de todo ello, logrando grandes diferencias en su vida. Adicionalmente, el ser económicamente independiente le da a la mujer la certeza de estar en la relación de pareja por amor o satisfacción de compañía, y no por lo económico o porque alguien está al cuidado material de ella.

Las mujeres jóvenes de hoy se casan o cohabitan en unión libre por primera vez entre los 25 y 30 años de edad; generalmente ya tienen algún grado académico e incluso experiencia laboral; entran a la relación usualmente en condiciones igualitarias con su pareja y pretenden mantener esta situación por el resto de sus vidas, o al menos, por el tiempo que dure la relación. La antigua idea de casarse y permanecer juntos hasta que la muerte los separe, con la mujer receptora de la protección del marido ha sido prácticamente reformulada.

Un hallazgo interesante es que a los hombres solteros les va peor que a los hombres casados, con respecto a la incidencia de problemas de salud mental, tales como suicidio, depresión, ansiedad y quiebres nerviosos; mientras que a las mujeres solteras les va mejor que a las mujeres casadas en esos mismos aspectos. Muchos expertos acuerdan que la mujer casada sufre mucho más estrés que los esposos debido a las obligaciones generadas por la combinación del cuidado de los hijos y el desarrollo profesional; igualmente, las mujeres ponen más atención al cuidado de sus padres y de parientes o amigos enfermos.

Cuando se presentan divorcios, es generalmente la mujer la que paradójicamente, tiene más pérdidas económicas y al mismo tiempo es la que se queda con la

responsabilidad de los hijos; adicionalmente, generalmente el estrés emocional es mayor y más duradero en la mujer que en el hombre en estos casos.

En relaciones en serie, los hombres generalmente se vuelven a casar o a convivir en unión libre con mujeres menores que ellos, y es más probable que inicien una nueva familia. La ex-esposa o expareja que se casa o involucra en una relación de unión libre, elige generalmente hombres de su misma edad o mayores que ella y, generalmente tiene menos candidatos de donde elegir, ya que habitualmente en la población existen menos hombres mayores que mujeres.

Otra diferencia interesante entre mujeres y hombres mayores está en la capacidad de reproducción. Después de la menopausia, la mujer pierde la capacidad de quedar embarazada (sin intervención biotecnológica), en contraste con el hombre que, usualmente, puede seguir reproduciéndose a veces más allá de los setenta años (Gilman, 2008).

Aparentemente la mujer ha aprendido en los últimos veinte o treinta años, que el matrimonio no es la única opción. Con la independencia económica de la mujer, ya no hay que casarse para estar protegida y sobrevivir. Mientras más seguridad económica tiene la mujer, menos ansiosa está por casarse o estar en pareja.

Asimismo, las nuevas generaciones de mujeres profesionistas están considerando los efectos de la maternidad en el desarrollo de su carrera profesional. Muchas mujeres ahora ven sus empleos como fuente de relaciones interpersonales y como fuente del significado de vida que no han encontrado en sus familias o comunidades. Lo anterior genera ansiedad en los estudiosos sociales que observan cómo el sitio de trabajo está reemplazando el del hogar en la vida cotidiana.

Aunado a lo anterior está la situación del trabajo profesional en casa gracias al uso de la computadora. Muchos profesionistas usan su hogar como oficina reemplazando horas de convivencia familiar por desarrollo laboral dentro de su mismo domicilio.

Las alternativas sociales se han desarrollado en diferentes formas. Ha aumentado el número de personas viviendo solas, las parejas heterosexuales viviendo en unión libre, las parejas homosexuales viviendo juntas y las viviendas compartidas por hombres y mujeres solteros o en pareja viviendo en comunidad.

Igualmente, el no tener hijos ha dejado de ser una maldición o un fracaso para muchas mujeres que eligen por decisión propia no engendrarlos; asimismo los padres y madres solteros ya no son discriminados como antes. Por el otro lado más mujeres solteras, sobre todo arriba de los 35 años eligen ser madres sin casarse, lográndolo por relaciones sexuales, inseminación artificial o adopción.

A diferencia del pensamiento de las viejas parejas que valoraban más el compartir una historia juntos y ser el testigo íntimo de la vida de otra persona, la nueva mujer no necesita casarse para sentirse segura y protegida, o mantiene un matrimonio por el bien de los hijos, de hecho, las mujeres jóvenes pueden incluso ver a los hijos como un problema en la relación de pareja, matrimonio, o desarrollo profesional, sobre todo cuando son muy pequeños o adolescentes (Yalom, 2012).

Hoy, pocas mujeres de cualquier clase, raza o religión llegan, si acaso, al matrimonio sin haber tenido ya vida sexual activa; es común que las mujeres vivan con sus amantes, o parejas en unión libre antes de casarse. Si las mujeres llegan a quedar embarazadas no se apresuran a casarse. La mujer se casa de cinco a ocho años más tarde que hace cincuenta años, y lo hace con hombres de cualquier raza, religión, estatus etc. La mayoría continúa trabajando después de casarse o tener un promedio de uno o dos hijos (Belen, 2017)

Hay muchos matrimonios que terminan en divorcio y muchos reinciden en un segundo e incluso tercer matrimonio y/o unión libre. La tendencia en occidente es más al sexo libre, unión libre, divorcio en caso de matrimonio y relaciones subsecuentes de pareja con independencia económica de ambas partes.

En los últimos años de su historia, la mujer ha sido retada más fuertemente que nunca en su capacidad de adaptabilidad. Madres tradicionales han aceptado comportamientos de sus hijas que les eran impensables, e incluso, en muchas ocasiones han seguido a sus hijas como líderes de cambio en sus vidas; mujeres han retomado sus estudios, han empezado a trabajar, han tenido encuentros sexuales, se han divorciado o vuelto a casar, vivido en unión libre, iniciado o participado en movimientos sociales, todo gracias a que sus hijos o hijas o gente joven las ha motivado (Yalom, 2002).

7. Consecuencias del problema.

A partir de todos los cambios descritos característicos de la mujer que transita por la etapa de la madurez, se precisan ahora, a manera de resumen, algunas consecuencias que sufre, clasificándolas según el área de afectación en su vida.

Física y fisiológicamente, la mujer madura, va padeciendo todos los cambios y alteraciones en mente y cuerpo, que llegan naturalmente con el avance de la edad; así mismo puede sufrir diferentes enfermedades que pueden iniciar y/o desarrollarse con el paso de los años; dichos estados clínicos, pueden generar en ella cuadros de depresión y/o ansiedad por la pérdida de capacidades y/o de la salud (Coria, 2016).

En el área neurológica específicamente, podemos observar que la mujer madura posee una personalidad formada por introyectos culturales, familiares y personales que muchas veces ya son obsoletos en la época actual; lo anterior limita la neuroplasticidad cerebral indispensable para optimizar su capacidad de adaptación, necesaria para sobrellevar los cambios acelerados que le toca vivir.

Probablemente el hecho de que esta etapa no tiene precedente en el ciclo vital del ser humano, sea la causa de que la mujer madura, no está consciente de la transición tan importante y delicada que experimenta, llegándole incluso a generar un sinsentido existencial (García, 2011).

La mujer madura, desarrolla una aversión por las intervenciones contemporáneas de salud ya sea física o mental, por ser diferentes a los recursos médicos tradicionales a los que estaba acostumbrada. Anclada en un pasado obsoleto muchas veces prefiere no buscar diagnósticos clínicos por temor a malas noticias respecto a su salud, provocando en ocasiones que algunas enfermedades no sean diagnosticadas en una etapa temprana de evolución para su resolución efectiva (Fisher, 2006).

En cuanto a su estado emocional, cuenta con una serie de características que varían de mujer a mujer, sin embargo, en la mayoría de las situaciones se generan en ella sentimientos de rechazo y alienación por la familia, las relaciones laborales o de amistad e incluso la sociedad en general. El duelo por la pérdida de capacidades y juventud pueden ser equiparables a las pérdidas de sus seres queridos, sus relaciones, su trabajo, etc.; por esta razón puede tener una mayor tendencia a padecer cuadros de ansiedad y depresión (Coria, 2016).

Cognitivamente, muchas veces tiene un pensamiento negativo y fatalista acerca de la concepción de la modernidad, generando pensamientos retóricos hacia lo mejor de épocas pasadas; esto reprime su adaptación y desarrollo, fundada en su pesimismo y auto descartándose para diferentes interacciones sociales. Igualmente su tendencia a centrarse en lo físico, la lleva a una auto-desilusión y auto-boicoteo, devaluando su sabiduría y experiencia como elementos clave para salir adelante en su nueva etapa de vida (Fisher, 2006).

La mujer madura, no presenta experiencia ni antecedentes de generaciones anteriores de cómo vivir la nueva etapa de vida, por lo tanto, se siente confundida al tener que enfrentar nuevamente preguntas existenciales: ¿Cuál es el objetivo, o el significado de mi vida?... Enfrenta un nuevo comienzo, sin embargo, con recursos físicos, cognitivos y emocionales muy diferentes a los de su juventud, haciéndola caer en estados de ansiedad y de otras perturbaciones emocionales, desde ligeros hasta muy intensos (Coria, 2016).

Esta generación de mujeres llega a un momento de su vida, en la que tiene que plantarse situaciones que revelan en ella una intensa inhabilidad para enfrentar y resolver las situaciones que, en otros momentos de su vida, eran solucionadas por alguien más de su familia; los sentimientos de impotencia e incapacidad, que algunas desarrollan, en ciertos casos, pueden llegar a detonar enfermedades paralizantes o degenerativas en mujeres con tendencia a la somatización, enfermedades que se encontraban en estado de latencia e incluso hacerlas caer en un cuadro de estrés post-trauma (Coria, 2016).

En el aspecto personal, el apego a todos los “deber ser” y el lógico incumplimiento de muchos de ellos, puede generar como consecuencia enfermedades emocionales o mentales que pueden ir, desde una distimia hasta una esquizofrenia, pasando por todos los cuadros clínicos intermedios (Coria, 2016).

Un ejemplo de dichos apegos puede observarse en el aspecto espiritual, en el cual generalmente la mujer madura mantiene una religiosidad rígida en tiempos en los que ya la apertura de creencias es más amplia y busca puntos de coincidencia (García 2011).

En cuanto a las consecuencias que sufre respecto a sus relaciones interpersonales, podemos distinguir lo familiar; la sobreadaptación de esta generación a vivir para los demás, se presenta en muchos casos como un obstáculo para su readaptación y darse cuenta de que ya es el momento de verse a sí misma como objetivo de vida y recuperar su significado. Esta falta de autoconocimiento y ocupación de su vida puede llevarla a sufrir un estado de sin-sentido de ésta (Coria, 2016).

Al mismo tiempo, su tendencia a aferrarse a recursos materiales y acostumbrada a la durabilidad de las cosas en un mundo en donde incluso las relaciones interpersonales son desechables, la conflictúa profundamente (Viejo, 2005). Le es muy difícil aceptar la fragilidad de la pareja y la familia de las generaciones más recientes (Touraine, 2010).

Algo muy interesante sociológicamente hablando, es ver en las mujeres de esta generación la falta de crianza en destrezas competitivas; generalmente en su infancia fueron educadas para pensar más en los demás que en ellas mismas, a prestar e incluso obsequiar sus cosas lo cual, paradójicamente las pone en desventaja en los ámbitos laborales y sociales que son más egoístas y competitivos (García, 2011).

La mujer de esta generación que a nivel profesional logró destacar, se enfrenta a una competitividad indescriptible; afronta una evolución de recursos acelerada, que en ocasiones la supera y la descalifica como elemento viable en áreas que alguna vez fueron de su total dominio. Muchas veces son las mismas mujeres más jóvenes

las que, poco solidarias o simplemente más conscientes de la importancia de la actualización, presentan un mayor reto y competencia para la mujer madura en el nivel laboral (García, 2011).

En una mujer que si destacó en un ámbito laboral predominantemente masculino, ahora se enfrentan también ante uno femenino más joven y habilidoso que provoca que se autodescarte. Asimismo, continúan tolerando y permitiendo las diferencias en los sueldos y el aceptar puestos inferiores, aun teniendo una capacidad superior a la de hombres y mujeres más jóvenes. Continúa siendo discriminada para llegar a ocupar un puesto de alta jerarquía o poder (García, 2011).

La mujer madura, es de una generación con dogmas personales, familiares y culturales muy arraigados. Algunas veces las circunstancias la obligan a cambiar y adaptarse; en otras la incapacidad de adaptación la arrastra a un ostracismo y aislamiento que literalmente la convierte en ermitaña (Coria, 2016). Se niega a aceptar conceptos que ya incluso científicamente han sido descartados; monogamia, amor, género, etc., incluso descalifica el nuevo feminismo, que es ya una corriente que la apoya y beneficia. (Fisher, 2006).

Del mismo modo puede tener prejuicios interraciales, interculturales, interreligiosos etc. e incluso reprobar el sentimentalismo en los hombres, ya que sigue considerándolo como característica exclusivamente femenina, autolimitando sus relaciones sociales con las personas que las aprueban o gente que las manifiesta. También puede ser censurada, al observársele tomar con naturalidad el abuso y acoso hacia la mujer, por haberse criado en un ambiente en donde era normalizado (Touraine, 2010).

Por otro lado, está segura de ser mujer, independientemente de todos los cambios socioculturales que ha presenciado; poco a poco va haciéndose consciente de que existe por ella y para ella, abriéndose una nueva perspectiva de plan de vida; va comprendiendo las nuevas ideologías lo que le ayuda a visualizarse como capaz e incluida (Touraine, 2010).

Encontramos actualmente que un importante porcentaje de mujeres que atraviesan la etapa de la madurez, andan por la vida deambulando con uno o varios de estos diferentes estados emocionales: depresión, ansiedad, fobias, crisis existenciales, duelos, soledad, angustia, melancolía, estrés, inseguridad, culpa, parálisis emocional, adicciones, alteraciones del sueño y/o del apetito, baja autoestima, incapacidad para desarrollar relaciones sanas consigo mismas o con los demás, pensamientos de muerte, ideación suicida, intento suicida, suicidio, etc. (Coria, 2016)

8. Factores predisponentes al problema

8.1 Características de la mujer madura a nivel intrapersonal.

Según Coria (2016), la edad de la madurez es una etapa que comienza a desplegarse al cruzar las fronteras de la mediana edad y que, particularmente en la mujer, ha adquirido existencia real desde hace poco tiempo. Es una etapa compleja de la vida que no existía décadas atrás. En esos tiempos, la historia de la mujer se daba por concluida al finalizar la crianza, con la única excepción de funcionar como una “buena abuela”, es decir, como una continuidad del ejercicio maternal.

Es común que la mujer que cursa esta etapa cargue dogmas internalizados acerca de su edad con los que se autodescarta para participar en actividades de interacción humana. Generalmente, asume que ya no tienen la capacidad, las herramientas, ni la creatividad, intelectual y emocional para adaptarse a las nuevas exigencias, con lo que tenderá a asegurarse dentro de lo que percibe como conocido y garantizado. Por esta razón, su capacidad de adaptación al cambio se ve mermada por la falta de experiencia en la toma de decisiones y la posesión de la responsabilidad en los diferentes contextos que le tocó vivir (Coria, 2016).

Es común que a nivel intrapersonal le surjan preguntas como: ¿quién soy ahora?, ¿qué quiero?, ¿qué puedo?, ¿qué hago con todo el espacio y tiempo que ahora se me presenta?... Y, además, sufra una serie de cambios en distintas áreas de su vida que igualmente puedan inquietarla.

A nivel físico, los cambios son más que evidentes y es común que la mujer se resista a aceptarlos con naturalidad y creatividad. El pretender ser más joven a medida que ocurre el envejecimiento, se convierte en vivir el presente como una mala copia del pasado. Las arrugas, las canas, la flacidez de la piel, así como las limitaciones de fuerza, empiezan a hacer su aparición cambiando la apariencia física de la mujer (Coria, 2016).

En cuanto a los cambios fisiológicos, como la menopausia y desgaste orgánico, emergen generando disminución o pérdida de habilidades y capacidades tanto físicas como mentales. Neurofisiológicamente inicia el padecimiento de enfermedades de tipo degenerativo como el Parkinson y el Alzheimer, entre otras, mientras que a nivel fisiológico se desatan enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes (Coria, 2016). Puede ser que la mujer madura, aún y cuando sienta disminuida sus condiciones de salud, se resista a tomar tratamientos o nuevas alternativas para mejorarla por temor a las técnicas médicas modernas (Fisher, 2016).

Desde el punto de vista emocional, la mujer madura, pertenece a una generación anclada a estereotipos e ilusiones mentales obsoletos que no le permiten adaptarse ni avanzar tan fácilmente. Se aferra a conceptos rígidos de que solo hay una manera de transitar el futuro, perdiendo la oportunidad de ser creativa y adaptarse.

Asimismo, enfrenta un estado de vulnerabilidad y fragilidad humanas a las que previamente nunca se había expuesto; por primera vez en su vida se ve carente de apoyo con la responsabilidad de tomar sus propias decisiones con las consecuencias que estas conlleven (Coria, 2016).

En lo afectivo, la mujer madura generalmente está acostumbrada a una “sobreadaptación” con la finalidad de complacer a todos los demás menos a ella misma, lo que le ocasionaba un desgaste extremo. Respecto a su identidad, continúa dándole prioridad a la opinión de los demás tomándola como parámetro de lo que es o debe ser, evitando reconocerse como persona creativa con valiosas experiencias de vida.

Se engancha a la seguridad de supuestas garantías que han quedado en el pasado, insistente en que éstas deben ser cumplidas simplemente porque las cosas “así deben de ser” (Coria, 2016.)

Cognitivamente la mujer en la edad de la madurez tiene pánico al cambio y la novedad, se paraliza y no logra tolerar la incertidumbre de lo que vendrá. Al terminar todos los proyectos que se trazó desde la juventud, y viendo que tal vez muchos no tuvieron el final deseado, es incapaz de vislumbrar un resultado diferente que sea aceptable. Idea el temor a perder espacios conocidos y la parálisis a adaptarse a, o crear, nuevos espacios más funcionales (Coria, 2016).

Respecto a su autoimagen, nació, creció, y vive aún con un mito de necesidad de protección y seguridad; ha vivido con la creencia que dichas garantías siempre venían de una fuente externa y nunca de sí misma. Enfrenta un momento en donde las decisiones, la responsabilidad e incluso el poder, ya solo dependen de ella, tal vez por primera ocasión en su vida (Viejo, 2005).

Su autosatisfacción, continua con la búsqueda de satisfactores externos o, buscando distractores igualmente externos que la disuadan de enfrentarse a los nuevos momentos de autoconocimiento (Viejo, 2005). Continúa enfocándose en la negatividad de las cosas en lugar de cambiar a hábitos de pensamiento positivo y sobrevalora lo físico y material en lugar de la experiencia y la sabiduría (Fisher, 2016).

Psicoevolutivamente, la mujer madura, continúa viviendo bajo tradiciones que científicamente ya han sido descartadas. Se anclan en un pasado obsoleto o se preocupan por un futuro incierto en lugar de vivir el presente (Fisher, 2016).

Pertenece a un grupo generacional, que espiritualmente mantiene una religiosidad rígida en tiempos en los que ya la apertura de creencias es más amplia y busca puntos de coincidencia entre las diferentes religiones y filosofías de vida (García 2011).

8.2 Características de la mujer madura a nivel interpersonal.

En general, la mujer de la etapa de la madurez, cambia la imagen y desempeño de la mujer en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. Se ve invadida por los prejuicios sociales acerca de que carece de habilidades para desarrollarse de una manera eficiente en lo profesional, sentimental, social, etc. (Coria, 2016).

Familiarmente, viven una dualidad en la que, en la vida pública está alejada de los roles domésticos y maternos, y en los roles hogareños está alejada de los laborales. Pertenece a la primera generación que simultáneamente aporta económicamente a la manutención de sus padres y de los hijos adultos (García, 2011). Se le dificulta entender la creciente fragilidad de la pareja y la familia (Touraine, 2010).

Familiar y académicamente es una mujer que no fue criada con destreza para la lucha; lo cual la pone en desventaja por su propia formación cultural en el momento de competir contra los hombres en diferentes áreas sociales. De igual manera puede padecer consciente o inconscientemente desventaja ante otras mujeres que sí desarrollaron por alguna razón destrezas de competitividad (García, 2011).

A nivel laboral, la mujer madura destacada profesionalmente constituye una anomalía social en el seno de una sociedad patriarcal. Enfrenta desproporciones en los territorios laborales; no importa que tan bien preparada esté, pertenece a una generación que aún se ve discriminada en los puestos de trabajo. Profesionalmente se le exige las más altas cualidades, sin embargo, solo excepcionalmente puede llegar a los niveles más privilegiados en dicho ámbito (García, 2011).

Es una mujer que aún se encuentra en círculos de poder en los que siguen predominando los hombres, y que de alguna manera “han permitido” su inclusión, de tal manera que su participación sigue siendo limitada; incluso en las esferas culturales y sociales, esta generación de la mujer continúa relegada. Ya sea artista, escritora, actriz, poeta, etc., así como líder social, continúa en desventaja ante hombres y mujeres más jóvenes (Carvajal, 2002).

Socialmente, perpetúa el estigma de ser una comunicadora que habla mucho, sin embargo, esos discursos nunca son acerca del verdadero sentir de su esencia. Continúa con el vicio de quejarse sin actuar. En un mundo en el que las redes sociales permiten expresar las opiniones de una manera abierta, ella no ve como un recurso propio el intervenir con elementos que puedan contribuir a la solución de problemas sociales (Viejo, 2005).

A la mujer madura todavía le cuesta trabajo aceptar los cambios e ideas acerca de conceptos como sexo y diversidad de género, viendo todo ello como enfermedades; se le dificulta tolerar relaciones interculturales e interreligiosas a niveles sociales y familiares. Aun trata de defender la femineidad como un conjunto de comportamientos propios de la mujer que la distingue del hombre; por ejemplo, vive con el concepto de la exclusividad de la expresión de los sentimientos para la mujer y conservan el concepto de la irrelevancia de estos para el hombre (Touraine, 2010).

Personalmente, considera el concepto de mujer como el “deber ser”. Pertenecen a las últimas generaciones que tienen la idea del primer feminismo, cuyo objetivo era que la mujer fuera igual que el hombre, eso les ha obstruido el ver los nuevos conceptos más realistas y beneficiosos acerca de esa ideología, por entenderlo como una forma de acción política (Touraine, 2010). Tienen un diseño de personalidad introyectado, que aún no está listo para la sociedad moderna en pro de la igualdad femenina (García, 2011).

Puede llegar a reconocer la violencia y el acoso sexual hacia la mujer como algo normal y natural, ya que pudo haberle tocado vivirlo cuando aún no se le daba el reconocimiento nocivo que actualmente se le está iniciando a dar (Touraine, 2010).

La mujer madura vive aún con el lema de la durabilidad de las cosas, las relaciones, los trabajos, los objetos; en ponerse la camiseta en un mundo en donde la idea de permanecer tres meses en un empleo es estancarse (Viejo, 2005).

Aún no está consciente de que forma parte de una nueva etapa en el ciclo vital de la mujer. Ignora que constituye un auténtico nuevo arquetipo de género, un modelo de transición (García, 2011). Sin embargo, a pesar de ser consciente de su dependencia, personalmente, poco a poco, va adoptando la idea de que existe por sí misma y para sí misma, se manifiestan con sencillez y al mismo tiempo con convicción “soy mujer”, independientemente de corrientes ideológicas o políticas. Ya empieza a hablar de la presencia positiva, de la afirmación de agente social que se opone a una conciencia de falta, alienación e impotencia (Touraine, 2010.)

Capítulo II.

Abordajes terapéuticos al problema.

1. Abordajes terapéuticos no sistémicos al problema.

Observando las condiciones sociales a nuestro alrededor, incluyendo la desintegración de la familia y la sociedad en general, podemos darnos cuenta que las relaciones humanas están siendo dañadas. Los divorcios van en aumento, la duración de las relaciones sentimentales interpersonales se puede medir en semanas, más gente vive sola, y generalmente la gente reporta ser más irrespetuosa acerca de otra gente. Cuando la gente se siente aislada, desolada y dispensable, es difícil que se sienta bien (Yapko, 2009).

Se puede iniciar por considerar como las circunstancias, ya sean generadas por la persona misma u otra persona o situación, afectan a la gente y su perspectiva de las cosas. Puede tomar el tiempo para reflexionar y ser proactivo desarrollando actividades que le ayuden a optimizar su vida e iniciar a conectarse con otras personas de una manera significativa con el fin de sentirse mejor (Yapko, 2009).

En libros, artículos científicos, reportes académicos y conferencias, podemos encontrar muchos y muy variados acercamientos a la solución de los “estados emocionales alterados de la mujer”. Menopausia, depresión post parto, estrés por padecer cáncer, alteraciones del sueño, duelo, ansiedad, estrés post-trauma, secuelas farmacológicas emocionales, por mencionar algunos, son los cuadros clínicos con los que se han documentado trabajos de diversos acercamientos de tratamientos psicoterapéuticos en mujeres (Bryant, 2012; Epstein, 2007; Figueroa, 2002; Yonus, 2003).

La ciencia está haciendo lo suyo. La medicina alópata saca al mercado constantemente, y desde hace ya algunos años, medicamentos con la idea de ayudar a la gente, especialmente a los que están en la madurez o senectud en el ciclo de vida, a sentirse en un estado emocional más conveniente.

Cada vez podemos encontrar fármacos con un espectro más específico de acción, para cuadros clínicos diagnosticados por los siquiátras, con hipotéticamente menos efectos secundarios; sin embargo, “la píldora de la felicidad” ideal, aún no ha aparecido; continúan registrándose efectos colaterales a los tratamientos, principalmente en el caso de ansiolíticos y antidepresivos; podemos observar consecuencias como, alteraciones del apetito, cambios en el metabolismo basal,

problemas de memoria y afectación de otros órganos como hepatitis postmedicamentosa (Marinoff, 2004).

Igualmente es sabido y está documentado la utilización de estos medicamentos por las pacientes, como instrumentos para el intento de suicidio y suicidio (López, 2004). Asimismo, conocemos la tendencia de las pacientes a buscar “otra alternativa” de tratamiento porque, no quieren ser adictas a un medicamento; por el otro lado, existen casos de pacientes que sin “su pastilla” no pueden vivir, de tal modo que cambian de un papel de depresivas o ansiosas a adictas al medicamento (Marinoff, 2004).

No cabe duda, que la salud emocional del ser humano causa un impacto importante en la economía de la industria farmacéutica; buscando un remedio que no se encuentra o, como algunos críticos de ese medio indican, no se quiere encontrar; el Dr. Yapko comenta, “*es un buen negocio*” (2009).

La Dra. Karen Kershaw, profesional de la hipnosis clínica, en su libro *The Worry Free Mind* (2017) describe y documenta como solución a las enfermedades emocionales el “efecto placebo”; detalla como éste tiene un papel preponderante en la recuperación de la salud del ser humano valiéndose de recursos autosustentables. Es sabido como nuestro organismo tiene la capacidad de producir los mediadores bioquímicos para solucionar problemas de salud, es decir, para curar.

Muy ligado al trabajo de la Dra. Kershaw, encontramos toda la gama de enfoques, terapias y tratamientos psicoterapéuticos que, cada uno en su momento y aun en la actualidad, siguen proponiendo tratamientos, terapias y soluciones en la constante lucha para solucionar la problemática psicoemocional de la mujer madura. El modelo psicodinámico (Cameron, 2004), el gestalt (Zinker, 1977), el cognitivo-conductual (Figueroa, 2002), el neurofeedback (Collura, 2014) y la neurobiología (Damasio, 1994), son solo algunos de ellos.

La Dra. Lea Walker (1994) señala que la psicoterapia tradicional deberá adaptarse de modo que tome en cuenta el impacto específico del trauma y la respuesta idiosincrática de la mujer. Esta psicoterapeuta, con más de 20 años de experiencia con mujeres víctimas de maltrato, en su libro *Abused Women and Survivor Therapy* (La mujer abusada y la terapia de supervivencia) reúne una serie de estrategias de intervención, cuyos orígenes están en la teoría feminista y en la terapia del trauma, que considera forman una nueva intervención que denomina *survivor therapy* (Terapia de supervivencia).

Esta terapia, no solo ayuda a las mujeres violentadas por sus parejas, también a aquellas afectadas por todo tipo de violencia, laboral, familiar o social. Los principios

más relevantes son la seguridad de la mujer, su empoderamiento, la validación de sus experiencias, el énfasis en sus lados fuertes, la educación, la diversificación de sus opciones, el restituir la claridad en sus juicios, la comprensión de la opresión y que la mujer defina sus propias decisiones. También incluye el tratamiento de los síntomas producidos por el abuso mediante técnicas tomadas de otras terapias, especialmente del enfoque cognitivo-conductual, aunque reconoce que pueden ser útiles otras técnicas cuando los tratamientos son grupales o si el impacto es muy grave (Walker, 1994).

2. Algunos abordajes sistémicos al problema.

La mujer en la madurez tiene en su haber un sinfín de duelos, la pérdida de un ser querido, de trabajo, de salud, de pareja, etc. Para el tratamiento psicoterapéutico de estas situaciones, podemos mencionar la aplicación de intervenciones de tipo sistémico: la narrativa (White, 2002), la hipnosis ericksoniana (Téllez, 2015), el enfoque en soluciones (Charles, 2010), la terapia breve (Charles, 2018), la terapia estratégica (Nardone, 2012), la programación neurolingüística (Domínguez, 2011), así como otras mencionadas en reportes científicos (López, 2004; Marín, 2004; McMurrin, 2011)

El Dr. Felipe García en su libro *Terapia Sistémica Breve* (2015), nos habla del abordaje terapéutico en el caso de lo que él llama “duelos complicados”, el cual centra principalmente en el acompañamiento. Basa su intervención en los principios propuestos por el Dr. Neimeyer (2002); el autor indica, el deseo de que las personas en duelo cumplan con cuatro tareas principales: Aceptar la realidad de la pérdida, expresar sus emociones y su dolor, adaptarse a un medio sin el fallecido o lo perdido, y recolocar emocionalmente al fallecido o lo perdido para seguir viviendo; éste último punto ayuda a encontrarle al fallecido o lo perdido un lugar en la vida psicológica del doliente. La construcción de significado es la tarea principal para enfrentarse a la pérdida (García, 2015).

Igualmente el Dr. Michael White (1994) quien, mediante preguntas reflexivas acerca de la influencia del fallecido en la vida del cliente, crea una narrativa a la que llama “remembranza” o “remembresía” en la que se asigna un nuevo vínculo fallecido-doliente, dándole a este último una resignificación de la relación entre ambos.

El Dr. García también propone otros abordajes como: Uso de símbolos, escribir, dibujar, hacer un álbum de recuerdos, rituales y la huella vital (reconocer la influencia del fallecido en la vida del doliente). Desde su punto de vista, indica la necesidad de que el terapeuta facilite la expresión emocional de la persona en duelo así como la habilidad de formular preguntas que lo ayuden a ese proceso de

reconstrucción; permitir que la misma persona encuentre el camino para generar experiencias significativas (García, 2015).

En el caso de las terapias alternativas, secundarias y complementarias también observamos intentos de solución para la problemática emocional de la mujer madura. En este ámbito podemos encontrar tratamientos no tan documentados en la literatura científica: Logoterapia, homeopatía, acupuntura, aromaterapia, magnetoterapia, meditación, alineación de los chacras y una extensa variedad de tratamientos más, que de una u otra forma, pueden actuar como solución o coadyuvante para el tratamiento de los cuadros clínicos que afectan a la mujer madura en la actualidad. (Forrest, 2019; Aguilera, 2017; Hay, 2010; Frankl, 1979; Kornfield, 2002; Yogananda, 2008).

Sin embargo, un factor interesante a observar en la bibliografía respecto a la salud emocional de la mujer es el rango de edad. Al revisar lo registrado, podemos encontrar investigaciones en poblaciones de edad de mujeres jóvenes, adultas mayores o, a los que se le llama, “menopáusicas”; generalmente en este último grupo se describe las edades de las mujeres que involucra la muestra de esta investigación, pero sin tomar en cuenta un grupo de edad en particular (Bryant, 2012; Epstein, 2007; Figueroa, 2002; López, 2004; Marín, 2004; McMurrán, 2011; Yonus, 2003).

Otro dato importante es la ausencia de un intento psicoterapéutico para disminuir el impacto social de la salud emocional de la mujer madura; es decir, se intenta tratar, por diferentes intervenciones de esta disciplina, de una a tres facetas de su salud, por ejemplo, buscar su salud emocional, mental y/o física.

El hecho de que no se ha encontrado un documento que registre la intervención psicoterapéutica de la mujer madura en un contexto que involucre todos los aspectos importantes como: salud física, mental, emocional, relacional (familiar, de pareja, laboral y social) e incluso espiritual (Bryant, 2012; Epstein, 2007; Figueroa, 2002; López, 2004; Marín, 2004; McMurrán, 2011; Yonus, 2003), es el motivo por el cual esta investigación ofrece una alternativa más para tratar psicoterapéuticamente a la problemática de la mujer madura de forma integral, enfocándonos principalmente en la recuperación de su sentido de vida.

3. Perspectiva sistémica del problema

Hay una serie de factores importantes que están implicados en la realidad y los problemas que enfrenta la mujer que transita la etapa de la madurez. Entre ellos se pueden citar las creencias, los constructos, las costumbres, los patrones, los

introyectos, las relaciones interpersonales, las relaciones en los ambientes sociales, laborales y familiares, la incertidumbre, la autoestima, la percepción, la inclusión, el reconocimiento y los cambios evolutivos. Sus enfermedades, dolencias o carencias físicas o emocionales, interpersonales o intrapersonales, tienen como raíz, una serie de factores que están en proceso de evolución (Viejo, 2005).

Desde la perspectiva intrapersonal, la mujer madura puede estar viviendo condiciones importantes de alteración física, mental, emocional y comportamental, en donde todos estos elementos acaban retroalimentándose entre sí.

Es común que si, por ejemplo, tuviese pensamientos negativos o incapacitantes, éstos terminen por detonarle emociones como miedo, ansiedad o tristeza, ante lo que su comportamiento se verá disminuido en productividad y rendimiento. Y al observar este resultado, la mujer acentuará de manera circular los pensamientos y sentimientos negativos de forma que quedará consolidada su visión, bajo un patrón recursivo nocivo.

Si a su vez, este patrón se observa en forma interpersonal, se pueden generar relaciones disfuncionales ya sea a nivel familiar, sobreinvolucrándose o distanciándose de su pareja o demás seres queridos; o bien, a nivel laboral o social, pudiendo provocar situaciones conflictivas, al asumir actitudes victimales o inflexibles, tanto con sus compañeros como con amigos y otros contactos sociales en general.

Lo más trascendental de lo anterior es el hecho de que, al formar la mujer madura con sus circunstancias y sus crisis parte de los diferentes sistemas sociales, éstos a su vez, también pueden verse afectados por ella, convirtiéndose así su participación, en causa y efecto simultáneo, entre sus problemas y los de su sistema cercano (Viejo, 2005).

Por ejemplo, a nivel familiar, la madre afectada emocionalmente, altera de igual forma a sus hijos; la abuela aislada o reprimida no convive ni transmite experiencias valiosas a sus nietos; la esposa o pareja desilusionada o devaluada, no tiene la capacidad de tener una relación eficaz con su esposo o pareja; y cuando aún ejerce su rol de hija, puede desorientar, confundir o frustrar a sus padres que estuvieran en edad muy avanzada, y la respuesta de afectación de estos miembros del sistema, acaba por detonar una mayor frustración y acentuación de las conductas y actitudes difíciles de la mujer madura, enfatizando aún más el problema relacional (García, 2011).

A nivel laboral, la empleada que se siente incompetente lo transmite a sus compañeros y jefes; la jefa ansiosa altera o agrede pasiva o activamente a sus empleados y socios; la vecina conflictiva desordena a su barrio; la profesionista

deprimida es ineficaz para realizar sus actividades con éxito; la maestra estresada desorienta a sus alumnos; la política estancada inhabilita a sus equipos de trabajo. (García, 2011).

Espiritualmente, la religiosa o guía espiritual intransigente decepciona a sus comunidades o consultantes y así, sucesivamente, podemos darnos cuenta de cómo la salud física, mental, emocional, intrapersonal e interpersonal de la mujer madura son un factor importante para el buen funcionamiento de nuestra sociedad a todos los niveles. (García, 2011).

El papel de la mujer madura como organizadora en el sistema familiar, como madre guía de adolescentes y jóvenes adultos; abuela consejera o supervisora de niños o púberes e hija responsable y sensible pendiente de padres de edad avanzada, son una firme base para que el sistema social tenga un equilibrio y sea funcional, siempre y cuando ella se encuentren en un estado adecuado de salud. (García, 2011).

El ejemplo de patrones de conducta, valores y tradiciones culturales y familiares son una responsabilidad que con gusto y orgullo perpetúa la mujer madura, siempre y cuando, se encuentren sanas física, emocional e incluso espiritualmente. (García, 2011).

En el caso de las relaciones de pareja de la mujer madura, llámese matrimonio, unión libre, vida en pareja, e incluso, diálogo entre dos personas divorciadas que desean tener una buena relación para ser padres funcionales para sus hijos; se necesita de dos personas emocionalmente sanas, para que estos sistemas interpersonales sean funcionales (García, 2011).

La mujer madura que ha logrado ofrecer sus talentos naturales al mundo, despojándose de miles de años de subordinación económica e ideológica y ahora es directora de alguna empresa, u ocupa un cargo político importante, necesita salud emocional para desarrollar su cargo; los sistemas formados por sus subordinados, y las familias de éstos, cuenta con su buen juicio; los sistemas empresariales y/o políticos bajo su cargo cuentan con su inteligente dirección. (García, 2011).

Lo mismo podemos decir de la mujer madura que ejerce su profesión como médico, psicoterapeuta, maestra, o cualquier otra profesión, que la realiza con una vocación y características humanas particulares de su generación. Para que todos estos sistemas de salud, educativos y sociales no se vean impactados por la falta de este recurso humano, la mujer madura debe poseer una estructura mental y física equilibradas y eficientes (García, 2011).

La mujer madura activista social y, la que se dedica a tantos oficios ya por tradición inherentes a la mujer; todas ellas son integrantes clave para que la población se desenvuelva adecuadamente; reiterando que, el equilibrio en ellas se refleja en el equilibrio del sistema social (García, 2011).

Y al referirnos a la salud de la mujer de la edad madura, hablamos tanto de una salud intrapersonal, es decir una relación sana consigo misma y, una salud interpersonal sana que sostenga con todas las personas que la rodean en los distintos ámbitos (García, 2011).

Así como la adolescencia lo fue en su momento, la etapa de la madurez en la mujer forma parte de una nueva fase del ciclo de vida del ser humano. Esta nueva generación de adultos con capacidad para la acción, la sinceridad, la desinhibición y con un haber de experiencia de vida multipotencial, busca hacer su lucha a su manera y a su ritmo. Esta generación de adultos en la edad de la madurez desea ser tomada en cuenta en todos los ámbitos sociales y personales del ser humano; desea dar al mundo y a la vida todo de lo que es capaz siempre y cuando, se sienta bien, sana y equilibrada (Touraine, 2010).

Capítulo III.

Bases teóricas del enfoque sistémico en el que se sustenta el Modelo de Intervención Sistémica Integradora

En este capítulo se hará una revisión de los fundamentos en los que está cimentada la Intervención Sistémica Integradora. Iniciaré describiendo algunas de las bases epistemológicas de la Terapia Breve Sistémica, como lo son la Teoría de los sistemas, la cibernética en las ciencias sociales, el constructivismo y el construccionismo social. Posteriormente continuaré con la descripción de los modelos terapéuticos de donde fueron extraídas las técnicas de la ISI, como el modelo de terapia enfocada en soluciones, la hipnoterapia ericksoniana, la programación neurolingüística, el modelo integrativo de enfoques sistémicos en torno a soluciones, la narrativa y finalizaré con la logoterapia.

1. Bases epistemológicas de Terapia Breve Sistémica

a) Teoría de los Sistemas

Inicialmente la explicación del universo y la ciencia en general se basaban en el pensamiento aristotélico lineal y reduccionista representado en el principio de causa-efecto, con una visión totalmente unidireccional principalmente en el campo de la física. Sin embargo, a nivel biológico y humano, dicho principio se mostraba incapaz de fundamentar los aspectos respectivos a esta índole, ya que aislaba a los seres vivos de su contexto natural, evitando una serie de variables indispensables para su comprensión.

Ante la anterior necesidad de contextualización, se fueron dando cambios adaptativos a nivel científico, de tal manera que ciencias como la física, las matemáticas y la biología, la teoría de los sistemas y la cibernética, impulsaron un estudio más integral de ciencias sociales y del comportamiento dando una panorámica más coherente de las interacciones psico-socio-ambientales. Es en 1945 cuando a estos conceptos se les da el título de Teoría General de los Sistemas.

Uno de los más importantes promotores de la teoría de los sistemas aplicada a nivel sociológico y comportamental, fue Gregory Bateson, quien propuso la necesidad de estudiar el objeto-sujeto tomando en cuenta todo lo que le rodea, así como la manera en que interactúa en este contexto.

La teoría circular o de circularidad, como fue llamada esta nueva corriente epistemológica, nos detalla la importancia de describir al sujeto en estudio tanto desde una causalidad lineal, así como describir el sistema completo del que es integrante, con sus elementos y las relaciones que hay entre unos y otros.

La base principal es considerar a los organismos como elementos de un sistema en el que interactúan unos con otros creando reacciones recíprocas y múltiples, tanto entre los individuos como entre las circunstancias y elementos del contexto que los contiene (Charles, 2010).

b) Cibernética en las Ciencias Sociales.

El Dr. Norbert Wiener en su libro *Cibernética* publicado en 1948, define a la cibernética, como una ciencia que involucra a la comunicación y el control de máquinas y animales, basada en el trabajo de los sistemas por medio de la realimentación. El mismo Dr. Wiener definió “retroalimentación”, como el procedimiento para manejar un sistema, que radica en retornar e introducir los resultados de una práctica anterior (Wiener, 1998).

En el ámbito de la terapia familiar, la cibernética ha tenido una influencia preponderante gracias a sus importantes desarrollos epistemológicos. En la historia de estos desarrollos, Gregory Bateson, Warren McCullough, Humberto Maturana, Francisco Varela, Heinz von Foerster y Ernst von Glasersfeld aportan los principales elementos que dan a la terapia sistémica, así como las ciencias del comportamiento, una coevolución con la física, la lingüística y la antropología generando el concepto de “la autorreferencia” (Charles, 2010).

La cibernética del primer orden nos habla de energía que se transforma y otra que se gasta en el proceso (entropía). Este gasto y tendencia al desorden tiene procesos que tienden a revertirla (negentropía). La negentropía era el principio ordenador; más allá de lo positivo había caos y destrucción en el sistema; los procesos buscan entonces la homeostasis por procesos autocorrectivos. Los procesos en la terapia familiar de esa etapa inicial reflejan el enfoque negentrópico; reglas, mitos, patrones interactivos, todo dentro de la familia.

La segunda etapa de la cibernética, también llamada segunda cibernética, por influencia de Magoro Maruyama (1963), la atención se dirige a la amplificación de la desviación, la retroalimentación positiva y los procesos sistémicos que llevan al cambio, lo cual conduce a una perspectiva homeodinámica (en contraste con la homeostática anterior). En el ámbito de la terapia familiar se dio la descripción de intervenciones terapéuticas generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y

actividades provocativas para promover en el sistema familiar cambios cualitativos, representados magistralmente por Salvador Minuchin y Carl Whitaker.

La cibernética de segundo orden llevo a incluir a la cibernética entre los objetos de estudio; el contexto que la favoreció fueron elementos tales como, el principio de incertidumbre de la física cuántica, los aportes filosóficos de Wittgstein, las contribuciones neurofisiológicas de McCullouch, Varela y Maturana, las lógicas de Foerster y Pask y la psicología evolutiva de Piaget, para mencionar solo parte de un gran grupo de científicos.

La disertación científica incluye un discurso acerca de la naturaleza del lenguaje (límites y alcances) y los proceso mentales de quien lo emite así como acerca de a quien se refiere en el discurso. La acción terapéutica es una conversación en la que el terapeuta busca insertarse en el contexto del cliente (individuo, familia, sistema en general), y así proponer alternativas para que el sistema desarrolle nuevas propuestas libres del “problema” (Sluzki, 1985).

c) Constructivismo, construccionismo.

La visión sistémico-cibernética sirvió de base a la Terapia Familiar en el siglo pasado y a partir de los 70’s evolucionó con las contribuciones filosófico-científicas del constructivismo y el construccionismo social.

El constructivismo plantea como los individuos creamos el mundo social que habitamos asignándole coherencia a lo que vivimos, dando valor y significado congruente a nuestra experiencia, es decir, la persona construye co-participativamente conductas, alternativas, juicios y opiniones incluso inconscientemente.

Watzlawick (1983) y Maturana (1980) son teóricos relevantes del constructivismo y coinciden al definirlo acentuando que cada individuo efectúa una construcción subjetiva de la realidad y forma a través del lenguaje sus propias imágenes de lo que es la realidad.

Gergen (1997), con una mayor perspectiva, nos dice que la persona crea sus constructos a través de convivir y conversar con los otros, es decir, realiza una co-construcción a través del lenguaje; en este caso, el terapeuta construccionista enfocado en soluciones, pone atención a la forma en que el sistema-cliente participa, posteriormente coopera con él de dicha forma.

Se menciona una realidad de primer orden, la realidad física que existe independientemente de la presencia del individuo; y la realidad de segundo orden,

que es como cada quien experimenta la primera a través de su percepción, construyéndola mediante el lenguaje y coparticipando con el contexto.

El construccionismo nos sugiere que clasificar es ordenar y que el lenguaje viene de una habilidad ordenadora, tal como lo indica la Teoría de los Grupos Lógicos. (Charles, 2010).

Al respecto de todo lo anterior, el Dr. Sluzki comenta acerca de cómo la concordancia entre terapeutas constructivistas y paradigmas, puede describirse como cuando el terapeuta intercambia entre pensar acerca de la familia “afuera” y sumergirse en el diálogo terapéutico para ir deslizándose junto con la familia en la construcción colaborativa de representaciones, historias y sus significados. En este vaivén se fusionan los dos ingredientes del Dr. Bateson, rigor e imaginación, los así llamados elementos pragmáticos y estéticos de la Terapia Familiar Sistémica (Sluzki, 1985).

2. Modelo Terapia Enfocada en Soluciones.

La terapia breve enfocada en soluciones ha evolucionado en el marco conceptual de la visión constructivista- construccionista. Desde esta perspectiva, la Terapia breve enfocada a soluciones va construyendo nuevos sistemas de significados a través de la plática terapéutica, poniendo atención en preguntas encaminadas a la situación problemática, los recursos del cliente, visión de un futuro positivo y rastreo de experiencias de soluciones exitosas; identificando al mismo tiempo los factores clave para la producción de las tareas por y para la familia, todo el tiempo con la visión de que “la familia tiene la solución”. Todos los preliminares, son recursos utilizados en este trabajo.

El modelo de terapia breve enfocada en soluciones se desarrolló con Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y su equipo en Milwaukee, Wisconsin a finales de los 70's; igualmente tiene su principio en el modelo de terapia breve del Mental Research Institute (MRI, por sus siglas en inglés) de Palo Alto California; para este modelo, la intervención del terapeuta se dirigía a intervenir en el patrón interaccional entre el problema y las soluciones fallidas, con la finalidad de interrumpirlo; siendo ésta una intervención más directiva que la del grupo de Milwaukee; esta intervención del patrón interaccional también fue uno de los elementos clave en la intervención sistémica integradora (Charles, 2010; de Shazer, 1985).

Uno de los principales recursos generados dentro de la terapia breve enfocada en soluciones y utilizados en esta tesis doctoral es el reencuadre; co-crear realidades de segundo orden en la conversación terapéutica, respetando los puntos de vista y

creencias del cliente, para después comulgar con esa visión; posteriormente es posible dar alternativas que resignifiquen la visión del cliente dándole un sentido más útil y funcional a su vida. Asimismo, otros elementos medulares utilizados fueron el rescate de recursos, las excepciones y las tareas (Charles, 2010).

3. Hipnoterapia Ericksoniana.

En su libro, *Lo esencial de la hipnosis*, el Dr. Michael Yapko nos describe cómo todas las teorías sobre la hipnosis desarrolladas hasta el momento, son útiles al describir los aspectos de la misma, sin embargo, ninguna se puede considerar como la última palabra para su definición (Yapko, 1999). Incluso el Dr. Milton Erickson nos explica desde 1958, lo importante que es la investigación acerca del enfoque naturalístico de las inducciones hipnóticas para poder ofrecer una definición exacta (Erickson, 1958; Jaley, 1985)

Sin embargo, el Dr. Arnoldo Téllez (2015) nos da una descripción práctica, considerando a la hipnosis como concentrar nuestra atención en un foco específico que, a su vez, nos lleva a un estado especial de conciencia, en el cual pueden evocarse involuntariamente experiencias previamente aprendidas. Este estado tiene como característica un incremento en la sugestionabilidad y en la capacidad de modificación de la percepción, memoria y del funcionamiento del sistema nervioso autónomo.

Asimismo, el Dr. Téllez describe en su libro que, cualquier tipo de intervención psicoterapéutica, que puede ser de orientación psicoanalítica, ericksoniana, cognitivo-conductual, que se realiza usando la hipnosis como contexto, es considerada hipnoterapia (Téllez, 2015).

En este estudio en particular se utilizó la hipnoterapia con una acentuación en la regresión y progresión en tiempo y utilización de metáforas como herramientas principales, tal como las utiliza el Dr. Erickson en sus trances (Haley, 1985). El objetivo principal del trance utilizado, como lo explica el Dr. Yapko en su conferencia en Anaheim, California en el 2017, es empoderar a la persona para descubrir y utilizar sus recursos innatos (Yapko, 2017).

4. Programación Neurolingüística

La programación neurolingüística (PNL) es un modelo de comunicación, desarrollo personal y psicoterapia, creado por Richard Bandler y John Grinder en California, Estados Unidos, en la década de 1970 (Bandler, 1982). Robert Dilts nos comenta

en su conferencia en Anaheim California en el 2017 que otro contribuyente importante en el desarrollo de este modelo fue el Dr. Gregory Bateson (Dilts, 2017).

Sus creadores sostienen que existe una conexión entre los procesos neurológicos («neuro»), el lenguaje («lingüística»), y los patrones de comportamiento aprendidos a través de la experiencia («programación»), afirmando que estos se pueden cambiar para lograr objetivos específicos en la vida (Bandler, 1982); por ejemplo, en el modelo que se desarrolla en esta tesis doctoral, se utiliza una técnica de programación neurolingüística en la cual se rescata un recurso del pasado del cliente para que lo utilice en el presente, con el fin de llegar a su meta Ser y lograr su resignificación de vida (Domínguez, 2011).

El Dr. Dilts en su conferencia de Anaheim California en el 2017, nos comenta también, como la PNL de tercera generación ha avanzado notablemente y ha integrado al modelo inicial el factor relacional y sistémico al que llaman *field* (campo o contexto en su traducción al español) el cual se refiere específicamente a las relaciones interpersonales en el aspecto sistémico (Dilts, 2017).

5. Modelo Integrativo de Enfoques Sistémicos en Torno a Soluciones.

El modelo integrativo de enfoques sistémicos en torno a soluciones (MIESES) diseñado por el Dr. Ruperto Charles, puede ser descrito, apoyándonos en sus propias ideas, como un modelo psicoterapéutico basado en la epistemología de la teoría general de los sistemas, en la cibernética, en el constructivismo y el construccionismo social; el modelo de terapia breve centrado en la solución, la terapia breve centrada en la interacción problemática aportado por el *Mental Research Institute* y la hipnosis clínica naturalística aportada por el Dr. Milton Erickson. Todas estas disciplinas forman su centro en lo referente al concepto y la narrativa, y adicionalmente, el enfoque reflexivo y el colaborativo, también ofrecen aportaciones postmodernas al modelo.

En general podemos decir que el MIESES comprende las estrategias modernas y postmodernas que han resultado ser eficientes y replicables por psicoterapeutas habituales (Charles, 2018). Este modelo incorpora asimismo, las ideas medulares de modelos postmodernos como el narrativo propuesto por M. White y D. Epston, el Colaborativo planteado por H. Goloshian y H. Anderson, y el Reflexivo contribuido por T. Anderson y K. Tom. De una manera más sutil, participan enfoques modernistas como el estructural del Dr. S. Minuchin, el estratégico de J. Haley y el Humanista de V. Satir, así como conceptos de la Programación Neurolingüística.

El Dr. Charles también indica como en el haber del MIESES se pueden encontrar ideas aportadas por el psicoanálisis, la filosofía existencial, la logoterapia, la terapia centrada en la persona, de Carl Rogers, algunos elementos de la terapia gestalt, la terapia racional emotiva, de A. Ellis y la terapia cognitivo conductual, de A. Beck. Asimismo, ideas más contemporáneas de la Psicología Positiva y las nuevas contribuciones de las neurociencias. Igualmente indica que es importante reconocer la inclusión de esquemas y guías de la pedagogía y la andragogía, la ingeniería de procesos, de la administración y, un elemento clave y trascendente ha sido, el sentido común.

Como plantea el Dr. Charles, este enfoque está concentrado principalmente en soluciones con una visión sistémica optimista, basada en reducir los síntomas, encontrando las experiencias de éxito, de bienestar y crecimiento, mejorando los recursos y las fortalezas del consultante, ya sea persona, pareja, familia o comunidad (Charles, 2018).

El MIESES, es una de las bases fundamentales de este trabajo doctoral. Uno de los elementos cardinales extraídos de este modelo para la intervención evaluada, es la utilización de la meta Ser para contribuir a la resignificación de vida, además de la estructura de la entrevista bajo un modelo hipnoamnésico. Estos elementos son la piedra angular en el desarrollo exitoso de este modelo terapéutico ya que concibe en su esencia una visión positiva y optimista generadora de cambio infalible hacia una visión de vida más funcional en el cliente. También muy importantes aportaciones a la Intervención Sistémica Integradora a partir de este modelo son los reencuadres.

6. Logoterapia

La logoterapia es una corriente psicológica que propone que el ser humano no está motivado por la exploración del placer o el poder, sino que está encaminado al sentido de la vida. Fue desarrollada por el psiquiatra alemán Viktor Frankl (1905-1997), quien por primera vez usa el término «logoterapia» en 1926 para hablar de su método terapéutico.

La concepción de este autor se ve marcada y fortalecida por su estadía personal durante varios años en los campos de concentración nazis, donde considera haber podido sobrevivir porque supo darle un logos (del griego: sentido) a su existencia. (Lukas, 2011).

“Cada época tiene su propia neurosis colectiva. Y cada época precisa de su propia psicoterapia para vencerla”... (Frankl, 1979, p. 149).

Frankl basa su teoría en tres supuestos filosóficos que son fundamentales para su desarrollo: La libertad de voluntad (antropología): que explica que todo ser humano es capaz de tomar sus propias decisiones, por lo que es libre de escoger su propio destino. La voluntad de sentido (psicoterapia): presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal. El sentido de vida (filosofía): que para la logoterapia es un factor incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia, pero puede escaparse de la comprensión humana.

Según la logoterapia el ser humano representa un punto de interacción entre tres niveles: Físico, psíquico y no-ético o espiritual. El tercero, el no-ético, corresponde a una faceta específicamente humana, y es con ésta dimensión con la que la logoterapia trabaja. El logoterapeuta acompaña al paciente y le ayuda a ver las diferentes posibilidades que tiene.

Uno de los conceptos antropológicos fundamentales de la logoterapia es la visión del ser humano como un ser libre y responsable a pesar de las condiciones; el ser humano es responsable porque es, único, irreplicable, distinto de los demás e insustituible y por ello nadie puede afrontar la vida como él mismo (Lukas, 2011).

En la intervención sistémica integradora se trabaja con la consultante en el aspecto del logos o del yo espiritual según sean los constructos personales, familiares y/o sociales de la persona, basándonos en la definición que se le da en la logoterapia.

7. Terapia Narrativa.

Michael White y David Epston son los principales desarrolladores de la Terapia Narrativa.

Una posible definición de la Terapia narrativa, según el Dr. Felipe García (2015) es.... *“una serie de prácticas en las que las terapeutas están interesados en los procesos en que las personas construyen significados de las experiencias de sus vidas. A través de la narración y re-narración de historias preferidas animan un proceso de construcción de significado. De este modo, trabajan para hacer visibles- y audibles- aquellas historias de vida asociadas con nuevas maneras de construir la nueva identidad y que promueven acciones más congruentes con aquello que es importante para las personas en sus vidas, con lo que valoran”.*

Capítulo IV.

Evaluación del modelo de intervención.

A. Modelo Intervención Sistémica Integradora.

El Modelo de Intervención Sistémica Integradora (ISI) fue diseñado a partir de motivos personales, cuando me vi en la necesidad de buscar un nuevo objetivo de vida que me diera la satisfacción de lo que me fue inculcado por mi padre, “hacer cosas productivas”, de tal modo que me encontré con el reto de resignificar mi propia vida.

Fue así como inicié la búsqueda de “algo” que me motivase de una manera inteligente, práctica, útil y generadora de cambio a nivel social.

Recordando mi primera incursión en la obtención de un grado doctoral, en los años 80’s en Microbiología Médica, me vi tentada en hacerlo en Macrobiología Social, ya que, para ese momento, con 28 años de casada, me sentí con la responsabilidad social y moral de regresar a la vida algo, a cambio de tanta bendición recibida hasta el momento.

En el período de diseñar la Intervención Sistémica Integradora, mi experiencia de ocho años como terapeuta sistémica, había traído a mi haber profesional un cúmulo de fortunas al permitírseme intervenir como catalizador de cambio en un buen número de familias, parejas e individuos; de éstos últimos, muchas mujeres que buscaban “paz”, “felicidad” “bienestar”, “tranquilidad” y/o “algo para qué, o, por qué vivir”.

Dentro de mi entrenamiento como terapeuta sistémica estructural y estratégica fui comprobando la efectividad del reencuadre, el reconstruir con el consultante una nueva visión de la realidad más congruente con sus necesidades de bienestar, sin saber aún que estaba ya trabajando dentro del contexto de la terapia breve enfocada a soluciones (TBES); posteriormente observé el amplio panorama que nos da este enfoque al enseñarnos que, más que cuestionar el problema, nos enfoquemos en las excepciones y en las experiencias de éxito, así como lo indispensable de enviar al consultante con tareas para continuar la terapia dentro de su contexto de vida.

Con el Modelo Integrativo de Enfoques Sistémicos en torno a Soluciones (MIESES), incursioné en la magia de la sesión hipnoamnésica y cómo lograr que el consultante se vaya de la sesión con un fresco sabor de boca y una específica meta Ser, a pesar de haber entrado en su “oscura” situación de vida, utilizando hábilmente la Narrativa.

La hipnoterapia me dio la sabiduría de irrumpir en la mente inconsciente para empoderar al consultante y lograr más fácilmente un mejor significado de vida. Asimismo, con el recurso para rescatar instrumentos de experiencias del pasado mediante la PNL, conseguí más herramientas para que la consultante catalizara su encuentro con ese logos o sentido de vida que tiene como objetivo la logoterapia.

Con estos motivadores, a continuación, haré una descripción de cada una de las sesiones contenidas en la ISI, primero con un cuadro integrativo, y posteriormente, con la descripción más detallada de cada una de las sesiones.

SESION	OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA UTILIZADA
1 Entrevista y meta terapéutica.	Ofrecer a la consultante el espacio inicial para lograr la adherencia al proceso, rastreando sus recursos positivos, y formulando una meta terapéutica personal.	<ul style="list-style-type: none"> •Establecer el rapport y contrato terapéutico. •Revisión de recursos personales. •Establecer la meta Ser. •Tarea. 	<ul style="list-style-type: none"> •Interrogatorio lineal y reflexivo. •Reencuadre psicoeducativo y resignificador. •Asignación de tarea.
2 Flexibilizar Patrones de pensamiento.	Flexibilizar patrones de pensamiento y reinterpretar acontecimientos rígidos y distorsionados.	<ul style="list-style-type: none"> •Establecer rapport. •Revisión de tareas. •Aplicación trance hipnótico. •Tarea. 	<ul style="list-style-type: none"> •Trance hipnótico: Regresión y progresión en el tiempo. •Asignación de tarea.
3 Reformulación de significados.	Reformular significados de culpa y baja autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> •Establecer rapport. •Revisión de tareas (cambios en la perspectiva de la realidad). •Establecer reencuadres de culpas y autoestima. •Tarea. 	<ul style="list-style-type: none"> •Preguntas: Lineales circulares, reflexivas y estratégicas. •Reencuadres: Psicoeducativo, normalizador, resignificador, razonador de tareas y redescrición circular.

4 Reactivación de recursos.	Estabilizar y acceder a recursos emocionales positivos.	<ul style="list-style-type: none"> •Establecer rapport. •Revisión de tareas. •Reencuadre psicoeducativo. •Ejercicio de programación neurolingüística. •Tarea. 	<ul style="list-style-type: none"> •Reencuadre psicoeducativo. •Programación Neurolingüística: Anclaje de recursos.
5 Construcción de marcos mentales.	Construir marcos de referencia positivos para responder a la vida más efectivamente.	<ul style="list-style-type: none"> •Establecer rapport. •Revisión de tareas. •Construcción de marcos de referencia. •Tareas 	<ul style="list-style-type: none"> •Preguntas: Lineales circulares, reflexivas y estratégicas •Reencuadres: psicoeducativo, normalizador, resignificador, razonador de tareas y redescrición circular.
6 Prevención de recaídas y cierre.	Desarrollar un plan de acción ante posibles recaídas. Cierre de la ISI.	<ul style="list-style-type: none"> •Establecimiento de rapport. •Revisión de tareas. •Desarrollo de plan de prevención de recaídas. •Cierre de la ISI. 	<ul style="list-style-type: none"> •Preguntas circulares, reflexivas y estratégicas. •Afirmaciones y peticiones

SESIÓN 1: ENTREVISTA Y DEFINICIÓN DE META TERAPÉUTICA

a) Se inicia con una socialización para lograr un *rapport* con la participante. La empatía con la participante desde el primer momento de contacto es un factor indispensable para el éxito de esta intervención, ya que nuestra credibilidad, la confianza de la participante en nuestra efectividad, así como el éxito en la aplicación de las diferentes técnicas como hipnoterapia y PNL, están relacionadas directamente con la relación terapeuta-participante.

b) Se toman los datos generales de la participante. Se hace el contrato terapéutico en donde la participante se compromete a asistir a las seis sesiones y cumplir con las directivas que se deriven de ellas. Se hace un reencuadre psicoeducativo muy breve describiendo la terapia sistémica, la terapia breve centrada en soluciones y la ISI.

c) Posteriormente se procede a aplicar el formato de entrevista de la primera sesión del modelo MIESES (Charles, 2018) en donde se averiguan los recursos de la participante: Sus cualidades, sus gustos y su enfoque personal de resolución de problemas. Lo anterior con el fin de iniciar la confección de una terapia exactamente a la medida de la participante. Lo anterior lo decidí después de poder comparar la superior efectividad de la sesión enfocada en soluciones con respecto a la sesión enfocada al cuestionamiento del problema. La actitud de la participante al descubrir la importancia de sus cualidades y gustos como recursos y su capacidad para resolver problemas que pensaba imposibles, le hacen desarrollar una actitud muy optimista.

d) Posteriormente se pide a la participante describa el motivo de consulta, generalmente utilizando preguntas como: *¿En qué te puedo apoyar?...*, *¿Qué te trae a consulta?...*, *¿Qué situación de vida deseas modificar?...* Siempre evito mencionar la palabra “problema”. Al cuestionar el motivo de consulta deben responderse las preguntas: Qué, quién, cómo, cuándo y dónde.

e) A continuación se define otro de los elementos básicos de la ISI: La meta Ser de la participante se define preguntándole qué es lo que quiere lograr con la terapia o cómo quiere llegar a sentirse. Se revisan diferentes opciones de combinación de las palabras dadas por la participante y se eligen dos que sean las que llenen estas características: en afirmativo, lo más específicas y observables posibles, en forma de proceso, en el aquí y en el ahora, bajo el control de la participante y utilizando su propio lenguaje (Charles, 2018).

f) Se revisa que actividades actuales o del pasado de la vida cotidiana de la participante la hacen acercarse a su meta Ser, para rescatarlas como recurso y asignarlas como directiva por las siguientes dos semanas en que se realice la próxima sesión. Igualmente, se le pide describir qué situaciones de su vida cotidiana son áreas de oportunidad que pueden optimizarse para acercarla a su meta ser. Basándose en estas áreas de oportunidad, se encargan actividades para realizar en su contexto y revisar en la siguiente sesión.

Gracias a lo trabajado en la sesión, la participante lleva ya un bagaje de conocimiento que la ayuda a entender el “para qué” de estas actividades, lo cual apoya a que haya una mayor posibilidad de que las directivas se lleven a cabo y sean efectivas.

g) Un elemento también muy importante y útil es que, para finalizar la sesión, se le pregunta a la participante qué se lleva de la misma; lo anterior con la finalidad de que Ella recapitule y reflexione acerca de si ha hecho conscientes sus recursos y su capacidad para resolver situaciones difíciles; del mismo modo con ello se busca que

se percate si desarrolló nuevas sensaciones de seguridad, confianza y oportunidad de cambio positivo así como, la visión de un futuro mejor para ella y la gente a su alrededor.

h) El cierre de la sesión se hace pidiendo a la cliente que en una escala del 1 al 10, en donde 1 simbolizaría lo más distante a su meta y 10 indicaría haber llegado a su meta, nos describa en qué número de la escala se ubicaría antes del inicio de la sesión, así como el número de la escala con el que termina y se va de ella. Esta medición subjetiva queda registrada, además de las obtenidas con los instrumentos de medición aplicados en forma previa a la intervención, y se compara con el resultado que se obtendrá de la misma pregunta de escala en la última sesión del proceso.

SESIÓN 2: FLEXIBILIZACIÓN DE PATRONES DE PENSAMIENTO.

a) Inicialmente se lleva a cabo la socialización con la participante, comentando acerca de temas generales y cotidianos, para el restablecimiento del *rapport*.

b) Se pregunta a la participante, qué cambios positivos ha visto en su vida cotidiana desde la última vez que nos vimos que la han ayudado a acercarse a su meta. En este momento de la sesión es significativo el silencio del terapeuta, dar tiempo a la participante de que haga las conexiones neuronales necesarias para poder identificar los cambios positivos, ya que lo más común es que su mente este habituada a recordar las cosas problemáticas o negativas.

Es indispensable ir tomando nota de los cambios positivos que la participante reporta, ya que estos nos indican los inicios de su cambio de actitud y capacidad de percepción desde una visión más positiva de la que generalmente está acostumbrada, lo cual corresponde al rescate de excepciones al problema.

c) A continuación se aplica a la participante el ejercicio *La Barca* (Cfr. Apéndice A1), el cual es un trance hipnótico con regresión y progresión en el tiempo (Yapko, 1999; Lankton, 2015; Téllez, 2015). A partir de haberlo aplicado un sin número de veces y analizarlo, pude darme cuenta que este ejercicio, tiene como objetivo el cerrar ciclos de emociones o experiencias que han quedado abiertos en el pasado; estos ciclos al quedar abiertos, permanecen sensibles a estímulos que percibimos en nuestra vida cotidiana (imágenes, aromas, emociones) haciéndonos reaccionar inconscientemente como si viviéramos esa experiencia pasada una vez más con el fin de resolverla; lo anterior nos hace vivir experiencias del presente con una carga emocional, que realmente corresponde a su homóloga en el pasado.

Es indispensable mantenerse pendiente de la comunicación no verbal de la participante durante los 40 minutos de duración del ejercicio, de tal manera que la vayamos acompañando en las diferentes reacciones que tenga ante los estímulos que experimentara durante el mismo, y así poder guiarla y apoyarla para que realice el ejercicio con tranquilidad y éxito.

Una vez terminado el ejercicio, es importante aplicar un reencuadre normalizador acerca de las reacciones de cada persona, ya que pueden ser muy diferentes; igualmente los cambios de la percepción de la realidad también son muy variables, pueden ser cosas muy marcadas como por ejemplo el que alguna persona o situación que antes les incomodaba, ahora pase desapercibida, o cambios muy sutiles como sentirse más relajada, por lo cual deben estar atentas para poder observarlos.

d) Detectar los cambios en su percepción de la realidad es una de las principales directivas que la participante se lleva para reportar en la siguiente sesión; es por lo anterior que debemos indicarles que cuando noten cualquier cosa por grande o no muy grande que sea, la anoten en su memoria o por escrito de ser necesario. Debe estar pendiente de posibles cambios en el estado de ánimo, cambios en su reacción ante situaciones, personas y cosas, así como de cambios en sus sensaciones físicas.

Otra directiva es hacer “más de lo mismo” de lo que piensa, siente o hace la participante en su vida cotidiana que la ayuda a acercarse a su meta ser. Es indispensable que hagamos una lista mental o escrita con la participante de las cosas que ya hacía y las cosas nuevas que está logrando hacer para tal objetivo.

Y, nuevamente como directiva, se pide observar qué situaciones son áreas de oportunidad para mejorar y seguirle ayudando a acercarse a su meta. Con base en ello, se revisarán nuevas actividades que se recomiendan como tarea para que las realice en su vida cotidiana.

Para cerrar la sesión se le pregunta a la participante: Además de las tareas, *¿Qué más te llevas de ésta sesión?*, con el fin de que recapitule y reflexione acerca de los nuevos pensamientos (conceptos, creencias, etc.), sensaciones (emociones, sentimientos, etc.) y conductas (acciones, comportamientos, sensaciones físicas, etc.) que han surgido durante la sesión; además es un ejercicio para desarrollar en la participante, la habilidad de ver las situaciones y experiencias desde una óptica de enseñanza, oportunidad de aprendizaje y fuente de nuevas herramientas para tener una vida más plena.

SESIÓN 3: REFORMULACIÓN DE SIGNIFICADOS.

a) La sesión se inicia con una conversación casual de socialización para fortalecer el *rapport*.

b) Generalmente observamos cambios para esta sesión, sobre todo después de haber aplicado el trance hipnótico *La Barca* en la sesión anterior.

Es en este momento en donde recordamos la importancia que la Terapia Breve Centrada en Soluciones, que nos refiere acerca de qué tipo de preguntas hacemos en la sesión (Charles, 2018); en este caso a partir del modelo ISI se elaboran las siguientes:

- *¿Qué cambios positivos has visto desde la sesión anterior?...* Esta pregunta nos ayuda a crear en la participante las conexiones neuronales de análisis, es decir, buscar nuevos focos de atención que vayan dirigidos a nuevas pautas de conducta más sanas y eficientes. A continuación, se hace una revisión de los cambios positivos que la participante ha visto en su vida, y principalmente, que le están ayudando a irse acercando a su meta ser. Éstos se van anotando en su expediente y se reconocen como importantes, aunque sean pequeños.

- *¿Qué crees que has hecho diferente para que estos cambios se den?...* A partir de esta pregunta la participante se remite al principio causa-efecto; desde ahí puede analizar qué estaba haciendo antes que daba los resultados no deseados y que está haciendo ahora diferente que le da los efectos deseados.

- *¿Qué personas te han comentado que han visto cambios positivos en ti?...* La respuesta afirmativa a esta pregunta nos ayuda a observar el efecto de la ISI en la participante y además nos da indicios de la oportunidad de generar un cambio sistémico.

- *¿Qué te hace pensar lo que me has comentado? ...* Se invita nuevamente a que la participante reflexione; el formar a una persona a que se entrene en una reflexión positiva, va creando nuevas conexiones neuronales que cada vez la aleja más de los antiguos círculos viciosos de pensamientos negativos y fatalistas, y en consecuencia, va llevándola a círculos de pensamiento virtuosos y optimistas.

- *¿Qué te hace sentir lo que me has comentado?...* Se explora con la participante los patrones intrapersonales; a partir de ahí se va haciendo conciencia de cómo los factores pensar-sentir- actuar van ligados y como pueden fluir tanto en un sentido como en otro; actuar-sentir-pensar; ayuda a ser más responsable de lo que siente, piensa y actúa, ya que la positividad o negatividad de cualquiera de estas experiencias liderará en consecuencia a las demás.

- *¿Qué crees que puedes hacer para que todo lo anterior siga sucediendo?...* Esta pregunta es clave para prevenir recaídas. Hacer consciente a la participante de qué es lo que tiene que mantener activo para que lo positivo siga sucediendo, y darle opciones de cómo reencauzarse, en caso de que los cambios positivos se debiliten o desaparezcan.

- *¿Qué ves como área de oportunidad y crecimiento para acercarte más a tu meta ser?...* lo que la cliente responda va a generar las directivas para las siguientes sesiones.

c) A partir de toda la información que vayamos obteniendo de los cambios que haya detectado la participante, así como las respuestas que vaya dando a las diferentes preguntas que se elaboren, es indispensable ir reencuadrando las áreas de oportunidad normalizándolas, redefiniéndolas, haciendo una redescrición circular, de tareas o psicoeducativa, seleccionando todos los conceptos útiles para su reutilización y los obstáculos para su transformación, en medios para que la participante continúe experimentando como alcanzar su meta.

d) Generalmente, desde este momento la participante ya va conociendo la metodología de formulación de las directivas para la siguiente sesión:

Hacer “más de lo mismo” de lo que piensa, siente o hace la participante en su vida cotidiana que la ayuda a acercarse a su meta.

Poner en práctica los nuevos pensamientos, emociones y acciones derivados de esta sesión.

Traer a la siguiente sesión las áreas de crecimiento que surjan o que hayan quedado pendientes.

En este momento ya podemos preguntar a la participante:

¿Qué nuevas directivas te gustaría asignarte a ti misma?... Es importante explorar esta parte de la creatividad de la participante, ya que la verdadera experta acerca de su vida es ella misma; asimismo, es testigo de su proceso de sanación y ya en esta etapa podemos asignarle la distinción de coterapeuta; lo anterior la empodera como una persona que ya va teniendo los recursos que la capacitan para liderar sanamente su propia vida, y nos da una antesala de ver su vida desde un meta-nivel el cual se ahondará más en la siguiente sesión.

e) El cierre de sesión nuevamente se hace con la pregunta: *¿Además de las tareas, que más te llevas de esta sesión?...* Continuamos formando el hábito positivo de que la cliente recapitule y reflexione acerca de los nuevos pensamientos (conceptos, creencias, etc.), sensaciones (emociones, sentimientos, etc.) y conductas

(acciones, comportamientos, sensaciones físicas, etc.) que hayan surgido durante la sesión.

SESIÓN 4: REACTIVACIÓN DE RECURSOS

a) Iniciamos la sesión socializando con una conversación breve, casual y cotidiana con la participante.

b) A continuación hacemos una revisión de los avances logrados en las dos semanas transcurridas entre sesión y sesión, aplicando las siguientes preguntas.

- *¿Qué cambios positivos has visto desde la sesión anterior?... Seguimos evaluando la capacidad desarrollada en la participante para tener una percepción más aguda de las pautas de comportamiento positivas.*

- *¿En qué áreas de tu entorno han tenido impacto estos cambios (Pareja, familia, trabajo, sociedad, etc.)?... Continuamos explorando los cambios sistémicos que se van presentando en los contextos familiares, laborales y sociales de la participante.*

- *¿Qué te hace pensar y sentir lo anterior?... Revisamos el desarrollo de la habilidad de la participante para relacionar el pensar- sentir- hacer.*

- *¿De qué forma esto pudiera ayudarte a acercarte más a tu meta ser?... Para esta sesión de la ISI, generalmente la participante ya identifica de una manera efectiva los elementos a incluir y a excluir en su vida para lograr su meta Ser.*

- *¿Qué te hace pensar y sentir lo que me has comentado?... Esta pregunta, enseguida de la anterior, refrenda el empoderamiento de la participante como líder y responsable de lo que puede y no controlar en su vida.*

- *¿Qué crees que puedes hacer para que todo lo anterior siga sucediendo?... Nuevamente evocamos un pensamiento de reafirmación de los patrones interaccionales funcionales.*

c) El siguiente paso es dar a la participante una herramienta para reforzar alguna capacidad clave para lograr su meta Ser y que por cualquier circunstancia le ha sido problemático lograr instalarla. Para identificar dicha capacidad hacemos las siguientes preguntas:

- *¿En este momento, cuál es el obstáculo más poderoso que se interpone entre tu persona y tu meta Ser?...*

- *¿Cómo te hace sentir ese obstáculo?...*

- *¿Describe en 2 palabras cómo necesitas y/o quieres sentirte para enfrentar ese obstáculo?...*

d) Técnica de programación neurolingüística: *Anclarse a sí mismo* (Domínguez, 2011). En mi experiencia terapéutica he observado la facilidad y efectividad de esta intervención para desarrollar en los consultantes las habilidades que les son difícil desarrollar para enfrentar un obstáculo.

Se le explica a la participante cómo funciona el ejercicio de PNL utilizando la siguiente analogía con una aplicación del celular con 3 *passwords* para ser accesada: una visual, una verbal y una kinestésica:

“Durante el ejercicio se hacen nuevas conexiones neuronales que al ser activadas con uno, dos o los tres passwords instalados, tu cerebro se activará para que se liberen en tu cuerpo las sustancias químicas que te harán sentir _____ y_____, y así podrás enfrentar y vencer al obstáculo y acercarte aún más a tu meta Ser. Mientras más veces utilices esta nueva aplicación, más se reforzarán las conexiones neuronales y más fácilmente te sentirás _____ y _____”.

A continuación se aplica el ejercicio de programación neurolingüística: *Anclaje de recursos* (Cfr. Apéndice A2).

e) Una vez concluido el ejercicio, se le pregunta a la participante:

- *¿Ahora que tienes este nuevo recurso, que piensas y cómo te sientes?...* Escuchamos como la participante reflexiona y hace las conexiones en las tres dimensiones del pensar, sentir y actuar.

- *¿Qué crees que puedes hacer con este recurso para acercarte más a tu meta Ser?...* Con esta pregunta ayudamos a la participante a integrar este nuevo recurso a su haber de herramientas para lograr su meta Ser.

f) En este nivel ya la participante puede verbalizar por si misma sus directivas:

Hacer “más de lo mismo” de lo que piensa, siente o hace la participante en su vida cotidiana que la ayuda a acercarse a su meta Ser.

Traer a la siguiente sesión las áreas de crecimiento que surjan o que hayan quedado pendientes.

□ Y nosotros agregamos: Sumar a todos sus recursos el ejercicio de PNL y ponerlo en práctica cuando lo necesite.

g) Para el cierre preguntamos: *¿Además de las tareas, que más te llevas de esta sesión? ...*, y permitimos que la cliente recapitule y reflexione acerca de los nuevos pensamientos (conceptos, creencias, etc.), sensaciones (emociones, sentimientos, etc.) y conductas (acciones, comportamientos, sensaciones físicas, etc.) que hayan surgido durante la sesión.

SESIÓN 5: CONSTRUCCIÓN DE MARCOS MENTALES.

a) Se inicia la sesión socializando con una conversación breve, casual y cotidiana con la participante.

b) A continuación se pregunta acerca de los cambios positivos observados desde la sesión anterior. Muchas veces, a este nivel de la ISI, la participante ya empieza a hablar de los cambios positivos aun sin que se le pregunte, esto nos habla que ya ha desarrollado el hábito de iniciar la sesión con pensamientos positivos, aun y cuando no sabe que estamos aplicando la estructura hipnoamnésica del MIESES.

c) Se van haciendo las siguientes preguntas para ir guiando en la participante una estructura sugerida de orden de pensamientos (Charles, 2018), sin embargo, ésta es sólo un ejemplo, ya que cada individuo es único e irrepitable, e irá desarrollando su propio enfoque personal de solución de problemas y de análisis de opciones de solución:

- *¿Qué cambios positivos has visto desde la sesión anterior?...*
- *¿Qué crees que has hecho diferente para que estos cambios se den?...*
- *¿Qué personas te han comentado que han visto cambios positivos en ti?...*
- *¿Qué te hace pensar lo que me has comentado?...*
- *¿Qué te hace sentir lo que me has comentado?...*

d) En seguida se hace una revisión acerca de la experiencia con el ejercicio de PNL instruido a la participante en la sesión anterior con el fin de ajustar detalles; con este objetivo se hacen las siguientes preguntas:

- *¿Utilizaste el ejercicio de PNL?...*
- *¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Con quién? y ¿Para qué?...*

- *¿Cuáles fueron los resultados?...*
- *¿Qué piensas que puedes hacer para que los resultados positivos se repitan?...*
- *¿Qué piensas que puedes hacer para que los resultados no exitosos sean exitosos?...*

e) Posteriormente se hacen las preguntas de revisión para definir los factores de éxito en general:

- *¿Qué crees que puedes hacer para que todo lo anterior siga sucediendo?...*
- *¿Qué ves como área de oportunidad y crecimiento para acercarte más a tu MS?...*

f) Ahora viene el objetivo principal de esta sesión, reencuadrar las áreas de oportunidad normalizándolas, redefiniéndolas, describiéndolas circularmente, en tareas o con un enfoque psicoeducativo seleccionando todos los conceptos útiles para su reutilización y los obstáculos para su transformación en medios para que la participante continúe experimentando como alcanzar su meta Ser.

Es importante puntualizar que, a este nivel en la ISI, los introyectos, visión del mundo y constructos de la participante ya pueden o deben haberse modificado de tal manera que, más que ser un obstáculo para alcanzar su meta Ser, ahora se hayan convertido en conceptos que lo faciliten y la apoyen; de tal manera que los reencuadres de cualquier tipo que realicemos tenderán a ser más sutiles y sencillos de aplicar que en la sesión 3.

g) A continuación se definen las directivas. La participante ya sabe qué es lo que tiene que hacer, y no sólo eso, ya ha visto por su propia experiencia como esta metodología le ha ido ayudando a desarrollar las herramientas para elegir adecuadamente los pensamientos, sentimientos y acciones que la llevan a lo que desea lograr:

- Hacer “más de lo mismo” de lo que piensa, siente o hace la participante en su vida cotidiana que la ayuda a acercarse a su meta Ser.
- Poner en práctica los nuevos pensamientos, emociones y acciones derivados de esta sesión.
- Traer a la siguiente sesión las áreas de crecimiento que surjan o que hayan quedado pendientes.

h) Asimismo, en el cierre de la sesión, habitualmente la participante, por si sola, define y expresa los aprendizajes teóricos y prácticos de la sesión y se visualiza aplicándolos en su vida cotidiana. Generalmente en este momento la participante comunica no verbalmente, con una respiración profunda, su satisfacción y sensación de paz con el trabajo realizado, tal y como lo experimentó en su momento el ejercicio de la barca de la sesión 2. Como psicoterapeutas, somos facilitadores para que la participante experimente el cierre de un ciclo no deseado y visualice el inicio de uno nuevo en el cual tiene la capacidad de dirigir su vida hacia donde desea.

SESIÓN 6: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y CIERRE

- a) Iniciamos la sesión con una conversación breve y cotidiana con la participante.
- b) Continuamos indagando los cambios positivos a través de las siguientes preguntas:
- *¿Has visto más cambios positivos que te acerquen aún más a tu meta Ser?... Se analiza con la participante los nuevos cambios positivos que ha observado en su pensar, sentir y hacer, que la han ayudado a lograr su meta Ser.*
 - *¿Qué es lo que te das cuenta que has hecho para lograr tu meta Ser?... Se revisa con la participante las estrategias desarrolladas que la han llevado a los nuevos pensamientos, sensaciones y acciones, y en consecuencia a alcanzar su meta Ser.*
- c) Generalmente para esta sesión de cierre la participante ya ha desarrollado las estrategias para identificar, enfrentar y resolver los nuevos retos y áreas de oportunidad para llegar a su meta ser por sí misma. Lo anterior se comprueba con la siguiente pregunta: *¿Has encontrado algún nuevo reto o alguna nueva área de oportunidad que haya que trabajar para alcanzar tu meta Ser?*
- d) A continuación se trabaja en la prevención de recaídas con la siguiente pregunta:
- *¿Qué piensas que habría que hacer si te alejaras de tu meta Ser?... Se revisa con la participante cuál sería la estrategia en el caso de que se presenten recaídas. En este caso, se puntualiza como el pensar, sentir y hacer, pensamientos, sentimientos y acciones diferentes la han llevado a lograr su meta Ser, de tal modo que, en caso de una recaída, la estrategia es revisar lo que he dejado de pensar, sentir y hacer para recuperar los cambios que ya una vez se habían logrado.*

e) En esta parte se hace reflexionar a la participante acerca de la trascendencia a nivel humano que ha desarrollado, mediante el trabajo que ha ido realizando a través de la ISI:

- *¿Qué dimensiones del ser humano piensas que estos cambios han alcanzado: Cuerpo, mente, espíritu?... ¿Qué cambios has experimentado a nivel físico, a nivel emocional y a nivel de su concepto espiritual?*

f) Para saber la satisfacción de la participante con la sesión y con la terapia en general se le pregunta:

- *¿Qué te llevas de esta sesión?...* Se pide a la participante que describa que cosas nuevas y diferentes se lleva de esta sesión.

- *¿Qué te llevas de la terapia en general?...* Se pide a la participante que reflexione y describa lo que ha logrado gracias a acudir a las sesiones y realizar las directivas de la ISI.

- *¿Te sientes satisfecha con el trabajo realizado en la terapia?...* Se le pide a la participante que exprese su satisfacción con la ISI; lo anterior se reporta cualitativamente.

g) Para cerrar la sesión y la intervención terapéutica integradora se dan las siguientes afirmaciones y peticiones:

- Se felicita a la participante por los objetivos logrados en la ISI, gracias a su esfuerzo y constancia.

- Se le dan las gracias a la participante por la confianza que has depositado en el terapeuta y se le señala que se está a su servicio en caso de que lo necesite.

- Se le pide a la participante que en una escala del 1 al 10, en donde 1 es lo más alejado a su meta Ser y 10 es lo más cercano a su meta Ser, recuerde en que número llegó en su primera sesión de la intervención terapéutica, y en que número de la escala se va de la última sesión de la terapia con respecto a alcanzar su meta Ser. Esta medición queda registrada junto con las obtenidas en la primera sesión a través de los pre-test y los post-test.

B. Método.

• Población

Mujeres entre 50 a 80 años de edad que asistieron a la consulta privada en Venustiano Carranza 223, Zona Centro, C.P. 25700, Monclova, Coahuila, México, durante los meses de Agosto a Diciembre del 2017.

• Muestra

Se aplicó una muestra no probabilística, por conveniencia, integrada por 30 mujeres entre 50 y 80 años de edad que asistieron voluntariamente a consulta privada cumpliendo los criterios de inclusión.

• Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 50 y 80 años de edad.
- Presencia de alguna alteración emocional según su propia percepción.
- Aceptación a participar y firmar el consentimiento informado.

• Criterios de exclusión:

- Pacientes con tratamiento farmacológico para algún padecimiento psiquiátrico.
- Imposibilitadas de recibir 6 sesiones de terapia (hipoacusia profunda, pacientes nómadas con cambios frecuentes de lugar de residencia, limitación en la capacidad de aprendizaje, etc.)

• Criterios de eliminación

- Pacientes que no cumplieron con el número de sesiones establecido.
- Crisis paranormativa en el lapso del tratamiento.

• Escenario

Consultorio particular de la Mtra. Alma Rodríguez (Venustiano Carranza 223, Zona Centro, C.P. 25700, Monclova Coahuila).

- **Materiales e instrumentos**

- Sillas, lápiz, pluma, hojas de papel, carpetas.

-En cuanto a los instrumentos de medición utilizados para medir las variables del estudio, se utilizaron los siguientes formatos para cada participante:

- *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), (Cfr. Apéndice B1).

- *Cuestionario Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, A., Fernández, ME., 2017) (Cfr. Apéndice B2).

- *Escala de Meta Ser* (Charles, 2010).

- **Tipo de investigación**

El tipo de investigación realizada fue aplicada y de campo, y según la medición de sus resultados, se trató de un estudio de tipo mixto incluyendo manejo de datos cuantitativos y cualitativos. Con relación al tiempo de aplicación, fue una investigación transversal, y en cuanto al alcance de los objetivos fueron descriptivos y correlacionales.

- **Diseño de investigación**

El diseño de investigación que se aplicó correspondió a un estudio cuasi-experimental con un solo grupo al que se intervino en fases A-B-C:

A- Evaluación pre-intervención a las participantes de la muestra.

B- Intervención (proceso en 6 sesiones quincenales).

C- Evaluación post-intervención a las participantes de la muestra.

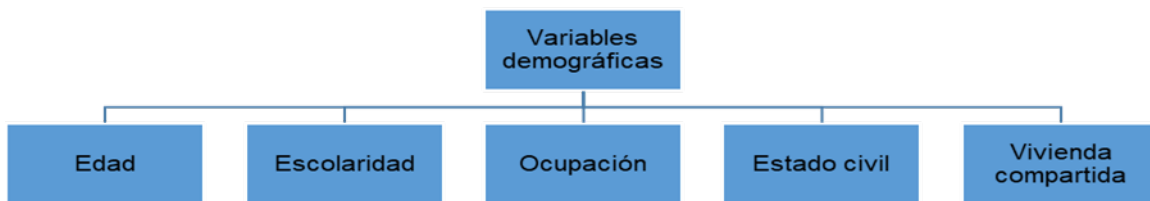
- **Hipótesis**

La hipótesis central marcada para esta investigación consistió en probar que la Intervención Sistémica Integradora (ISI) sí influye favorablemente en la resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales.

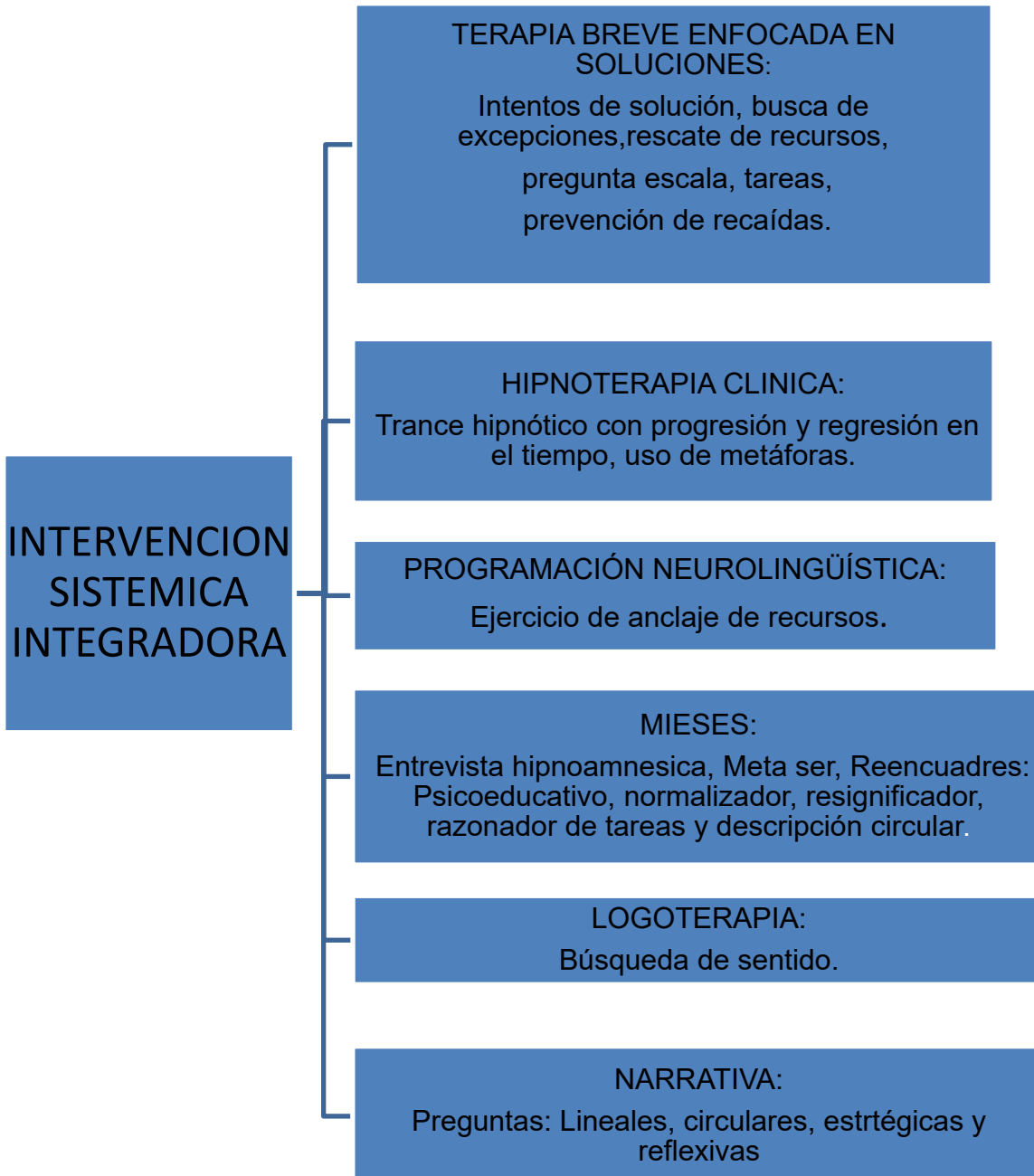
Por otro lado, en cuanto a la hipótesis nula, se estableció en que la Intervención Sistémica Integradora (ISI) no genera ninguna influencia en la resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales.

- **Variables**

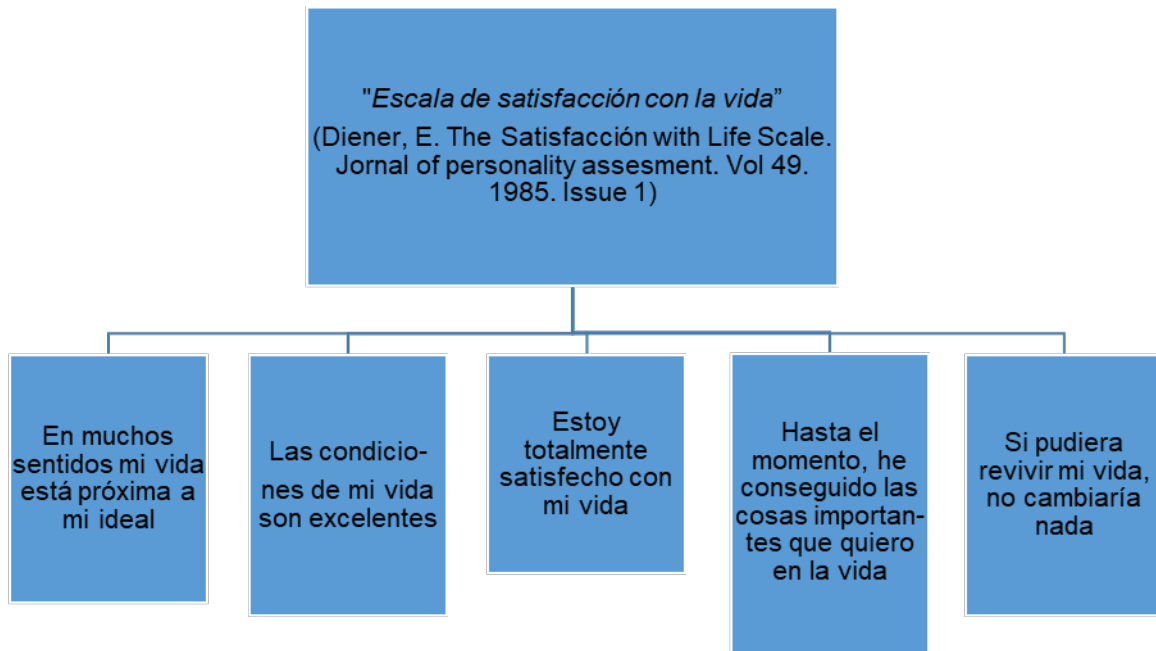
a) Variables demográficas:

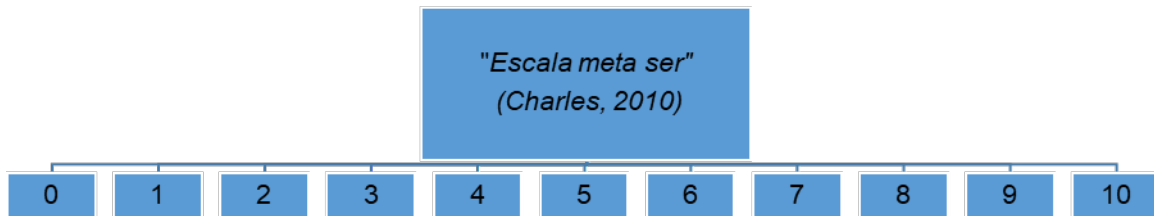


b) Operacionalización de la variable independiente: Intervención Sistémica Integradora.



c) Operacionalización de la variable dependiente: Resignificación de vida





DEFINICION CONCEPTUAL DE RESIGNIFICACION DE VIDA: Que tu vida tenga valor o importancia.

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido en la *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), en el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017) y en la *Escala Meta Ser* (Charles, 2010).

- **Procedimiento**

a) Preselección de candidatas al estudio.

Se dio entrenamiento a la recepcionista del consultorio particular, para entregar un talón de información básica a las mujeres entre 50 y 80 años de edad que acudieron a solicitar atención psicoterapéutica; los datos arrojados por dicha información se utilizaron para seleccionar a las integrantes de la muestra para la investigación según los criterios de inclusión y exclusión.

b) Aplicación de pretest.

A las candidatas solicitantes que hubiesen reunido los requisitos de preselección, se les aplicaron dos instrumentos de medición preinterventivos: la *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1) (Cfr. Apéndice B-1) y el cuestionario

Motivo de Vida y Bienestar Integral (Rodríguez, Fernández, 2017) (Cfr. Apéndice B-2).

Los cuestionarios fueron contestados por las integrantes de la muestra de forma personal; en dos casos la secretaria lo aplicó en forma de entrevista.

c) Selección de la muestra.

La muestra se conformó por 30 mujeres entre 50 y 80 años de edad que se presentaron a consulta solicitando atención psicoterapéutica por padecer algún problema emocional.

d) Intervención.

Constó de 6 sesiones de una hora y media de duración, con una periodicidad de dos semanas entre cada una.

e) Los instrumentos en post-intervención fueron aplicados por el personal capacitado a las participantes al terminar su psicoterapia. Los test fueron contestados personalmente por las participantes, y en 2 casos fueron aplicados en forma de entrevista.

10. RESULTADOS

Los resultados obtenidos después del trabajo de campo se organizaron en este apartado presentándose bajo el siguiente orden:

a) Análisis descriptivo sobre las variables demográficas de edad, escolaridad, ocupación, estado civil y vivienda compartida, a fin de conocer algunos elementos sociográficos de la muestra intervenida.

b) Puntuación obtenida a través del instrumento *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1).

c) Resultados obtenidos a través del cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017).

d) Resultados de la “*Escala en la Meta Ser*” (Charles 2010) en su medición pre-intervención y post-intervención.

e) Correlación entre los tres instrumentos utilizados para medir los resultados obtenidos, antes y después de aplicar la ISI a la muestra en este trabajo.

f) Exposición de los resultados cualitativos.

Para las variables categóricas (escolaridad, ocupación, estado civil, clasificación de la *Escala de Satisfacción con la Vida*) se utilizaron porcentajes y frecuencias. Se compararon los valores pre-intervención y post-intervención de las variables numéricas incluyendo la aplicación de la prueba *t de Student* para muestras relacionadas en el caso de tener distribución normal.

Para la comparación de más de 2 grupos (mediciones) se utilizó ANOVA de medidas repetidas o prueba de *Friedman o Page* según correspondiera. La distribución de las variables se probó con la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*. Las variables categóricas se compararon utilizando *Chi* cuadrada o test exacto de *Fisher* en el caso de tablas de 2x2. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS versión 20 (SPSS, Inc., Armon, NY).

En este estudio se seleccionaron 30 pacientes con la edad requerida, que acudieron a la consulta particular durante el periodo de Agosto/2017 a Diciembre/2017, para recibir atención psicoterapéutica por tener alguna alteración emocional.

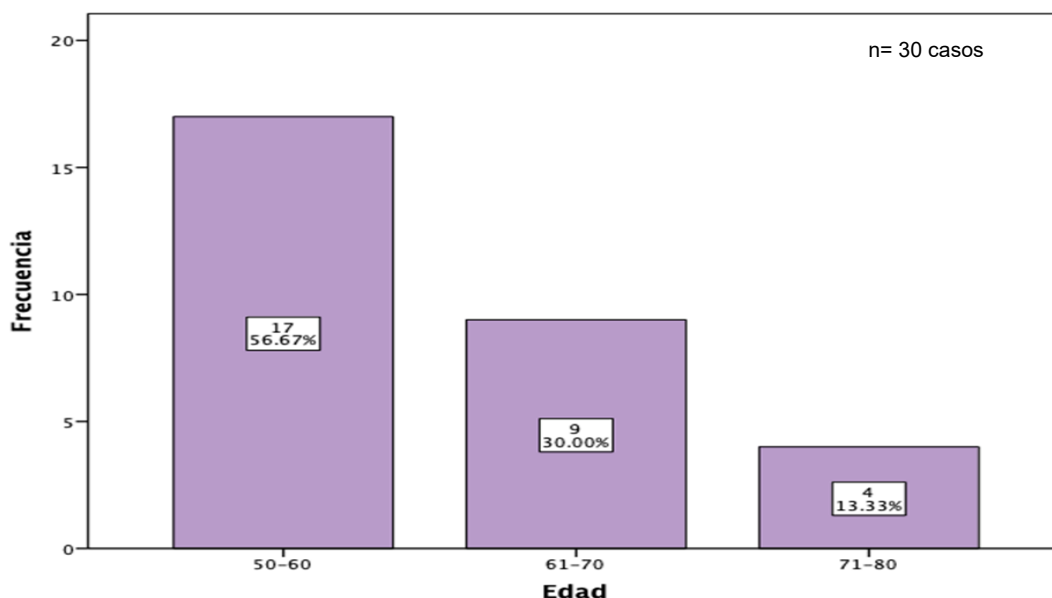
a) RESULTADOS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

En cuanto a los datos sociodemográficos de las participantes en la muestra, se encontró que en promedio tenían una edad de 59.73 ± 7.25 años (Cfr. Tabla 1 y Figura 1). Más de la mitad de la muestra (56%) se ubicaron en el rango entre 50 y 60 años, en tanto que el puntaje restante, oscilaron entre los 61 y 80 años.

Tabla 1. Distribución en rangos de edad de las integrantes de la muestra.

Edad Años	Frecuencia n=30	%
50-60	17	56.7
61-70	9	30
71-80	4	13.3
Total	30	100 %

Figura 1. Distribución de gráficas de casos según su edad.



Respecto a su escolaridad que oscilaba desde “*nula*” hasta “*estudios de posgrado*”, se encontró una prevalencia de pacientes con estudio profesional del 33.3%. El 43.3% de las participantes laboraban como empleadas, y en cuanto a su estado civil, el 26.7% reportaron estar “*separadas*” en tanto que 23.3%, dijeron ser “*casadas*”. Asimismo, se encontró que solo un 6.6% de la muestra vivían solas y el resto compartían la vivienda con su pareja o familiares en general (Cfr. Tabla 2 y Figuras 2 a 5).

Tabla 2. Descripción sociodemográfica de la población en estudio.

		Frecuencia n=30	%
Escolaridad	Sin estudio	2	6.6
	Primaria	3	10
	Secundaria	5	16.6
	Preparatoria o Técnico	8	26.6
	Profesional	10	33.3
	Postgrado	2	6.6
	Total	30	100
Ocupación	Hogar	10	33.3
	Comerciante	4	13.3
	Empleado	13	43.3
	Otro	3	10
	Total	30	100
Estado civil	Soltera	3	10
	Casada	7	23.3
	Viuda	3	10
	Divorciada	4	13.3
	Unión Libre	5	16.7
	Separada	8	26.7
	Total	30	100
Vivienda compartida	Si	28	93.3
	No	2	6.6
	Total	30	100

Figura 2. Distribución de gráficas de participantes según su escolaridad.

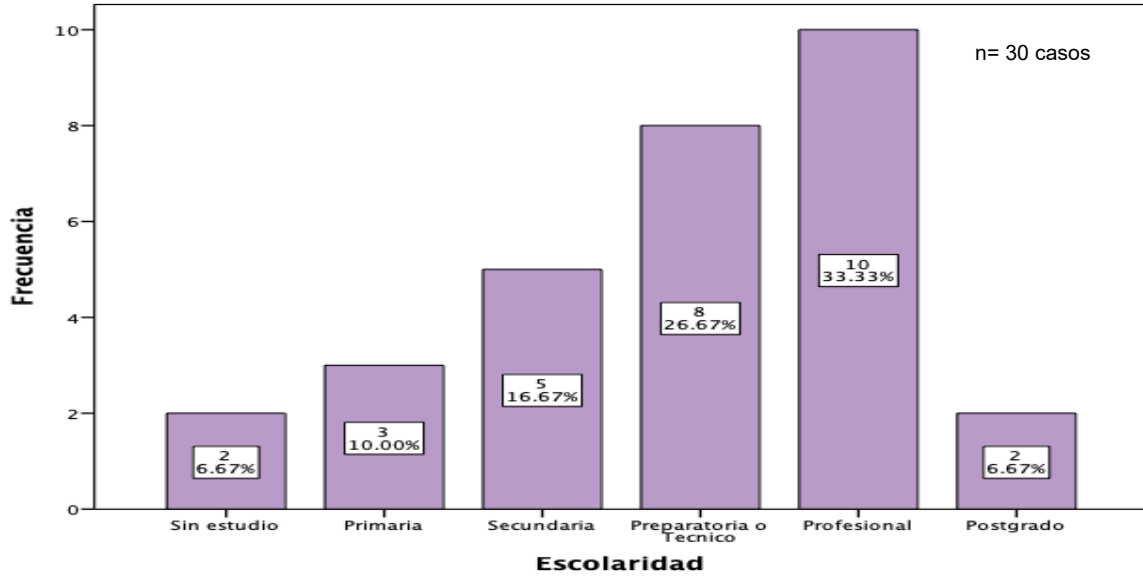


Figura 3. Distribución de gráficas de participantes según su ocupación

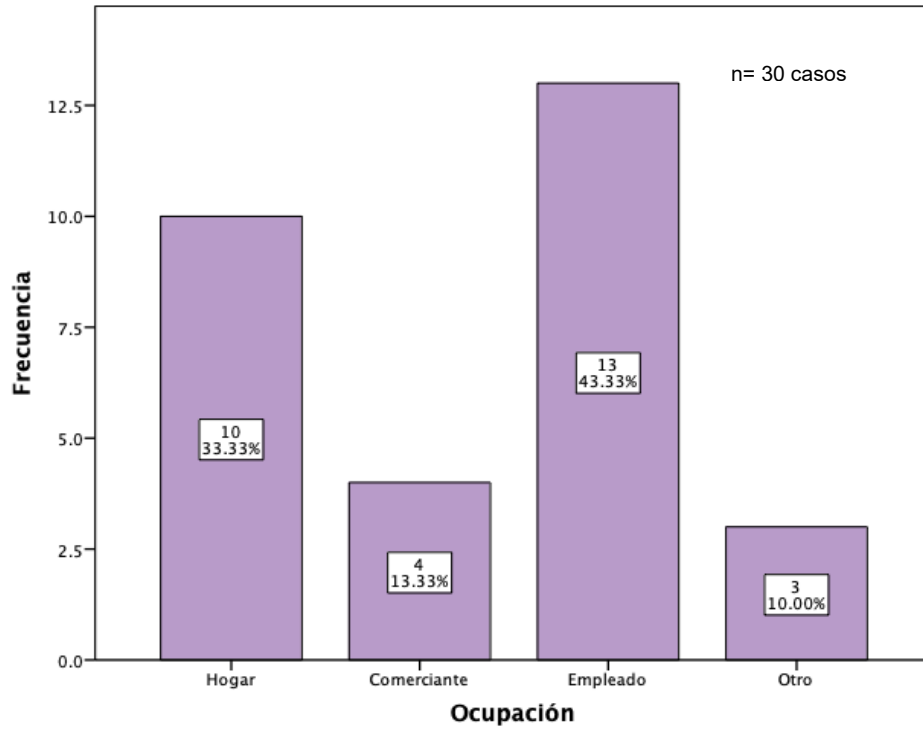


Figura 4. Distribución de gráficas de participantes según su estado civil.

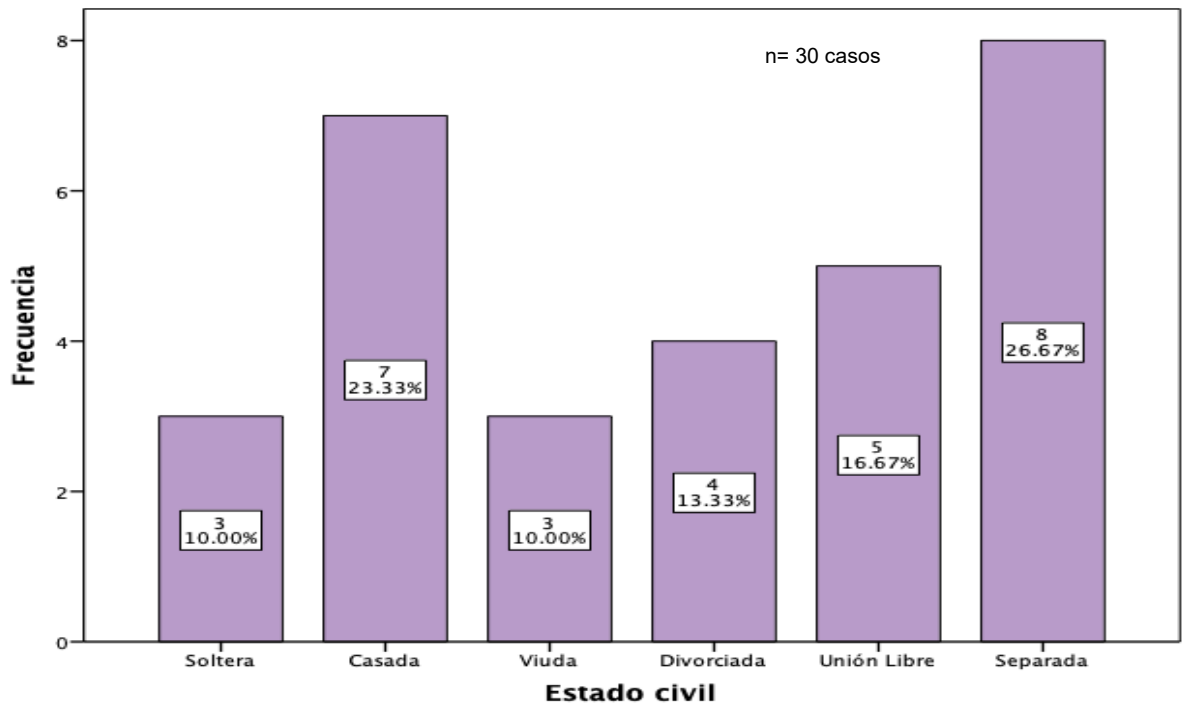
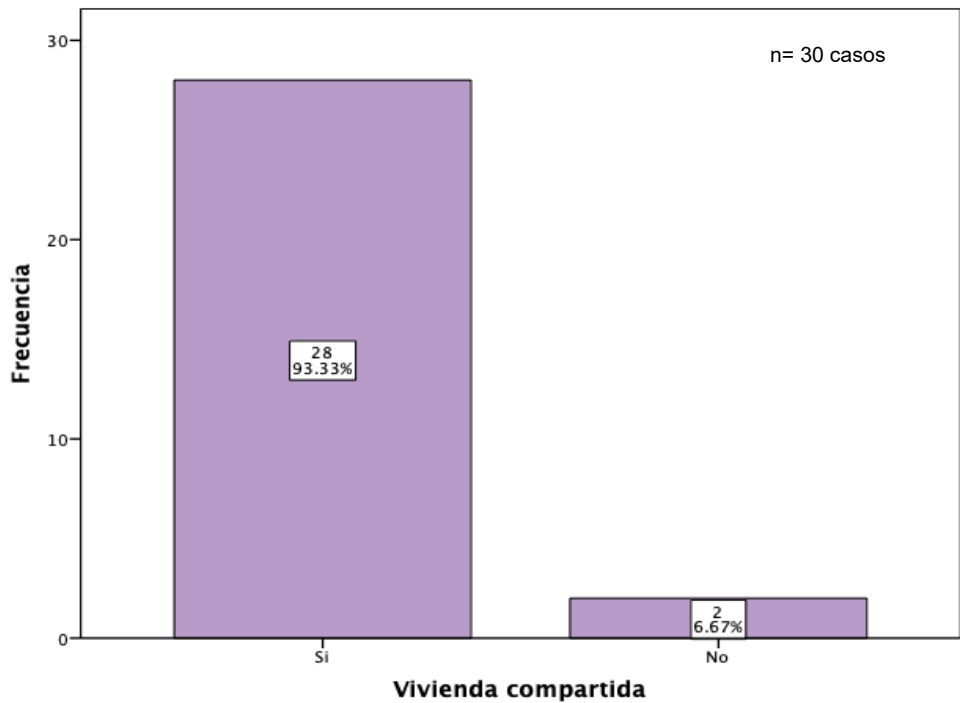


Figura 5. Distribución de gráficas de participantes según la frecuencia de vivienda compartida.



b) RESULTADOS DE LA *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. *The Satisfacción with Life Scale. Journal of personality assesment.* Vol 49. 1985. Issue 1).

Los siguientes resultados obtenidos antes y después de la aplicación de la Intervención Sistémica Integradora, a partir del manejo del instrumento de medición *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. *The Satisfacción with Life Scale. Journal of personality assesment.* Vol 49. 1985. Issue 1), el cual ha sido ampliamente utilizado a nivel mundial, reflejaron, como se muestra en la tabla 3 y Figura 6, cambios significativos en el nivel de satisfacción con la vida.

Tabla 3. Evaluación de la intervención por medio de la *Escala de Satisfacción con la Vida* (ESV) (Diener, E. *The satisfacción with life scale. Journal of personality assesment.* Vol 49. 1985. Issue 1).

	Pre-intervención		Post-intervención		P
	Media	DE	Media	DE	
ESV	15.3	5.5	29.2	6	≤.001

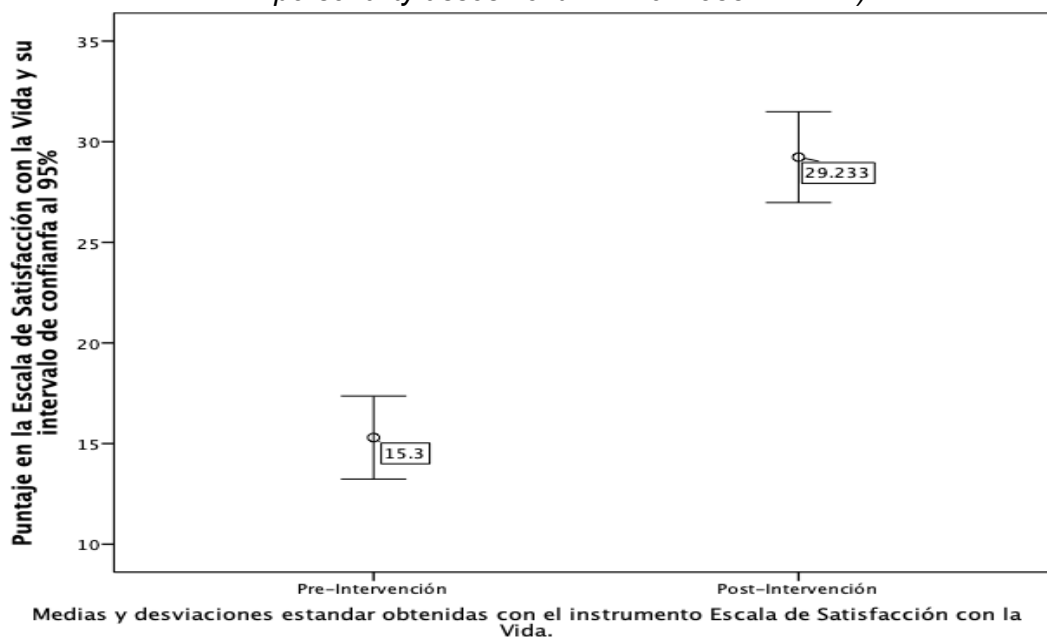
* Valor de p obtenido por la prueba t de Student para muestras pareadas.

En la aplicación preintervención de la *Escala de Satisfacción con la Vida*, se encontró una media de 15.3 puntos, con una desviación estándar (DE) de 5.5 puntos, concluyendo, que los resultados de las puntuaciones de las pruebas contestadas por las participantes oscilaron entre 9.8 y 20.8. Lo anterior indica que en general la satisfacción con la vida de las participantes, antes de la ISI, fluctuaba entre *insatisfecha* y *bastante satisfecha* con respecto a su satisfacción con la vida. Posteriormente, al terminar las 6 sesiones de terapia, los resultados post-test con este mismo instrumento, se obtuvieron resultados con una media de 29.2 puntos y una DE de 6 puntos, es decir, que las puntuaciones de las pruebas contestadas por las participantes oscilaron entre 23.9 y 35.2.

Lo anterior indica que en general, la satisfacción con la vida de las participantes, después de la ISI, fluctuaba entre *bastante satisfecha* y *sumamente satisfecha*. Los datos anteriores explican el aumento de 13.9 puntos en la media y 5.7 puntos en la DE, los cuales nos muestran resultados estadísticamente significativos con una $P \leq 0.001$, obtenida con una prueba *T de Student* para muestras pareadas (Cfr. Tabla 3 y Figura 6).

La información previa, nos indica que utilizando como instrumento la *Escala de Satisfacción con la Vida*, se observa un cambio significativo positivo en la satisfacción con la vida en las mujeres entre 50 y 80 años con alguna alteración emocional, que fueron intervenidas con la ISI.

Figura 6. Comparación de la media y la desviación estándar medidos por el instrumento *Escala de Satisfacción con la Vida*. (Diener, E. The satisfacción with life scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1).



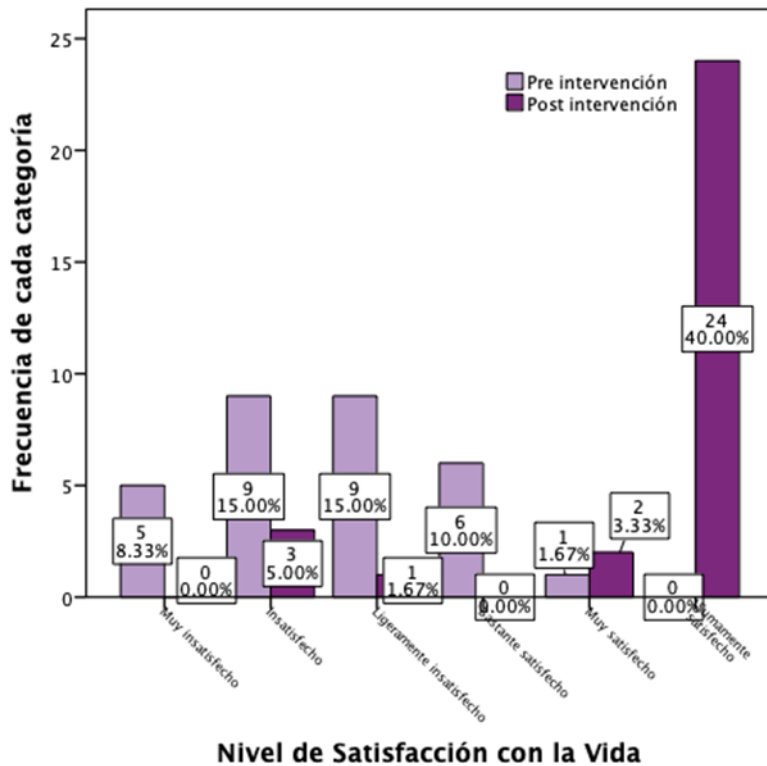
Al organizar los resultados obtenidos en la “Escala de Satisfacción con la Vida” (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), en 6 categorías que van desde “estoy muy insatisfecho” hasta “estoy sumamente satisfecho”, se encontró que posterior a la intervención, los 5 pacientes que se encontraban en la categoría de muy insatisfechos ya no estaban ahí y que al final de la intervención, ninguno de las 30 participantes clasificó para esa categoría. Además, al finalizar el estudio, 24 participantes, que corresponderían al 80%, reportaban sentirse en la mejor categoría posible, equivalente a sentirse “sumamente satisfecha” (Tabla 4 y Figura 7).

Tabla 4. Calificación global de la “Escala de satisfacción con la vida” (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Jornal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1)

	Preintervención Frecuencia de Casos %	Postintervención Frecuencia de Casos %	P(*)
Muy insatisfecho	5 (16.7%)	0 (0%)	≤.001
Insatisfecho	9 (30%)	3 (10%)	
Ligeramente insatisfecho	9 (30%)	1 (3.3%)	
Bastante satisfecho	6 (20%)	0 (0%)	
Muy satisfecho	1 (3.3%)	2 (6,7%)	
Sumamente satisfecho	0 (0%)	24 (80%)	
Total	30 (100%)	30 (100%)	

(*) Valor de "p" obtenido por χ^2 de Pearson

Figura 7. Distribución comparativa de casos en pre-intervención y post-intervención, según su percepción del nivel de satisfacción con la vida. (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1).



Por otro lado, Se analizaron los cambios en las puntuaciones obtenidas en cada uno de los 5 ítems que componen la “Escala de satisfacción con la vida” (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), encontrando que en cada uno de ellos presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .001$).

El ítem con un cambio más pronunciado fue el número 4 en el cual se pregunta si hasta el momento del interrogatorio la participante *ha conseguido las cosas importantes que desea en la vida*, encontrando que antes de la intervención ninguna participante mencionaba que estaba muy de acuerdo, y después de la ISI, se obtuvo como resultado que un 66.7% las participantes marcaron que estaban *muy de acuerdo con ello* (Cfr. Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de casos en pre y post-intervención según su percepción en las diferentes subvariables medidas por la “Escala de Satisfacción con la Vida” (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. Journal of personality assesment. Vol 49. 1985. Issue 1).

	Pre-Intervención Frecuencia de Casos (%)	Post Intervención Frecuencia de Casos (%)	P (*)
En muchos sentidos mi vida está próxima a mi ideal			
Estoy muy en desacuerdo	4 (13.3%)	0 (0%)	≤.001
Estoy en desacuerdo	11 (36.7%)	1 (3.3%)	
Estoy ligeramente en desacuerdo	7 (23.3%)	2 (6.7%)	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3 (10%)	1 (3.3%)	
Estoy ligeramente de acuerdo	4 (13.3%)	1 (3.3%)	
Estoy de acuerdo	0 (0%)	13 (43.3%)	
Estoy muy de acuerdo	1 (3.3%)	12 (40%)	
Las condiciones de mi vida son excelentes			
Estoy muy en desacuerdo	5 (16.7%)	0 (0%)	≤.001
Estoy en desacuerdo	10 (33.3%)	3 (10%)	
Estoy ligeramente en desacuerdo	4 (13.3%)	1 (3.3%)	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7 (23.7%)	0 (0%)	
Estoy ligeramente de acuerdo	2 (6.7%)	3 (10%)	
Estoy de acuerdo	2 (6.7%)	21 (70%)	
Estoy muy de acuerdo	0 (0%)	2 (6.7%)	
Estoy totalmente satisfecho con mi vida			
Estoy muy en desacuerdo	6 (20%)	0 (0%)	≤.001
Estoy en desacuerdo	7 (23.7%)	0 (0%)	
Estoy ligeramente en desacuerdo	9 (30%)	4 (13.3%)	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7 (23.7%)	0 (0%)	
Estoy ligeramente de acuerdo	1 (3.3%)	4 (13.3%)	
Estoy de acuerdo	0 (0%)	19 (63.3%)	
Estoy muy de acuerdo	0 (0%)	3 (10%)	
Hasta el momento, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida			
Estoy en desacuerdo	8 (26.7%)	0 (0%)	≤.001
Estoy ligeramente en desacuerdo	6 (20%)	2 (6.7%)	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7 (23.7%)	2 (6.7%)	
Estoy ligeramente de acuerdo	8 (26.7%)	0 (0%)	

Estoy de acuerdo	1 (3.3%)	6 (20%)	
Estoy muy de acuerdo	0 (0%)	20 (66.7%)	
Si pudiera revivir mi vida, no cambiaría nada			
Estoy muy en desacuerdo	4 (13.3%)	0 (0%)	≤.001
Estoy en desacuerdo	5 (16.7%)	2 (6.7%)	
Estoy ligeramente en desacuerdo	8 (26.7%)	1 (3.3%)	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8 (26.7%)	1 (3.3%)	
Estoy ligeramente de acuerdo	3 (10%)	1 (3.3%)	
Estoy de acuerdo	1 (3.3%)	14 (46.7%)	
Estoy muy de acuerdo	1 (3.3%)	11 (36.7%)	

(*) Valor de “p” obtenido por χ^2 de *Pearson*

c) RESULTADOS del Cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017).

Como un segundo instrumento aplicado a la medición del nivel de satisfacción con la vida de las participantes en este estudio, se aplicó el cuestionario de medición *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017), el cual constó de 32 ítems dividido en 9 áreas a evaluar (Motivo de vida, sentido de productividad, nivel de satisfacción histórica, conexión afectiva, conexión social, bienestar físico, bienestar emocional, bienestar espiritual y autoestima). Cada uno de estos componentes se evaluó con una escala tipo *Likert* donde el mayor puntaje obtenido significaría una mayor motivación en la vida y un mejor estado de bienestar integral.

Este cuestionario mostró un comportamiento similar a la *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1).

El valor medio basal de las 30 participantes en el cuestionario de medición *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017) antes de aplicar la ISI fue de 111.4 puntos con una DE de 20.4 puntos; es decir que el puntaje obtenido por la muestra de participantes a través de este instrumento, osciló entre 94 puntos

y 134.8 puntos (Cfr. Tabla 6 y Figura 8)., lo cual corresponde a que las mujeres se encontraban en un rango de *insatisfechas y medianamente insatisfechas* con respecto al motivo de vida y bienestar integral antes de la intervención. Posteriormente, los puntajes obtenidos con el instrumento, después de la aplicación de las 6 sesiones de la ISI, fueron de 170.5 puntos con una DE de 28.7 puntos, como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Evaluación de la intervención por medio del cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017).

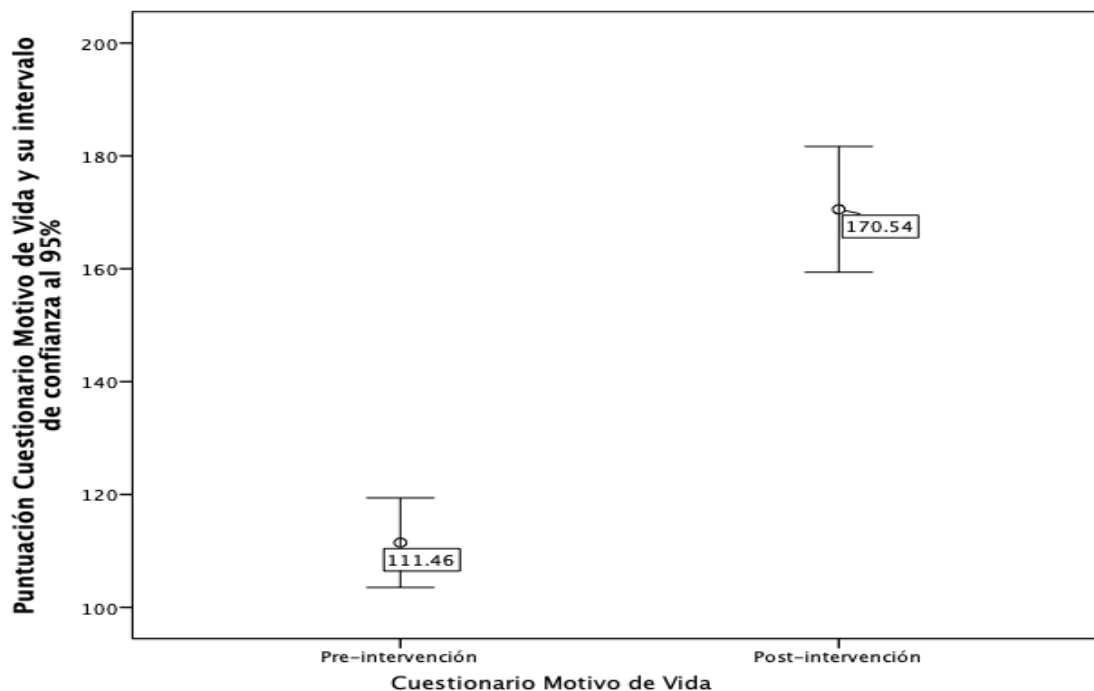
Áreas	Pre intervención		Post intervención		P
	Media	DE	Media	DE	
(1) Motivo de vida	14.5	5.4	24.9	3.6	≤.001
(2) Sentido de productividad	16.6	6	22.8	1.6	≤.001
(3) Nivel de satisfacción histórica	20.5	8.1	35.1	6.3	≤.001
(4) Conexión afectiva	12.3	6.4	20.2	3.9	≤.001
(5) Conexión social	18	7.7	25.1	5.3	≤.001
(6) Bienestar físico	18.8	7.7	25.1	5.3	≤.001
(7) Bienestar emocional	23.4	9.2	33.9	6.9	≤.001
(8) Bienestar espiritual	19.6	7.2	32.4	10.9	≤.001
(9) Autoestima	24.7	6.7	39.5	11	≤.001
Total	111.4	20.4	170.5	28.7	≤.001

(*) Valor de p obtenido por la prueba T de Student para muestras pareadas.

Lo descrito indica que los resultados de la muestra fluctuaron entre 141.8 puntos y 199.2 puntos, lo cual corresponde a que las mujeres se encontraban en un rango entre *medianamente insatisfecha y muy satisfecha* con respecto a su motivo de vida y bienestar integral después de la intervención. Los resultados fueron analizados con la prueba *T de Student* para muestras pareadas obteniéndose los valores

significativos con una $P (\leq 0.001)$. Lo mismo sucedió en cada uno de sus componentes (Cfr. Tabla 6 y Figura 8).

Figura 8. Comparación de medias y la desviación estándar medidas por el instrumento *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017)



Los datos proporcionados por el cuestionario pre y post-intervención, nos indica que utilizando como instrumento el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar integral* (Rodríguez, Fernández, 2017), se observa que con la ISI, se genera un cambio significativo positivo en la motivación por la vida y el bienestar integral, en las mujeres entre 50 y 80 años con alguna alteración emocional que integraron la muestra de este estudio.

d) RESULTADOS obtenidos con el instrumento *Escala meta Ser*.

Además, de los instrumentos anteriores, se aplicó la *Escala a la Meta Ser* (Charles 2010) antes de iniciar la primera sesión y al finalizar la totalidad de las seis sesiones.

El puntaje en la escala del 0 al 10 que las 30 participantes reportaron bajo su percepción subjetiva respecto a su meta Ser, considerando que el 0 indicaría lo más alejado de su meta Ser y el 10 indicaría el alcance de la misma, fue de una media de 3.28 puntos con una desviación estándar de 1.08 puntos antes de la aplicación de la intervención. Lo anterior nos indica que los valores de la escala para medir la meta ser en la muestra osciló entre 2.2 puntos y 4.36 puntos.

En contraste, al cierre del proceso interventivo, la media en la escala subió a 8.15 puntos, considerando una desviación estándar de 0.94 puntos, lo que indica que los valores de la meta ser después de la aplicación de la ISI tuvieron una fluctuación en ascenso entre 7.21 puntos y 9.09 puntos, lo que marcaría un avance diferencial a partir de la comparación entre las medias, de 4.87 puntos.

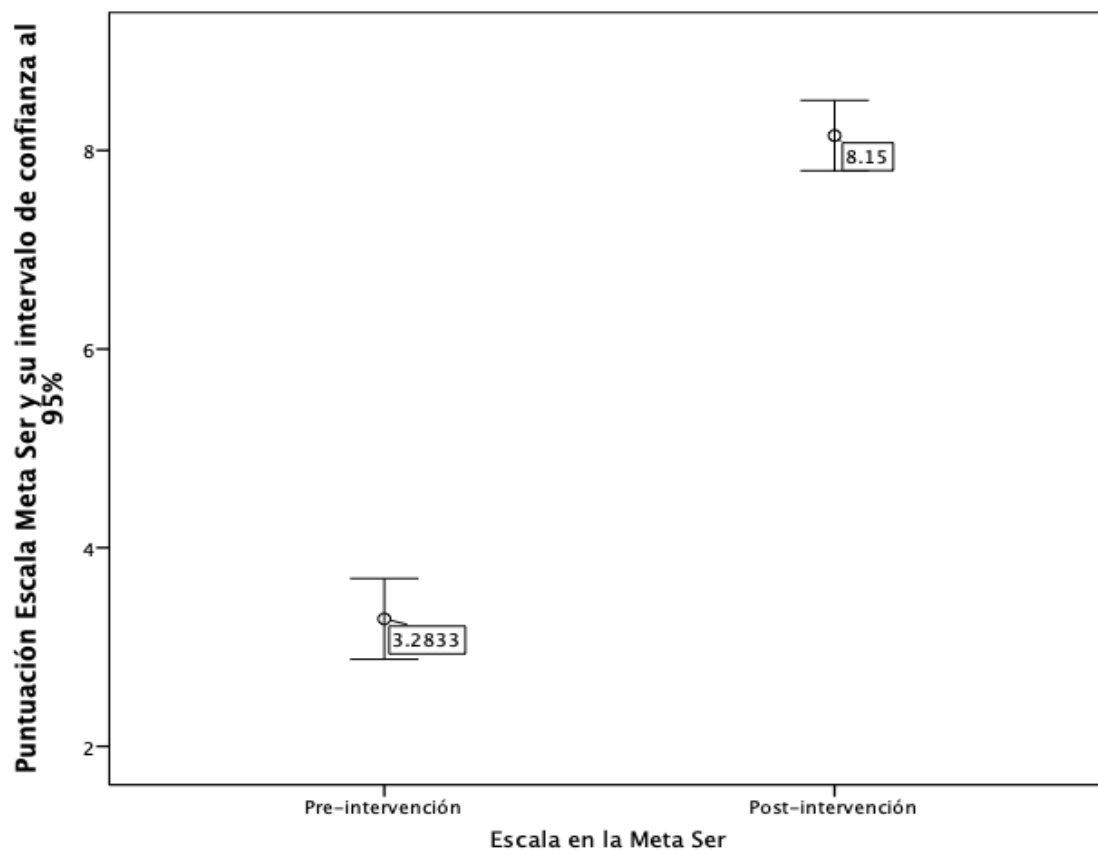
A esos resultados se les aplicó la prueba *t de Student* entre las muestras relacionadas, con la cual se confirmó que la diferencia resultó ser estadísticamente significativa (Cfr. Tabla 7). Esto nos permite concluir que, para este instrumento de medición, las participantes reportaron sentirse más *satisfechas y cercanas a alcanzar* su meta Ser después de ser intervenidas con la ISI (Cfr. Figura 9).

Tabla 7. Distribución comparativa de la media y la desviación estándar (DE) de puntaje obtenido con *Escala a la Meta Ser* (Charles 2010) (medición 0 a 10), con aplicación de la prueba *t de Student* para muestras relacionadas, en pre y post intervención.

	Pre-intervención		Post-intervención		P
	Media	DE	Media	DE	
Escala para medir la Meta Ser	3.28	1.08	8.15	0.9	≤.001(*)

(*) Valor de p obtenido por la prueba T de Student para muestras pareadas.

Figura 9. Gráfico comparativo de puntajes de “Escala a la Meta Ser” (Charles, 2010) en pre y post intervención.



e) RESULTADOS DE LA CORRELACION DE LOS INSTRUMENTOS.

Para finalizar, se correlacionaron los resultados entre la *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017) y la *Escala en la Meta Ser* (Charles, 2010) en sus valores obtenidos en pre y post-intervención.

Como fruto de este análisis, se observaron correlaciones positivas estadísticamente significativas entre los tres instrumentos, lo cual nos habla de una validez de criterio

aceptable en la propuesta del cuestionario *Motivo de vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017) (Cfr. figuras 10 a 15), además de consolidar la consistencia de los resultados obtenidos en la evaluación de la eficacia de la Intervención Sistémica Integradora.

Figura 10. Gráfico de dispersión mostrando la correlación entre la *Escala de satisfacción con la vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), y el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017) ambos en **pre-intervención**.

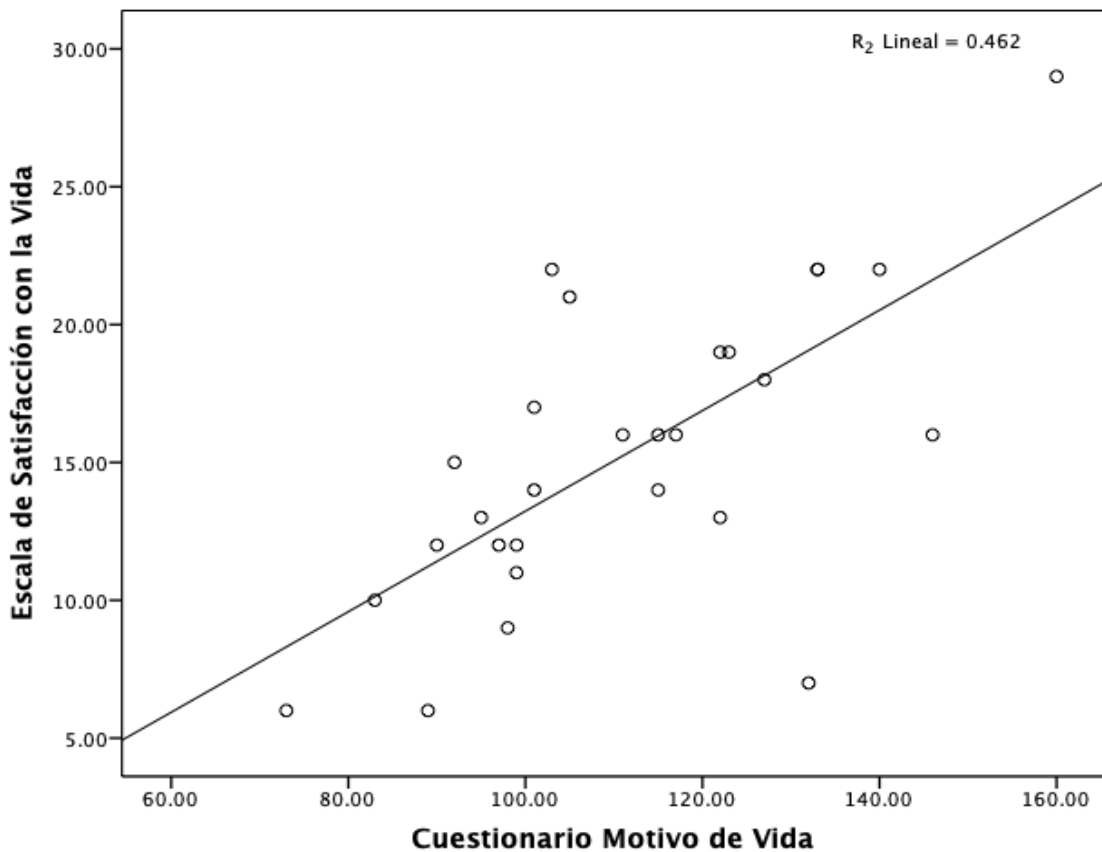


Figura 11. Gráfico de dispersión mostrando la correlación entre la *Escala de satisfacción*

con la vida (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), y el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017) ambos en **post-intervención**.

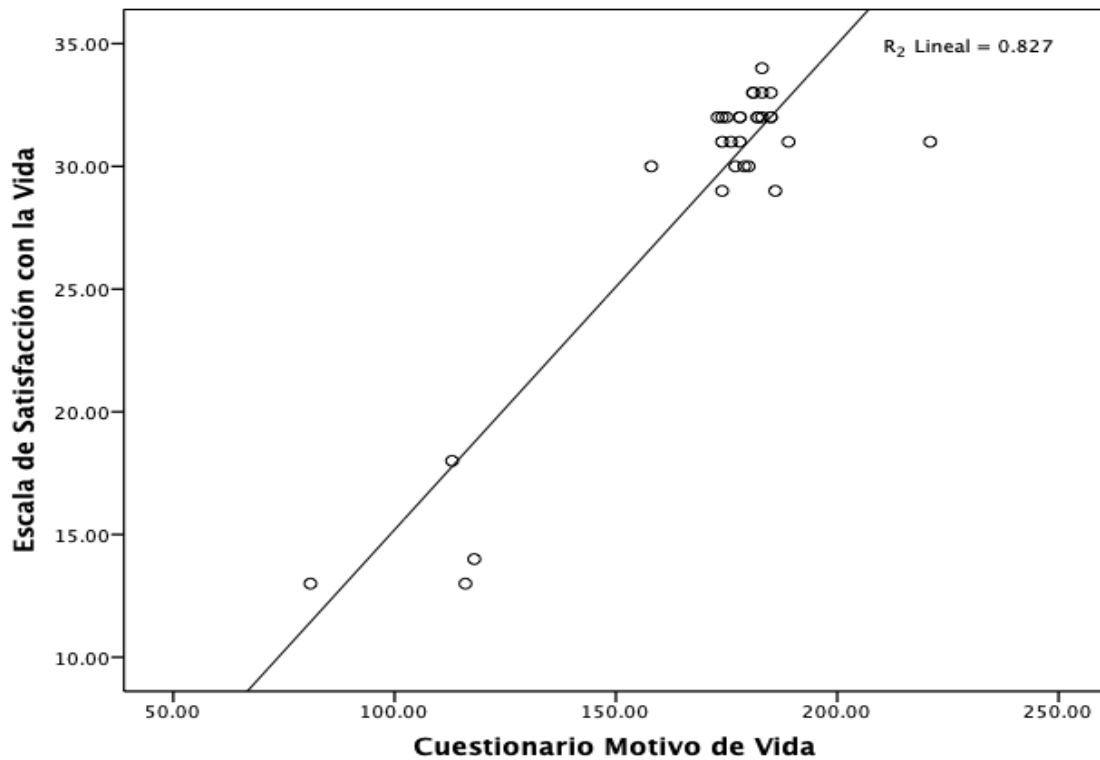


Figura 12. Gráfico de dispersión mostrando la correlación entre la *Escala de satisfacción*

con la vida (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), y la *Escala en la Meta Ser* (Charles 2010), ambas en **pre-intervención**.

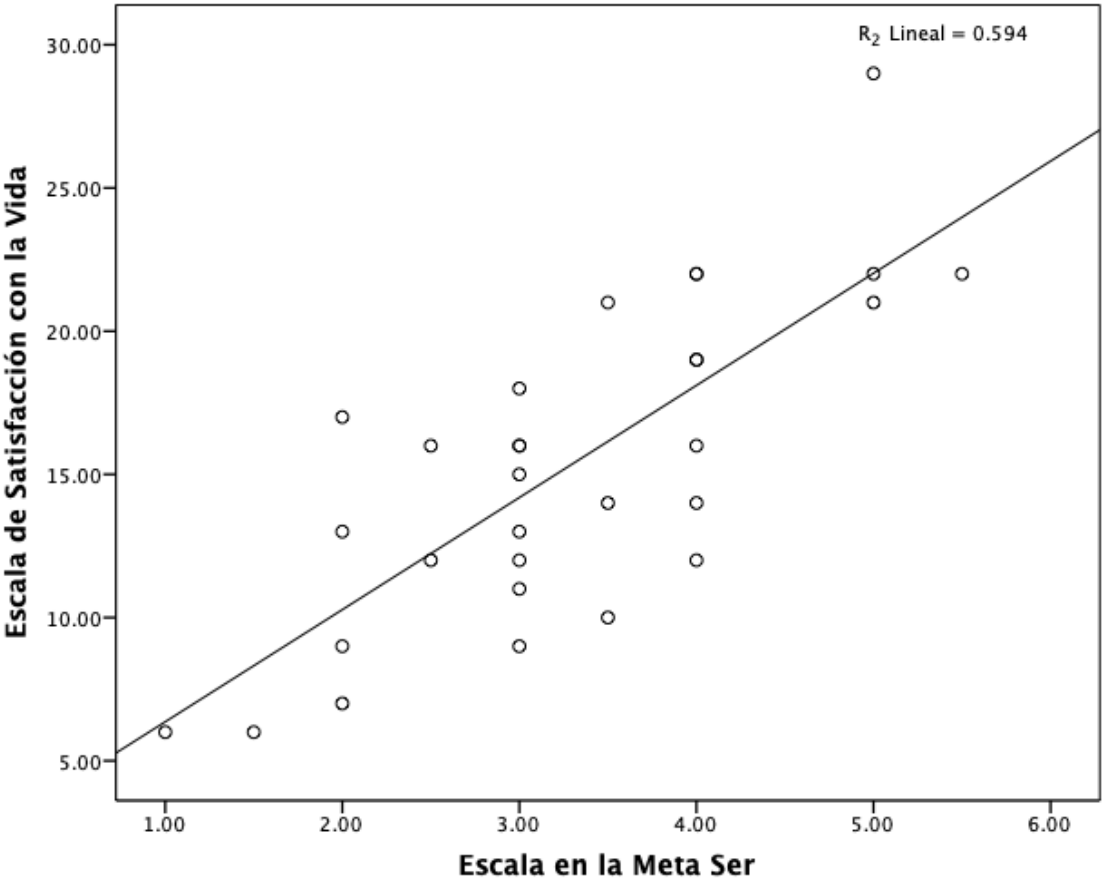


Figura 13. Gráfico de dispersión mostrando la correlación entre la *Escala de satisfacción*

con la vida (Diener, E. *The Satisfacción with Life Scale. Jornal of personality assesment.* Vol 49. 1985. Issue 1), y la *Escala en la Meta Ser* (Chales, 2017), ambas en **post-intervención**.

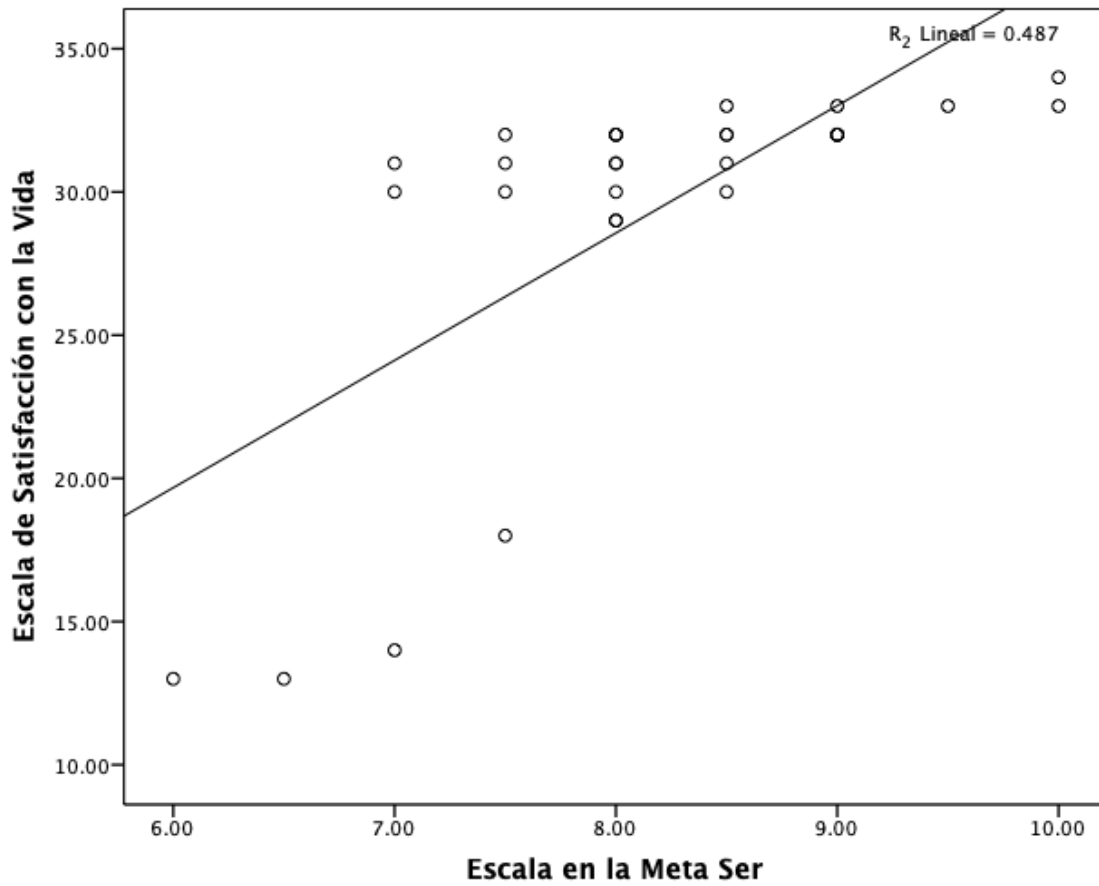


Figura 14. Gráfico de dispersión mostrando la correlación entre el cuestionario *Motivo de*

Vida y Bienestar Integral (Rodríguez, Fernández, 2017) y la *Escala en la Meta Ser* (Charles, 2010), ambos en **pre-intervención**.

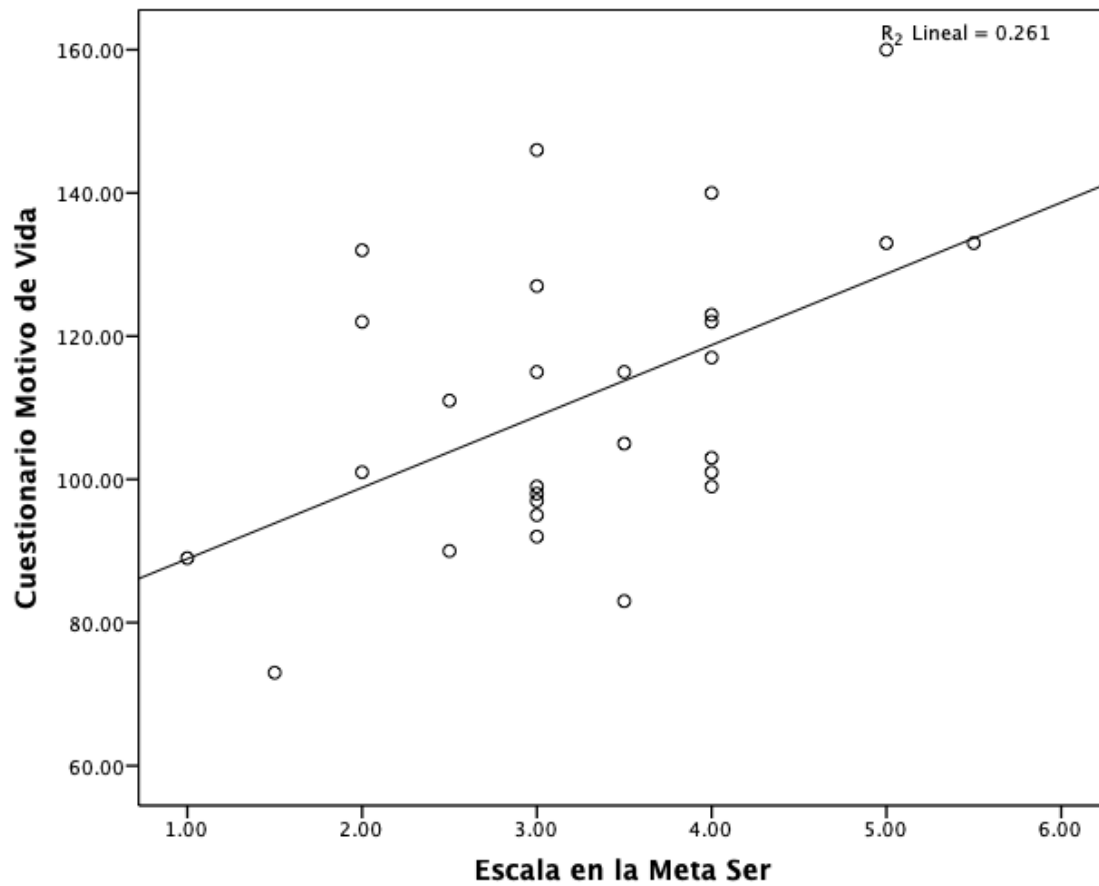
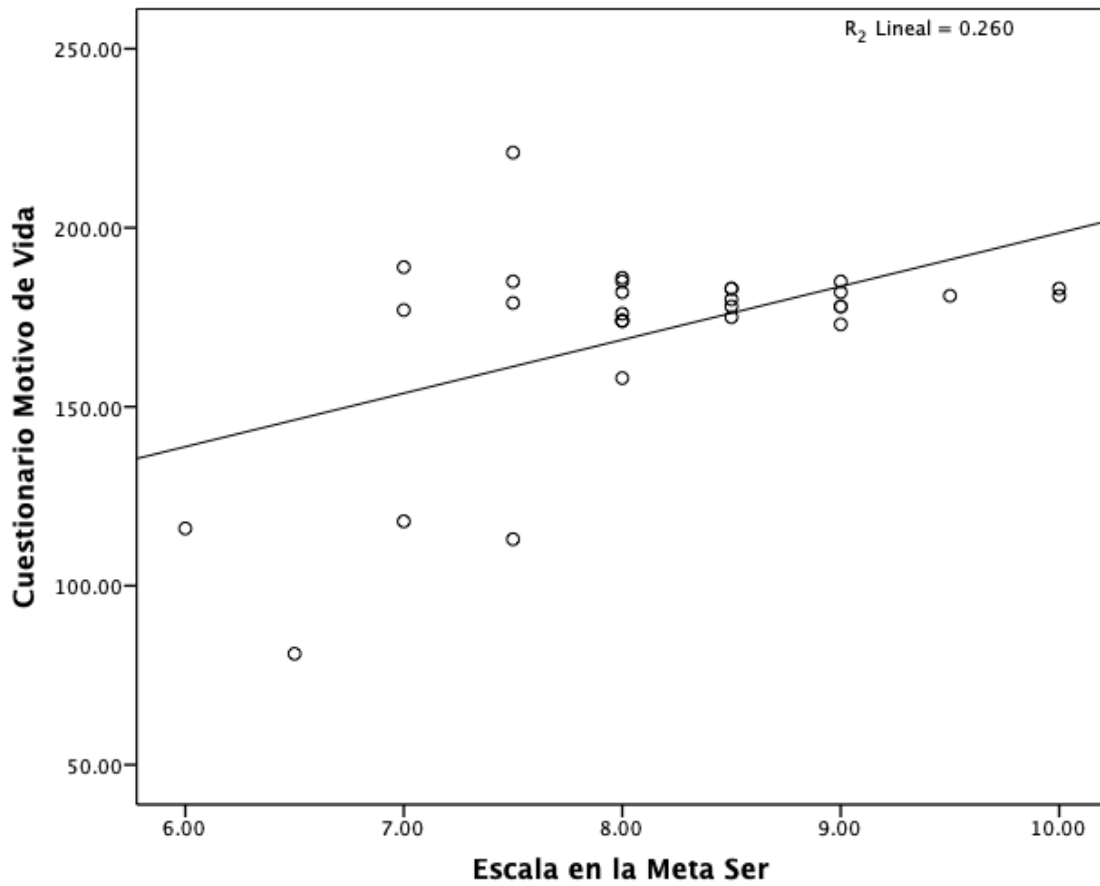


Figura 15. Gráfico de dispersión mostrando la correlación entre el *cuestionario Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017) y la *Escala en la Meta Ser* (Charles 2010), ambos en **post-intervención**.



f) RESULTADOS CUALITATIVOS OBTENIDOS CON LA APLICACIÓN DE LA ISI.

Sesión 1. ENTREVISTA Y META SER:

En la mayoría de los casos se logró un excelente rapport con las participantes.

En las ocasiones que las participantes presentaban, a su llegada, una expresión de angustia, ésta cambiaba al explicárseles que se trataba de una terapia de psicología positiva, en donde nos enfocaríamos más en las soluciones que en el problema; varias expresaron que habían estado en algunas terapias, pero ninguna de este tipo.

Muchas de las pacientes llegaban e empezaban a llorar o a relatar su problema o motivo de consulta, en ese momento, se intervenía y se les explicaba que primero había que hacer la entrevista; alguna que otra participante llegó a hacer alguna expresión de extrañeza, sin embargo, a medida que continuaba la entrevista, iban empatizando con el sistema. Al iniciar a preguntarles sus cualidades y gustos la expresión corporal de las participantes cambiaba a más alegre y relajada.

El momento crucial de seleccionar la meta Ser, generaba en las participantes una expresión, que alguna de ellas comparó con la pregunta, “¿Qué le voy a pedir a Santa Clos?”; incluso podía observarse en algunas una expresión de “¿Qué pediré?” como una actitud de confianza de que por fin lograrían lo que deseaban. Una característica importante con respecto de la meta Ser, fue el hecho que de alguna manera u otra, en todos los casos siempre se trató de cómo lograr tener paz, sentirse felices, sentirse útiles, y al final siempre se llegó a la conclusión de que eso era lo que necesitaban lograr para darle un verdadero significado o utilidad a su vida; tener un sentido de vida, les llevaba a lograr su meta o viceversa.

Sesión 2. FLEXIBILIZACION DE PATRONES.

Esta es una de las sesiones estrella de la ISI, ya que ninguna de las participantes había experimentado un ejercicio de trance hipnótico terapéutico.

Las reacciones a este ejercicio fueron formidables, expresiones como: “Nunca me había sentido tan bien”, “Sentí que realmente estaba con las personas que eran mis héroes, pude abrazarlos y decirles que los amo”, “Sentía que me hacía grandota y luego chiquita”, “Por más que intentaba no podía rescatar a la otra ”yo” del barco”, “Me he quitado un gran peso de encima, me siento ligera, ligera.”, “Estoy cansada de tanto llorar, le diré a mi esposo que venga por mí.”, “Por fin me deshice de esa vieja necia”, “De verdad que necesitaba esto”, “Todo parecía tan real”, “Me fue difícil, pero logré que esa barca llena de dolor desapareciera”, y el comentario que se presentó aproximadamente en el 90% de las participantes fue: “Me siento muy relajada y en paz”.

Sesión 3. REFORMULACION DE SIGNIFICADOS

A esta sesión la mayoría de las clientas llegaron con una actitud de cambio importante. Al preguntárseles que si habían visto algún cambio en su percepción de la realidad expresaron, por ejemplo: *“Ya no me siento enojada al ver a mi suegra”, “tomé mi trabajo con más seriedad”, “tuve una poquita de más paciencia con mis hijos”*; los comentarios más compartidos fueron: *“me he sentido muy tranquila”, “me he sentido con mucha paz”*. También hubo 3 casos en los que las participantes reportaron no haber visto ningún cambio, sin embargo, una de ellas ya avanzada la sesión notó que ya había dejado de cuestionar a su esposo acerca de sus llamadas por celular.

Después de hacer preguntas y reencuadres acerca de sus observaciones, las clientas expresaron opiniones como: *“Me siento con más ánimo para lograr mi meta”, “siento que me voy acercando a lo que quiero”, “me siento más tranquila que cuando llegué”, “ahora veo las cosas de otra forma”*. Es importante reportar que en muchas ocasiones las clientas expresaban sus ideas en una connotación negativa, y dentro de la reformulación de significados, también se buscó que fueran connotando sus nuevas ideas y conceptos positivamente.

Sesión 4. REACTIVACIÓN DE RECURSOS

Al igual que con el trance hipnótico, aunque escasas participantes habían oído hablar de la programación neurolingüística, ninguna había participado en un ejercicio que la implicara.

Fue muy interesante observar como las participantes se entusiasmaban al decirles que si se sentían a gusto con ello, podían cerrar los ojos para hacer el ejercicio; todas cerraron los ojos, incluso las escasas que habían titubeado al hacerlo en el ejercicio de hipnosis. La cooperación de las participantes fue muy ávida y emotiva al ir relatando la escena en la que harían los anclajes para lograr nuevos patrones de conducta. Incluso algunas quedaron sorprendidas de la sencillez de la técnica y, aún sin haber comprobado su eficacia, declaraban querer utilizarla con ellas mismas para anclar otras conductas o, con sus familiares o conocidos para darles una herramienta para cambios de comportamiento.

Sesión 5. CONSTRUCCION DE MARCOS MENTALES

En esta sesión se observaron diferentes comentarios acerca de la utilización de la técnica de PNL; participantes que la utilizaron todos los días con mucha efectividad, otras que la utilizaron poco y les funcionó, algunas que la utilizaron solo la primera semana y a algunas les funcionó y a otras no o no se acordaban y otras que no la utilizaron. Hubo un caso particular de una participante que además de utilizarla consigo misma, la aplico a su mamá y también le funcionó perfectamente.

Esta sesión se caracterizó en que la mayoría de las participantes ya llevaban la secuencia por si mismas; reportaron sus avances acerca del logro de su meta ser o al menos de haber mejorado su manera de pensar sentir y actuar.

Las participantes diseñaron sus tareas. Una de ellas comento con entusiasmo: *“Voy a seguir haciendo lo que ya hago bien, o sea... ¡Todo!”*

Sesión 6. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y CIERRE

En esta sesión muchas participantes declararon haber alcanzado su meta Ser, ver su vida de una manera más positiva, sentirse más felices, sentirse en paz, tener un nuevo o mejor motivo para vivir. Algunas dijeron sentirse mucho mejor que cuando llegaron y ver la vida con más optimismo, así como tener mucho entusiasmo por hacer cosas nuevas y seguir trabajando más detalles de su vida.

Una participante agradeció ver las cosas de manera diferente, sin embargo, aún sentirse mal; en este caso se sugirió buscar una consulta psiquiátrica en caso de que hubiera necesidad de tomar algún medicamento.

La prevención de recaídas quedo clara para todas las participantes. Hubo agradecimientos muy emotivos; se les felicitó a las participantes ya que el éxito se logró gracias a su tenacidad asistiendo a las sesiones y realizando las directivas.

Los comentarios acerca de la ISI fueron en general muy positivos: *“Esta terapia si me funcionó”, “Me gustó mucho como poquito a poquito fui logrando lo que necesitaba”, “ Lo que más me fascinó fueron los ejercicios”, “Es increíble como aprendiendo a cambiar tu pensamiento, puedes cambiar todo lo demás”, “Aquí uno aprende el orden de cómo ir haciendo las cosas”, “En mi casa están muy contentos de que vine”, “Ya le dije a una amiga que tome la terapia”.*

11 Discusión.

En este capítulo se llevará acabo la discusión en el inciso A acerca de los resultados cuantitativos, incluyendo los sociográficos, así como, los obtenidos por cada uno de los instrumentos utilizados para evaluar los resultados antes y después de aplicar la ISI a la muestra. A continuación, en el inciso B, se llevará a cabo la discusión de los resultados cualitativos obtenidos durante la aplicación de la ISI.

A. DISCUSIÓN SOBRE RESULTADOS CUANTITATIVOS.

a) ANÁLISIS DE RESULTADOS SOCIOGRÁFICOS.

En lo referente a la edad, pudimos observar que poco más del 50% de la muestra la conformaron mujeres entre los 50 y 60 años de edad (Cfr. Tabla 1). Se considera que esto se debió a que este es un rango de edad en el que las mujeres aún tienen un estado de salud que les permite desplazarse por sí mismas; así como tomar la decisión de asistir a una terapia y poder ejecutarla ya que es un rango de edad en el que aún se considera que se tiene un considerable trayecto de vida por delante.

En la escolaridad pudimos observar la mayor parte de la muestra formada por preparatorias, técnicas y profesionales, lo cual no es de sorprender, ya que esos grupos, tiene un nivel cultural en el que se valora el apoyo psicoterapéutico como opción.

Desde nuestro punto de vista, el hecho de que el mayor porcentaje de la muestra estuviese formado por amas de casa y empleadas, es probable que se deba a que son personas acostumbradas a ser subordinados y buscar a alguien con mayor experiencia para enfrentar sus problemas.

En lo referente al estado civil, se puede citar que aproximadamente el 90% de las participantes, manejaban el constructo social de la pareja perfecta y la familia feliz; los anteriores fueron en la mayoría de los casos, situaciones importantes de resignificar para lograr la meta Ser de las participantes.

Respecto a la vivienda compartida, se considera que la mayoría la tienen, ya que entre más personas conviven juntas, mayor puede darse la oportunidad de relaciones interpersonales disfuncionales.

b) ANALISIS DE RESULTADOS SEGÚN INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Observando los resultados obtenidos con la *Escala de satisfacción con la vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Jornal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1) (Cfr. Tabla 4, Fig. 7); podemos ver que al principio 5 participantes (16.7%), se presentaron en la categoría de *Muy Insatisfechos*, y podemos observar que 3 de ellas (10%) llegaron a la categoría de *Insatisfechos* (10%), aunque se trata de un nivel mayor al que llegaron a la investigación, no llena las expectativas que la ISI busca lograr con las participantes.

Se cree que el principal factor fue la falta de un *rapport* adecuado entre terapeuta-

cliente; en particular, la participante que llegó a la categoría post-intervención de *ligeramente insatisfecho* (3.3%) se cree que tenía necesidad de una intervención clínica psiquiátrica.

El resto de la población, 2 (6.7%) participantes que calificaron como *Muy satisfecho* y 24 (80%) participantes que calificaron como *Sumamente satisfecho*, reflejan realmente el objetivo de la ISI y nos dan valores estadísticamente significativos de acuerdo con el valor de $p \leq .001$ obtenido por χ^2 de *Pearson*. El porcentaje tan alto logrado de o a 80% se adjudica a la intervención de hipnosis clínica en donde la participante se autocalifica como *“Todo lo has hecho muy bien”*.

Por otro lado, Se analizaron los cambios en las puntuaciones obtenidas en cada uno de los 5 ítems que componen la *Escala de satisfacción con la vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), encontrando que en cada uno de ellos presentaron diferencias estadísticamente significativas con una $p \leq .001$ obtenido por χ^2 de *Pearson*.

El ítem con un cambio más pronunciado fue el número 4 en el cual se pregunta si hasta el momento del interrogatorio la participante *ha conseguido las cosas importantes que quiere en la vida*, encontrando que antes de la intervención, ninguna participante mencionaba que estaba muy de acuerdo, y después de la ISI, se obtuvo como resultado que un 66.7% de las participantes marcaron que estaban *muy de acuerdo con ello* (Cfr. Tabla 5).

Del mismo modo, podemos ver que los resultados obtenidos con el segundo instrumento aplicado para la medición del nivel de satisfacción con la vida de las participantes en este estudio, el cuestionario de medición *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017), mostró un comportamiento similar a la *Escala de satisfacción con la vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Jornal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1).

El cuestionario, constó de 32 ítems dividido en 9 áreas a evaluar (Motivo de vida, sentido de productividad, nivel de satisfacción histórica, conexión afectiva, conexión social, bienestar físico, bienestar emocional, bienestar espiritual y autoestima), cada uno de sus componentes se evaluaron con una escala tipo *Likert* donde el mayor puntaje obtenido significaría una mayor satisfacción con la vida y un mejor estado de bienestar integral (Cfr. Tabla 6 y Figura 8).

La coherencia obtenida en los resultados de ambas pruebas nos demuestra la efectividad del cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández. 2017), ya que la *Escala de satisfacción con la vida* (Diener, E. The

Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1) es un instrumento de medición de calidad comprobada.

Comparando la diferencia entre las medias de las pre y post-intervención obtenidas con el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral*, podemos observar que los apartados con mayor cambio con la ISI se dieron como se muestra a continuación:

El principal cambio se observó en la autoestima y el nivel de satisfacción histórica, con una diferencia en sus medias pre y post-interventivas de 14.8 y 14.6 puntos respectivamente; en segundo lugar el bienestar espiritual con una diferencia de 12.8 puntos entre las medias; en tercer lugar el bienestar emocional y el motivo de vida con una diferencia en sus medias de 10.5 y 10.4 puntos respectivamente, y en 4°, 5° y 6° lugar quedaron la conexión afectiva, conexión social y sentido de productividad con 7.9, 7.1 y 6.2 puntos de diferencia entre sus medias pre y post-intervención, respectivamente.

Lo anterior nos demuestra que la ISI, además de fortalecer todas las demás áreas, es una intervención psicoterapéutica eficaz para fortalecer la autoestima de las pacientes, la cual es clave para lograr la resignificación en su vida.

Finalmente, como una tercera prueba se aplicó la *Escala de la Meta Ser* (Charles, 2010). La medición inicial se hizo en la primera sesión y la segunda medición se realizó al término de la ISI. Aun cuando los resultados se obtienen por una apreciación subjetiva por parte de las participantes, se les aplicó una prueba *t de Student* entre las muestras relacionadas, con la cual se confirmó que la diferencia entre los resultados pre y post-interventivos resultó ser estadísticamente significativa con una $p \leq .001$ (Cfr. Tabla 7).

Tomando en cuenta las medias y las desviaciones estándar obtenidas por medio de la *Escala para la meta ser*, podemos asumir que el número en la escala, expresado por las participantes antes de iniciar la ISI, fluctuó entre 2 y 4 puntos y, después de la intervención entre los 7 y 9 puntos. Estos datos también proporcionan resultados semejantes a los arrojados por los otros dos instrumentos utilizados para evaluar la ISI. El único caso que podemos ver como excepción es el de una paciente que dio como número en la escala pre-intervención de 2 y en post-intervención registró un 4; en el caso de esta paciente podríamos hipotetizar que probablemente se necesite una colaboración terapéutica con apoyo adicional de medicamento.

En las figuras 8 a 13, podemos observar las gráficas que muestran la correlación en la dispersión entre la *Escala de satisfacción con la vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), el

cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017) y la *Escala en la Meta Ser* (Charles, 2010), en pre-intervención y post-intervención; se observaron correlaciones positivas estadísticamente significativas entre los tres instrumentos, lo cual nos reitera la validez de criterio aceptable en la propuesta del cuestionario *Motivo de vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017), así como la efectividad de la ISI para lograr la resignificación de vida de las participantes de la muestra.

Asimismo, a partir de esta correlación significativa encontrada entre los tres diversos instrumentos, es importante enfatizar el valor que reportó la aplicación de la escala del 0 al 10 en la meta Ser, como un instrumento de medición sumamente confiable y fácil de aplicar y evaluar, en contraste con las otras pruebas estandarizadas, de tal manera que pudiera recomendarse su aplicación en futuras investigaciones para la medición de diferentes variables dependientes susceptibles a ese tipo de evaluación.

B) DISCUSIÓN SOBRE RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA INTERVENCIÓN.

La muestra de estudio estuvo formada por 30 mujeres entre 50 y 80 años que acudieron a consulta psicoterapéutica reportando alguna alteración emocional.

Cabe decir que, para seleccionar a las participantes en este estudio, no se hizo ningún cuestionamiento o prueba para determinar el estado emocional de dichas mujeres; simplemente se reclutaron a aquellas mujeres que presentaran la necesidad de tener atención terapéutica para sí mismas y que no presentaran ninguno de los criterios de exclusión presentados en la sección de muestra.

Fue así como se reclutaron a las 30 participantes quienes iniciaron la Intervención Sistémica Integradora desde la sesión uno hasta la sesión seis.

Aunque originalmente el planteamiento de la intervención fue el de tener una sesión cada dos semanas, existieron algunos casos en los que varió el tiempo entre sesión y sesión, sin embargo, a pesar de este detalle, no se presentó ninguna deserción y las treinta participantes que iniciaron el tratamiento lo concluyeron hasta el final las 6 sesiones de una hora y media cada una.

Resultados cualitativos de la ISI.

La ISI cuenta con seis sesiones con duración de una hora y media cada una. Aunque aparentemente al principio algunas participantes se mostraban sorprendidas de la duración de la sesión, posteriormente expresaron comentarios de extrañeza acerca de lo rápido que se les pasaba el tiempo de éstas e incluso emoción de que ya se llegara la siguiente; también algunas expresaron el deseo de continuarla.

Uno de los principales factores que favorecieron la adherencia a la ISI por parte de las participantes en el estudio, fue el *rapport* logrado en las sesiones y la infalible entrevista con formato hipnoamnésico del Dr. Ruperto Charles. Desde el inicio las participantes cambiaron su percepción al sentirse recibidas con empatía, e iniciar preguntándoles sus cualidades, sus gustos y como son capaces de lograr algo que ellas pensaban era imposible de lograr.

La habilidad de escuchar lo que las participantes expresaron, muchas veces con la premisa “*Es la primera vez que le cuento esto a alguien*”, con una actitud verbal y no verbal llena de empatía y exenta totalmente de juicio, fue otro detalle importante. El hecho de plantearles a las participantes como es que realmente se querían sentir, y a partir de sus respuestas establecer sus metas Ser, simbolizó diseñar un estandarte exacto a su medida y necesidad, el cual portaron como objetivo durante toda la ISI. Se dio el caso con dos participantes que cambiaron su meta ser en el transcurso de la ISI, sin embargo, los cambios fueron más de forma que de fondo en ambos casos.

Algo muy importante para el objetivo de este estudio, fue el hecho de que, de una manera u otra, la meta Ser de las participantes siempre fue desde un principio o después de redefinirse, el lograr un motivo por el cual vivir y/o una resignificación de vida.

Una de las estrategias importantes y a las cuales se debieron habituar las participantes, fue el hecho de que se estaba trabajando con enfoque a soluciones, iniciando siempre las sesiones hablando de aspectos positivos grandes o no tan grandes pero, siempre algo positivo.

El trance hipnótico, fue elegido con base en la experiencia clínica, a partir de su favorable efecto en flexibilizar los patrones de pensamiento de los clientes.

En el caso particular de la muestra que se manejó, fue la primera experiencia para todas en experimentar una intervención hipnótica clínica. La mayoría externaron una sensación de paz y liberación al finalizar el trance. Todas las participantes, a excepción de una, reportaron algún cambio en su percepción de la realidad en la siguiente sesión.

Para dar un nuevo sentido a los constructos e introyectos que fueron forjando la vida intra e interpersonal de las participantes, hacia una visión más positiva y que las acercó a su meta Ser, nos basamos principalmente en los cambios que la participante observó en su percepción de la realidad después del ejercicio de hipnosis.

Lo anterior se logró con las nuevas estrategias de cambio que fue practicando y creando desde la primera sesión, así como con preguntas, reencuadres, y la habilidad para utilizarlos con la información que las participantes fueron proporcionando.

También se utilizó un ejercicio de PNL para anclaje de recursos, el cual fue seleccionado por práctico y exitoso en la experiencia clínica cotidiana.

La mayoría de las participantes se mostraron sorprendidas de lo fácil que fue hacer este ejercicio y de lo efectivo que les fue al utilizarlo en la práctica diaria. Una participante en particular, mencionó haberlo aplicado a uno de sus familiares y observar con gusto que también le funcionó.

Avanzando en las sesiones fue interesante ver como aproximadamente un tercio de las participantes parecían ya saber la dinámica de la sesión. En un caso en particular, la cliente se mostró muy emotiva expreso su incredulidad de poder haber logrado cambiar su manera de pensar y de hacer las cosas; comentó que ella decía la típica frase de *“así soy yo y no puedo cambiar”*.

Para finalizar la ISI, se planteó una serie de preguntas, con las cuales se fue orientando a las participantes a definir qué es lo que deben hacer cuando ya no estén obteniendo los resultados deseados. A este respecto se puede mencionar que toda la muestra se mostró segura de que era lo necesario para recuperarse en una recaída.

Asimismo, se hizo el cierre de la intervención y respecto a ello las participantes, en su mayoría, se mostraron satisfechas de estar concluyendo la intervención en un estado emocional mejor o mucho mejor que con el que llegaron a la primera sesión.

Para terminar, se aplicaron los instrumentos de medición en su versión post-intervención por el personal entrenado.

Por los resultados obtenidos y las pruebas aplicadas, se acepta la hipótesis de trabajo que consistió en probar que la Intervención Sistémica Integradora (ISI) sí influye favorablemente en la resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales. Y se rechaza la hipótesis nula, que estableció que la Intervención Sistémica Integradora (ISI) no genera ninguna influencia en la resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales.

Conclusiones

Es una tarea indispensable contribuir a transformar los estereotipos negativos de madurez y vejez en positivos, lograr que los adultos maduros, recuperen su condición de personas orientadoras de las nuevas generaciones con relación a lo que significa ser un humano, que puedan dejar huella de humanidad o dar señales de intentar dejarla donde quiera que se encuentren.

En varios países del mundo, la población mayor de 60 años, según género, es mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, aunque las mujeres tienen más sobrelvida, las condiciones en la etapa de la madurez muestran situaciones adversas en cuanto a ingresos, nivel de escolaridad y oportunidades de trabajo remunerado, lo que altera en detrimento su calidad de vida; y a su vez su estado emocional (Carvajal, 2002).

La Intervención Sistémica Integradora, propuesta que hace este trabajo de tesis doctoral, probó contribuir en este esfuerzo por reubicar emocional y socialmente a las mujeres adultas maduras con alguna alteración emocional en la época contemporánea.

La inquietud de intervenir en este trabajo con mujeres, tiene una base importante en el anhelo de que los cambios obtenidos en las integrantes de la muestra hagan eco en más miembros de la sociedad, es decir, que se genere un efecto sistémico de cambio social.

Como se menciona en la introducción de esta tesis, en la sapiencia del dicho popular: *“Quien forma a un hombre, forma a un individuo, y quien forma a una mujer, forma a una familia”*; nos convence de que dicho cambio sistémico tiene altas

posibilidades de llevarse a cabo.

Esta intervención se realizó con una muestra formada por 30 participantes femeninas entre 50 y 80 años de edad, que se presentaron a solicitar consulta psicoterapéutica por padecer alguna alteración emocional, en el consultorio de la MTF Alma Patricia Rodríguez Garza en la Ciudad de Monclova Coahuila, entre los meses de Agosto y Diciembre del 2017.

Con los resultados y la discusión acerca de éstos, presentados en los capítulos correspondientes, podemos comprobar que la hipótesis central marcada para esta investigación consistió en probar que la Intervención Sistémica Integradora (ISI) sí influye favorablemente en la resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales.

Por otro lado, en cuanto a la hipótesis nula, que establecía que la Intervención Sistémica Integradora (ISI) no genera ninguna influencia en la resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales, se consideró descartada.

Ante el impacto que la salud mental tiene en la vida de los seres humanos, y en el funcionamiento de la sociedad en general, estamos conscientes del amplio haber que existe tanto en la literatura como en la práctica clínica, acerca de diferentes disciplinas que ayudan a tener un estado mental y emocional sano.

A partir de la presente investigación y de los resultados obtenidos que representaron la efectividad probada de la Intervención Sistémica Integradora, es posible ofrecerla como una opción terapéutica integral, eficiente y sencilla de replicar –una vez recibido el entrenamiento adecuado- de tal modo que a partir de la intervención de 6 sesiones con duración de una hora y media cada una, el cliente pueda ir presentando signos de mejora en los distintos aspectos de su vida, tales como el motivo de vida, la autoestima, el sentido de productividad, el nivel de satisfacción histórica, la conexión afectiva, la conexión social, así como el bienestar físico, emocional y espiritual.

En el párrafo anterior nos referimos a “cliente” en general, ya que aunque este estudio se realizó con participantes mujeres entre 50 y 80 años de edad, hemos visto en la práctica clínica que la ISI tiene buenos resultados aplicándose desde adolescentes hasta adultos mayores de sexo indistinto.

Algunas limitaciones que se pudieran mencionar acerca de la ISI, podrían ser: La falta de habilidad o experiencia por parte del terapeuta en manejar las técnicas y

estrategias necesarias; en el caso de pacientes con algún tipo de problema psiquiátrico con incapacidad de concretar ideas; en personas que tengan problemas para adherirse a tratamientos, ya que la efectividad de la ISI radica en llevar el tratamiento completo.

En lo referente en la intervención en si, tal vez habría que hacer algunas modificaciones para aplicarlas en niños, ya que conceptualmente se maneja mucho la visión a futuro, y los niños en la primera infancia tienen un pensamiento más concreto; la recomendación sería aplicarla a partir de la pre- adolescencia.

De ser posible, en un futuro nos gustaría llevar a cabo un estudio longitudinal llevando un seguimiento semestral por aproximadamente 5 años con los participantes de la muestra, con el fin de observar más detalladamente la permanencia y/o evolución logrado con la ISI.

Asimismo, se tiene la inquietud de encontrar alguna institución de apoyo psicológico que se interese en adoptar la ISI como una aportación dentro de su programa de apoyo social; al mismo tiempo hacer un record de los resultados que fueran obtenidos para darle seguimiento a la efectividad de esta intervención en otro tipo de poblaciones.

Otro proyecto interesante es el de proponer una versión de este trabajo para su publicación en revistas de investigación a nivel nacional y/o internacional.

Referencias bibliográficas

- Aguilera, E. (2017). *Sistema Inteligencia holística*. México: Font.
- Bandler, R. (1982). *De sapos a príncipes*. Chile: Cuatro vientos.
- Belén, C. (2007). Voces que se deben escuchar. Historias de vida contadas por su protagonista. En Belén, C. (Ed.), *La cruda situación de la educación de adultos. Revista Iberoamericana de Educación* (1-17). Argentina. Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/1968Godino.pdf>.
- Beavois, S. (1953). *El segundo sexo*. Francia: Gallimard.
- Blümel, E. (2012. 4 de Agosto) A multinational study of sleep disorders during female mid-life *Maturitas*, 72, Issue 4, Pp. 359-366.
- Bryant, C., Judd, F. (2012). Anxiety during the menopausal transition. *Journal of affective disorders*. 139(2), Pp 141-8.
- Cameron, N. (2004). *Desarrollo de la personalidad y psicopatología*. México: Trillas.
- Carvajal, L.M., (2002), *Comunicación y envejecimiento*. Bogotá: Editorial Ministerio de Comunicaciones.
- Charles, R. (2010). *Soluciones para parejas y padres*. México: Cree-ser.
- Charles, R (2011). *Hipnosis con grupos*. México: Cree-ser.
- Charles, R. (2018). *Pasos para una terapia breve efectiva*. México: Cree-ser.
- Centro de Salud y Hospital general de Monclova Coahuila. Incidencia de muerte en 2015. Información directa,
- Collura, T. (2014). *Technical foundations of neurofeedback*. USA: Routledge.
- Consejo nacional de población (CONAPO) (2018,15 de Enero) (México) *Proyecciones de la población de México 2010-2050*. www.conapo.gob.mx.
- Coontz, S. (1993). *The way we never were*. USA: Basic books.
- Coria, C. (2016). *Aventuras en la edad de la madurez*. Un desafío femenino. Argentina: Red Ediciones.
- Creig, M. (1897) *The Morality of Marriage and Other Essays on the Status and Destiny of Women*. England: In Publications.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error*. U.S.A.: Penguin Books.
- de Shazer, S. (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.

- Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Jornal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1.
 - Dilts, R. (2017, December). PNL coaching and therapy. J. Zeigh. *The evolution of psychotherapy conference 2017*. The Milton H. Erickson fundation. Anaheim Cal. USA.
 - Dilts, R. (2017, December) Third generation in Neuro-Lingüistic Programming; J. Zeigh. *The evolution of psychotherapy conference 2017*. The Milton H. Erickson fundation. Anaheim Cal. USA.
 - Domínguez, J. (2011). *PNL en la terapia breve*. México: CREE-SER.
 - Epstein, E., Fisher-Elber, K. (2007). Women aging and alcohol use disorders. *Journal Women aging*, 19(1-2), 31-48.
 - Erickson, M. (1958). Naturalistic techniques of hipnosis. *American journal of clinical hipnosis*, 1, págs. 3-8.
 - Figuroa, G. (2002).Terapia cognitiva en el tratamiento de depresión mayor. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(1).
 - Fisher, H. (2006). *El primer sexo*. México: Taurus.
 - Forest, A. (2011). *Fierece medicine*. U.S.A. Harper Collins.
 - Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. España: Herder Editorial S.L.
 - García, M. (2011). *Cabeza moderna/Corazón patriarcal*. España: Anthropos Editorial.
 - García, F. (2015). *Terapia Sistémica Breve, fundamentos y aplicaciones*. Chile: RIL editors.
 - Gergen, K. (1997). *El yo saturado*. México: Paidós.
 - Gilman, Ch. (2008). *Mujer y economía*. España: PUV.
 - Harai, Y (2020). *De animales a dioses*. México: Penguin random house.
 - Hay, L. (2010). *Tú puedes sanar tu vida*. U.S.A.: Hay house inc.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). *Mujeres y hombres en México 2018 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía*.-- México: INEGI, c2018. 260 p.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Coahuila)
- http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos

[/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082130.pdf](http://espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082130.pdf).

-Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Coahuila)

http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/1334/702825157258/702825157258_8.pdf

-Jaley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D. Vol III.* (pág.: 24) USA: Triangle Press.

-Kershaw, C. (2017). *The worry-free mind.* U.S.A.: Carrer Press.

-Kornfield, J. (2002). *The art of forgiveness, lovingkindness and peace.* U.S.A. Bantam Bell.

-Lankton, K. (Agosto, 2015). Charles, R. *VIII Congreso internacional de terapia breve sistémica.* Monterrey N.L. México.

-López, J. (2004). Estudio doble ciego con antidepresivos, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve o moderada. *Salud Mental*, 27 (5), 53-61.

-Lukas, E. (2011). *Equilibrio y curación através de la logoterapia.* España: Paidós

-Malagón, F. (2019) Cuando empieza y termina la adolescencia. *The conversation, academic rigor journalistic flair.* Julio 1.

-Marín, S. (2004). [PDF] *Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado* https://www.fundacionmapfre.org/.../vol15-n3-art3-calidad-3edad_tcm1...de.

-Marín, S. (2004). La psicoterapia en los mayores. Más allá de los prejuicios. https://www.fundacionmapfre.org/.../vol15-n3-art3-calidad-3edad_tcm1

Informaciones Psiquiátricas - Segundo trimestre 2008. Número 192.

-Marinoff, L. (2004). *Más Platón y menos prozac.* España. Ediciones B. S.A.

-Maruyama, M. (1963), The second cybernetics: Deviation amplifying mutual casual processes. *American scientist*, Vol 51, No 2 (June 1963)

-Matud, M. (2004) Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del psicólogo.* Mayo-agosto, año 25. Vol. 088; pp1-9.

-Maturana, H. (1980). *Autopoiesis and cognition.* U.S.A.: Reidel.

-McMurrin, M., Crawford, M. (2011). Psycho-education with problem solving therapy (PEPS) for adults with personal disorder: A pragmatic multi-site community-based randomized clinical trial. *Trials*, 12 (198).

- Mendoza, R. (2008) *La adolescencia como fenómeno cultural*. España: Ares gráficas bonanza.
- Nardone, G. (2012). *Pienso, luego sufro*. España: Paidós.
- Neimer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para enfrentar el duelo*. España: Paidós.
- Odone, M. (2018). La cuarta edad: la fragilidad en cuestión. <https://www.teseopress.com/sociologiadelas edades/chapter/la-cuarta-edad-la-fragilidad-en-cuestion/>.
- Olza, I. (2000). Alternativa al tratamiento psicofarmacológico de madres lactantes con depresión post-parto. Obtenida 1 de Junio 2014, de <http://www.holistika.net>.
- Patel, N, (2013, May 3). MS CDC's report. Suicide Among Adults Aged 35–64 Years — United States, MS CDC's report. 1999–2010. Weekly, 62(17); 321-325.
- Polster, E. (2017) Depresion. J. Zeigh. *The evolution of psychotherapy conference 2017*. The Milton H. Erickson fundation. Anaheim Cal. USA.
- Rey, G. (2004). Prácticas comunicativas y representación social de las edades en los medios. En: Dulcey – Ruiz, E. (Ed.). *Periodismo y Comunicación para todas las edades* (2da edición). Bogotá: Editorial CEPESGIER.
- Rueda, O. (2004). Transición demográfica. En Rueda, O. (Ed.), *Envejecimiento, Comunicación y Política*. (pp 34-35). Bogotá: Editorial Ministerio de Comunicaciones.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica Felicidad*. España: Vergara
- Sluzki, C. (1985). A minimal map of cybernetics. *The family therapy networker*, 9(1):26.
- Téllez, A. (2015). *Hipnosis clínica. Un enfoque ericksoniano*. México: Trillas.
- Touraine, A. (2010) *El mundo de las mujeres*. España: Paidós..
- Viejo, T. (2005). *Pareja ¿Fecha de caducidad?* España: MR Ediciones.
- Villalba, L. (2010) Tratamientos de los trastornos depresivos desde una perspectiva psicodinámica. *Revista de psiquiatría*. 74(2): 169-178.
- Walker, L. (1994). *Abused Women and Survivor Therapy*. USA: A.P.A.
- Ward, E., King, M. (2000). La psicoterapia breve es efectiva en el tratamiento de la depresión a corto plazo. Obtenida 1 de Junio de 2014, de <http://www.foroaps.org>.

- Watzlawick, P. (1983). *El lenguaje del cambio*. España: Herder.
- Weil, A. (2009) Integrative medicine, the mind-body connection, and the future of health care. J. Zeigh. *The evolution of psychotherapy conference 2009*. The Milton H. Erickson foundation. Anaheim Cal. USA.
- Weiner, N. (1998). *Cibernética o el control y comunicación en animales y máquinas*. España: Tusquets Editores.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa.
- White, M. (2002). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*. 2020-nukg pw
- White, M. (2009). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. México: Gedisa.
- Yalom, M. (1997). *A history of the breast*. USA: Perennial.
- Yalom, M. (2001). *A history of the wife*. USA: Perennial.
- Yalom, M (2012). *How the french invented love*. USA: Perennial.
- Yapko, M. (1999). *Lo esencial de la hipnosis*. España: Paidós.
- Yapko, M. (2009). *Depression is contagious*. USA: Free Press.
- Yapko, M. (2009) Hypnotic and strategic approaches to treating depression J. Zeigh. *The evolution of psychotherapy conference 2009*. The Milton H. Erickson foundation. Anaheim Cal. USA.
- Yapko, M. (2017). Hipnosis as a context of empowerment. J. Zeigh. *The evolution of psychotherapy conference 2017*. The Milton H. Erickson foundation. Anaheim Cal. USA.
- Yogananda, P. (2008). *Afirmaciones científicas para la curación*. USA: Self-Realization Fellowship.
- Younus, J. (2003). Mind control of menopause. *Women's Health Issues*. Mar-Apr; 13(2): 74-8.
- Zinker, J. (1978). *Creative process in gestalt therapy*. U.S.A.:Vintage.

Apéndices

APENDICE A. Ejercicios aplicados en la intervención.

A.1. Trance Hipnótico: LA BARCA

Ejercicio presentado por la Dra. Carol Lankton en el VIII Congreso Internacional de Terapia Breve Sistémica. Monterrey N.L. Agosto del 2015.

Adaptación: MTF Alma Rodríguez Garza.

Este es un ejercicio de imaginación en el que, aunque tengas tus ojos cerrados, todo el tiempo estarás consiente; yo te iré dando instrucciones; en caso de que te haga alguna pregunta y la respuesta sea negativa, moverás tu cabeza ligeramente de lado a lado, y si la respuesta es afirmativa, moverás tu cabeza ligeramente hacia arriba y abajo.

Siéntate en una silla en una posición cómoda, cierra los ojos y coloca tus manos sobre tus muslos; toma una RESPIRACION RELAJADAMENTE PROFUNDA (Inhala profundamente por la nariz llenando los pulmones de aire, retén dos segundos el aire dentro de los pulmones y deja salir el aire por la nariz lo MAS... DESPACIO... que puedas, repite esta respiración dos veces más.

Pon atención en que tus ojos estén cerrados de un modo relajado; pon atención en el espacio en medio de tus cejas y revisa que este relajado, relaja tus mejillas, relaja tu quijada,... tus dientes... y tu lengua; pon atención en tu cuero cabelludo y relájalo; relaja tu cuello... hombros... espalda superior... y espalda inferior, siente como tu espalda hace contacto con el respaldo de la silla; toma una respiración relajadamente profunda y relaja tu pecho... relaja tu abdomen... relaja tu cadera... relaja tus muslos... relaja tu rodilla derecha... y luego tu rodilla izquierda; toma una respiración relajadamente profunda... y pon atención en que tus pantorrillas estén relajadas..., relaja tu pie derecho... y luego tu pie izquierdo... y siente como las plantas de tus pies están firme y cómodamente colocadas en el suelo, toma nuevamente una respiración relajadamente profunda.

Te voy a pedir que imagines que estas dentro de un elevador, el elevador más cómodo y seguro que puedas recordar o crear, puede ser grande o chico, tener o no ventanas, puede tener tu música relajante favorita, la que tú quieras está bien; elige la iluminación, la temperatura; puede tener muebles en donde tu estés sentado o recostado relajada y tranquilamente.....¿ya lo imaginaste?,.....muy bien. Ahora vas a tomar una respiración relajadamente profunda, y cuando el aire vaya deslizándose

al exhalar por tu nariz, imagina como el elevador va deslizándose hacia tu interior;...toma una segunda respiración relajadamente profunda,..... y cuando el aire se desliza al exhalar por tu nariz, el elevador se desliza aún más hacia lo más profundo de tu ser;una tercera vez, toma esa respiración relajadamente profunda, y al deslizar el aire siente, date permiso, de que el elevador llegue hasta lo más profundo de tu ser, hasta tu misma esencia.

Ahora se abre el elevador y te das cuenta que has llegado a un hermoso lugar en la naturaleza; puede ser el campo, una montaña, la playa, donde tú desees, un lugar lleno de paz y tranquilidad en donde te sientes muy relajado y seguro. Puede ser un lugar que tú ya conozcas, un lugar que hayas visto en alguna película o fotografía o un lugar que crees en tu imaginación, lo importante es que te sientas muy tranquilo, relajado y seguro.... ¿Ya lo imaginaste?...muy bien. Ahora empieza a caminar por ese lugar y ve observando la vegetación que hay alrededor, árboles, flores,... siente como la brisa tibia o fresca roza tus mejillas y tu rostro,..... observa si hay algún animalito, un venado, una ardilla, mariposas, pájaros..... continúa caminando, trata de percibir ese aroma a verde, a campo o a naturaleza, toma una respiración relajadamente profunda y continúa caminando. Ahora observa que allá a lo lejos hay agua... puede ser un lago, una cascada, el mar, un rio...lo que tú quieras que te haga sentir relajado y seguro está bien.

Dirígete hacia el agua, llega a una distancia en la que te sientas seguro y relájate en una posición cómoda; recuéstate en el pasto o en un camastro, siéntate en una roca o un tronco, recárgate en un árbol, como tú quieras, lo importante es que te sientas relajado, tranquilo y seguro. Ya estas cómodo?...muy bien. Ahora viene una parte muy importante del ejercicio, ...quiero que por favor invites a que te acompañen dos héroes; los héroes en este ejercicio son personas que tienen una cualidad que tu admiras, puede ser alguien que conozcas o que no conozcas, alguien que esté vivo o que ya haya fallecido, o puede ser alguien real o que tú lo hayas creado en tu imaginación; por ejemplo, puedes elegir a Gandhi por su gran humildad y a tu tía Lupe por su buen sentido del humor, lo que tú quieras y elijas está bien;..... ya elegiste tus héroes?... muy bien; invítalos a que se pongan cómodos junto a ti, uno a tu derecha y otro a tu izquierda, tu elige quien en dónde; ahora los tres tranquilamente a contemplen el agua.

Ahora quiero que por favor visualices en el agua una embarcación, la que tú quieras, puede ser un velero, un trasatlántico, un arca,... lo que tu elijas está bien. A continuación viene una parte muy importante del ejercicio, quiero que por favor pongas en la barca todas las cosas malas que te han sucedido en tu vida desde que eras un niño muy pequeño, un niño más grande, un adolescente, un joven, un adulto...; coloca en la barca todas las personas que te han causado daño, si alguna

vez alguien te lastimó emocionalmente, físicamente, sexualmente, verbalmente...pon a esas personas en la embarcación...a veces son personas que no conocemos, a veces son personas que si conocemos e incluso que nos quieren mucho pero... inconscientemente nos causan un daño; a veces esa persona somos nosotros mismos que nos descalificamos y nos reprobamos, a veces nosotros solemos ser nuestros peores jueces; pon en esa barca todas las palabras y las acciones que te han hecho sufrir o que te han dolido, las malas experiencias, proyéctalas como si fueran cortos de película o fotografías y ponlas en esa embarcación; ponlo todo, todo, todo, date permiso, éste es el momento de hacerlo. ¿Ya lo pusiste todo?, muy bien.

Ahora fijate bien, tú eres (nombre de la persona) número uno, y estas en la orilla del agua con tus dos héroes contemplando esa barca llena de calamidades; ahora quiero que por favor tomes las manos de tus héroes y les pidas que te presten esa cualidad que tu admiras en ellos para que te fortalezcas y continúes con la siguiente parte del ejercicio; listo?...muy bien...quiero que por favor visualices en esa embarcación llena de dolor a un (nombre de la persona) número dos, ese (nombre de la persona) numero dos puede ser de cualquier edad, puede ser niño, adolescente, joven, adulto; ahora quiero que por favor , tu que estas en la orilla... rescates al (nombre de la persona) que está en la embarcación; usa tu imaginación, envíale un barco de nubes para que se monte en él y llegue hasta donde estas, envíale un cordel mágico para que lo tome del otro extremo y llegue hasta ti, usa tu imaginación!!!...ya lo rescataste?...muy bien!!!!....; ahora recíbelo con un fuerte abrazo y murmúrale en el oído las siguientes palabras: “Ya todo está bien”, “Ya hiciste lo que tenías que hacer... y lo hiciste muy bien”, “Ahora te toca descansar”. Invita a tu (nombre de la persona) “rescatado” a que se acomode contigo y tus héroes a la orilla del agua y juntos contemplen esa embarcación llena de sufrimiento; tomen todos una respiración muy profunda y, cuando exhalen el aire muy despacio por la nariz, vean como se genera un viento que empieza a alejar la embarcación, y a medida que siguen respirando profunda y relajadamente, puedes ver como ese viento se hace más fuerte y esa embarcación se va yendo cada vez más lejos, ...y a medida que se va alejando se va haciendo más pequeña, ...más pequeña...., más lejana,...lejana,...pequeña..., pequeña...., hasta que se ve allá a lo lejos como un puntito negro chiquito, chiquito..., lejano...., que se va y se desaparece en el horizonte...., ya desapareció?.....muy bien!

Continúa con tus ojos cerrados y dale las gracias a tus héroes y regresarles la fortaleza que te prestaron; aparentemente ellos te la quieren obsequiar, pues se han dado cuenta que eres una persona muy inteligente que supo usarla con mucha sabiduría; tus héroes se despiden de ti con un “hasta luego”, pues ahora ya sabes que ellos viven dentro de ti y que siempre estarán ahí cuando tú los necesites. Ahora es momento de despedirte del (nombre de la persona) “rescatado”; nuevamente se

abrazan con mucho afecto y le vuelves a repetir en el oído: “Ya todo está bien”, “Ya hiciste lo que tenías que hacer y.. lo hiciste muy bien”, “Ahora te toca descansar”...y que mejor lugar para que el (nombre de la persona) “rescatado” descanse que ese hermoso lugar en la naturaleza, lleno de paz, tranquilidad y seguridad...

... y entonces poco a poco te vas alejando buscando el camino que te llevó hasta ese lugar pero, a medio camino volteas y puedes ver a el (nombre de la persona) “rescatado” muy feliz con una expresión en su rostro de satisfacción por un trabajo bien hecho; continuas caminando y encuentras el elevador en el que llegaste a ese lugar; ya lo encontraste?.....muy bien!..., entras en él y tomas una respiración muy profunda, y cuando dejas salir el aire lentamente por tu nariz, el elevador va saliendo hacia el exterior, una segunda respiración muy profunda, y cuando el aire sale por tu nariz el elevador sale más hacia el exterior y, una tercera y última respiración y cuando el aire sale por tu nariz tu regresas cien por ciento a tus cinco sentidos y cuando te sientas listo puedes ir abriendo poco a poco tus ojos.

A.2. ANCLAJE DE RECURSOS. Ejercicio de Programación Neurolingüística (Domínguez, 2011).

Te pido por favor que pienses en una experiencia de tu vida en la que te hayas sentido _____ y _____. Ahora te pido por favor que te sientes cómoda, cierres los ojos y tomes respiraciones relajadas y profundas.

Por favor continúa relatándome esa experiencia en la que te sentiste _____ y _____, en tiempo presente y en primera persona.

Descríbeme cómo eres tú en ese momento, que edad tienes, como es tu complexión, tu cabello, tu vestimenta, etc. y cómo te sientes en este momento.

Platícame como es el lugar en donde estás, si es interior o exterior, si es de día o de noche, si hay luz natural o artificial, si estás sola o hay más personas, qué objetos y/o personas o animales puedes ver: árboles, muebles, cuadros, ...todo lo que hay a tu alrededor.

Sigue evocando esa sensación de _____y _____, y trata de percibir conversaciones, música o cualquier otro sonido que haya en este momento, incluso, pueden ser sonidos o conversaciones muy particulares.

Es muy importante que continúes evocando esa sensación de _____ y _____ que tienes en este momento.

Te invito a que intentes percibir algún aroma que haya por ahí en éste momento (El terapeuta puede dar ejemplos de aromas que puedan estar relacionados con la experiencia que haya descrito el cliente), y continúa evocando esa sensación de _____ y _____.

Ahora te pido que por favor tomes una respiración muy profunda,..... sostengas el aire dentro de tus pulmones dos segundos,..... y al exhalar muy lentamente por la nariz... repitas en tu interior:... _____mente _____ varias veces mientras terminas de exhalar todo el aire de tus pulmones;..... evoca al mismo tiempo las emociones... y visualiza la experiencia con sonidos,.... aromas,..... imágenes,... y todo aquello que te hace sentir _____mente _____.

Recuerda que es muy importante que todo el tiempo evoques la emoción. Lo siguiente es que de todas las imágenes que estas visualizando elijas una que sea la más representativa de lo que estás viviendo,..... puede ser un rostro, un objeto, un animal, etc.; cualquier imagen que cuando la traigas a tu mente te recuerde la experiencia y las sensaciones que estas sintiendo.... ¿Ya la elegiste?... ¡Muy bien!...

Ahora toma nuevamente una respiración profunda,... evoca la emoción,... sostén el aire dos segundos dentro de tus pulmones,... y al exhalar muy muy despacio por la nariz, repite varias veces en tu interior: “ _____mente _____”.

Repite esta combinación tres o cuatro veces a tu propio ritmo.

APÉNDICE B. Instrumentos de medición.

B.1. *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. *The Satisfacción with Life Scale. Journal of personality assesment. Vol 49. 1985. Issue 1*).

A continuación, encontrará cinco frases con las que puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala del 1 al 7 que encontrará más abajo, indique su grado de acuerdo con cada frase anotando el número correspondiente en la línea prevista.

- 7 = Estoy muy de acuerdo.
- 6 = Estoy de acuerdo.
- 5 = Estoy ligeramente de acuerdo.
- 4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 3 = Estoy ligeramente en desacuerdo.
- 2 = Estoy en desacuerdo.
- 1 = Estoy muy en desacuerdo.

- ___ *En muchos sentidos, mi vida está próxima a mi ideal.*
- ___ *Las condiciones de mi vida son excelentes.*
- ___ *Estoy totalmente satisfecho con mi vida.*
- ___ *Hasta el momento, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.*
- ___ *Si pudiera revivir mi vida, no cambiaría nada.*
- ___ Total

INTERPRETACIÓN DE PUNTAJES DEL INSTRUMENTO.

30-35	Sumamente satisfecho, muy por encima de la media.
25-29	Muy satisfecho, por encima de la media.
20-24	Bastante satisfecho, normal para los adultos estadounidenses.
15-19	Ligeramente insatisfecho, un poco por debajo de la media.
10-14	Insatisfecho, claramente por debajo de la media.
5-9	Muy insatisfecho, muy por debajo de la media.

**B.2. CUESTIONARIO MOTIVO DE VIDA Y BIENESTAR INTEGRAL
(Rodríguez, Fernández, 2017)**

FOLIO _____

PRE _____

POST _____

FECHA _____

INSTITUCION _____

1. CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES.

Nombre: _____

1. Género: 1.1 Femenino _____ 1.2 Masculino _____ 2. Edad _____

Dirección y teléfono: _____

3. Escolaridad: 3.1 Primaria _____ 3.2 Secundaria _____ 3.3 Preparatoria o Técnico _____

3.4 Profesional _____ 3.5 Postgrado _____ 3.6 Sin estudio _____

4. Ocupación: 4.1 Hogar _____ 4.2 Comerciante _____ 4.3 Empleado _____

4.4 Otro (especifique) _____

5. Estado Civil (Especificar tiempo): 5.1 Soltera _____ 5.2 Casada _____

5.3 Viuda _____ 5.4 Divorciada _____ 5.5 Unión Libre _____ 5.6 Separada _____

6. Personas con las que vive (Número de personas): 6.1 Pareja _____ 6.2 Hijos _____

6.3 Familia de origen _____ 6.4 Familia Política _____ 6.6 Sola _____

Instrucciones: Responda a cada una de las preguntas marcando con una cruz la opción que describa su situación en las últimas dos semanas.

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

2. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

3. En general estoy satisfecha conmigo misma.

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

4. Creo poder encontrar soluciones a mis problemas.

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

5. Pienso que todavía tengo muchas cosas por hacer (personales, familiares, afectivas, sociales, académicas o profesionales).

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

6. Tengo buen ánimo.

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

7. Me siento acompañada.

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

8. Me es fácil iniciar nuevos proyectos.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
9. Creo que tengo o puedo encontrar un propósito de vida, una razón para vivir.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
10. Soy responsable y comprometida con mi familia.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
11. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
12. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
13. Me satisface como compartimos en familia
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
14. Voy a cualquier compromiso social que tengo.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
15. Me siento cómoda al conversar con alguien desconocido.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
16. Confío en que las cosas van a estar mejor.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
17. Siento que lo que hago es parte de algo más importante.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
18. Tengo buenas relaciones en mi trabajo o comunidad.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
19. Creo que hay algo o alguien superior que rige nuestras vidas.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
20. Tengo la esperanza que las cosas suceden para algo.
1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre
21. Tengo problemas para conciliar el sueño.
1-Siempre 2-Casi siempre 3-Algunas veces 4-Pocas veces 5-Casi nunca 6-Nunca
22. Me duele la cabeza, espalda, abdomen, piernas, o alguna parte del cuerpo.
1-Siempre 2-Casi siempre 3-Algunas veces 4-Pocas veces 5-Casi nunca 6-Nunca
23. Me siento fatigada, cansada o adormilada.
1-Siempre 2-Casi siempre 3-Algunas veces 4-Pocas veces 5-Casi nunca 6-Nunca
24. Me siento ansiosa (aprensiva, tensa, preocupada, asustada, ansiosa, nerviosa).
1-Siempre 2-Casi siempre 3-Algunas veces 4-Pocas veces 5-Casi nunca 6-Nunca

25. Me siento con ánimo depresivo (infelicidad, pena, tristeza, desesperanza, llanto, melancolía).

1-Siempre 2-Casi siempre 3-Algunas veces 4-Pocas veces 5-Casi nunca 6-Nunca

26. Me siento irritable (enojo, enfado, coraje).

1-Siempre 2-Casi siempre 3-Algunas veces 4-Pocas veces 5-Casi nunca 6-Nunca

27. Me siento con fobia-obsesión-compulsión (miedos infundados, pensamientos o acciones repetitivas y no deseadas).

1-Siempre 2-Casi siempre 3-Algunas veces 4-Pocas veces 5-Casi nunca 6-Nunca

28. Tengo alteraciones del apetito

1-Siempre 2-Casi siempre 3-Algunas veces 4-Pocas veces 5-Casi nunca 6-Nunca

29. En general, mi vida se acerca a mis deseos.

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

30. Tengo las condiciones de vida que quiero

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

31. Me siento muy satisfecha con mi vida.

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

32. Estoy motivada a iniciar nuevos proyectos

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

33. Tengo esperanza en un buen futuro

1-Nunca 2-Casi nunca 3-Pocas veces 4-Algunas veces 5-Casi siempre 6-Siempre

Pre _____ Post _____	
<p>Área 1= MOTIVO DE VIDA</p> <p>5= _____</p> <p>8= _____</p> <p>9= _____</p> <p>16= _____</p> <p>17= _____</p> <p>32= _____</p> <p>33= _____</p> <p style="text-align: right;">Motivo de vida Sumatoria Total _____ X _____</p>	<p>Área 6= BIENESTAR FISICO</p> <p>21= _____</p> <p>22= _____</p> <p>23= _____</p> <p>28= _____</p> <p style="text-align: right;">Bienestar Físico Sumatoria Total _____ X _____</p>
<p>Área 2= SENTIDO DE PRODUCTIVIDAD</p> <p>2= _____</p> <p>4= _____</p> <p>5= _____</p> <p>8= _____</p> <p>12= _____</p> <p>32= _____</p> <p style="text-align: right;">Sentido de Productividad Sumatoria Total _____ X _____</p>	<p>Área 7= BIENESTAR EMOCIONAL</p> <p>3= _____</p> <p>6= _____</p> <p>7= _____</p> <p>24= _____</p> <p>25= _____</p> <p>26= _____</p> <p>27= _____</p> <p style="text-align: right;">Bienestar emocional Sumatoria Total _____ X _____</p>
<p>Área 3= NIVEL DE SATISFACCION HISTORICA</p> <p>3= _____</p> <p>11= _____</p> <p>12= _____</p> <p>13= _____</p> <p>29= _____</p> <p>30= _____</p> <p>31= _____</p> <p style="text-align: right;">Nivel de satisfacción Histórica Sumatoria Total _____ X _____</p>	<p>Área 8= BIENESTAR ESPIRITUAL</p> <p>9= _____</p> <p>17= _____</p> <p>19= _____</p> <p>20= _____</p> <p style="text-align: right;">Bienestar Espiritual Sumatoria Total _____ X _____</p>
<p>Área 4= CONEXION AFECTIVA</p> <p>7= _____</p> <p>10= _____</p> <p>11= _____</p> <p>12= _____</p> <p>13= _____</p> <p style="text-align: right;">Conexión Afectiva Sumatoria Total _____ X _____</p>	<p>Área 9= Autoestima</p> <p>1= _____</p> <p>2= _____</p> <p>3= _____</p> <p>4= _____</p> <p>8= _____</p> <p style="text-align: right;">Autoestima Sumatoria Total _____ X _____</p>
<p>Área 5= CONEXIÓN SOCIAL</p> <p>7= _____</p> <p>13= _____</p> <p>14= _____</p> <p>15= _____</p> <p>18= _____</p> <p style="text-align: right;">Conexión Social Sumatoria Total _____ X _____</p>	<p>SUMATORIA GLOBAL _____ X _____</p> <p>PUNTOS INTERPRETACION</p> <p>1--2 Muy Insatisfecha/Insatisfecha</p> <p>3 - 4 Algo Insatisfecha/ Medianamente Insatisfecha</p> <p>5 - 6 Satisfecha/ Muy Satisfecha</p>

SIMBOLOGIA:

<p>De la 1 a la 20 y de la 29 a la 33:</p> <p>Nunca = 1 punto</p> <p>Casi nunca= 2 puntos</p> <p>Pocas veces= 3 puntos</p> <p>Algunas veces= 4 puntos</p> <p>Casi siempre= 5 puntos</p> <p>Siempre= 6 puntos</p>	<p>De la 21 a la 28:</p> <p>Siempre= 1 punto</p> <p>Casi siempre= 2 puntos</p> <p>Algunas veces= 3 puntos</p> <p>Pocas veces= 4 puntos</p> <p>Casi nunca= 5 puntos</p> <p>Nunca= 6 puntos</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

APÉNDICE C. **Artículo a publicar**

RESUMEN

El objetivo de esta tesis doctoral fue, elaborar una intervención psicoterapéutica para resignificar la vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad que presentaran alguna alteración emocional, y probar su efectividad después de aplicarla a la muestra formada por 30 participantes.

La Intervención Sistémica Integradora (ISI) propone una recuperación o mejoramiento en el sentido de vida, basando sus estrategias en los modelos de terapia sistémica, terapia breve orientada a soluciones, modelo integrativo de enfoques sistémicos en torno a soluciones, narrativa y logoterapia, así como en intervenciones terapéuticas de programación neurolingüística e hipnosis ericksoniana.

La medición de la efectividad de la ISI, se determinó mediante la aplicación de tres instrumentos de medición, contestados por las participantes antes y después de la intervención; en un estudio de tipo aplicado, descriptivo, correlacional y con diseño pre experimental.

Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, E. *The Satisfacción with Life Scale. Journal of personality assesment.* Vol 49. 1985. Issue 1), en el cuestionario Motivo de Vida y Bienestar Integral (Rodríguez, Fernández, 2017) y en la Escala meta ser (Charles, 2010).

La diferencia obtenida entre los resultados de los pre y post-test derivados de los tres instrumentos, resultaron ser estadísticamente significativas con una $p \leq 001$; lo cual demuestra la efectividad de la ISI para lograr la resignificación en la vida de las 30 mujeres que formaron la muestra de la investigación.

INTRODUCCION

A medida que la humanidad ha ido evolucionando, las etapas de desarrollo de la raza humana han ido cambiando, se van generando nuevas fases. En 1980, se estudiaron las características de esta población surgiendo una distinción entre tercera y cuarta edad. Lo interesante al respecto es lo que acontece a los seres humanos de la ya conocida tercera edad, es decir, “los antiguos viejos”, ahora conocidos como “nuevos viejos”. Sabemos que a nivel demográfico está instituida la población de la tercera edad por hombres y mujeres, entre 60 y 80 años a los que se les consideraba hace muy pocos años como ancianos jubilados, abuelos cuidadores de nietos o sujetos de homenajes pre-póstumos.

Sin embargo, a partir de la evolución en los tratamientos médicos y calidad de vida, podemos encontrarnos que la población de la tercera edad actualmente está constituida por adultos sanos en cuerpo mente, y por qué no decirlo, también en espíritu. Esta población esta aun dispuesta a tener una vida de calidad en todos los aspectos pensables desde el laboral hasta el sexual (Odone, 2018).

Como es ya histórico, dichos cambios en los integrantes de la tercera edad, pone más en desventaja a la población femenina que a la masculina. Las mujeres entre 50 y 80 años de edad son una población que transita por una serie de cambios, desde los biológicos, como la menopausia y el deterioro físico, así como cambios emocionales, como ansiedad, depresión, miedos, y sociales, como la jubilación y la discriminación para obtener un nuevo empleo. A nivel familiar, experimenta la emancipación de los hijos, en algunos casos hasta el divorcio, y en otros, el duelo por la muerte de seres queridos.

Todos estos cambios constituyen crisis normativas y paranormativas que pueden relacionarse con estados de desesperanza, melancolía, ansiedad y/o depresión. En algunos casos propician una atmósfera ideal para el desaliento que puede llegar al intento de suicidio e incluso al acto suicida (Marín, 2004).

Nimesh Patel (2013) describió cómo el índice de suicidios se ha incrementado en mujeres de mediana edad que utilizan medicamentos antidepresivos o con fines de paliar dolores crónicos. Del mismo modo podemos ver las estadísticas en Estados Unidos que nos indican como es cada vez más común, en este rango de edad y de género, observar las diferentes etapas del suicidio (Weil, 2009).

Desde la perspectiva intrapersonal, la mujer madura puede estar viviendo condiciones importantes de alteración física, mental, emocional y comportamental, en donde todos estos elementos acaban retroalimentándose entre sí. Si a su vez, este patrón se observa en forma interpersonal, se pueden generar relaciones disfuncionales ya sea a nivel familiar, a nivel laboral y otros contactos sociales en general.

Lo más trascendental de lo anterior es el hecho de que, al formar la mujer madura con sus circunstancias y sus crisis, parte de los diferentes sistemas sociales, éstos, a su vez, también pueden verse afectados por ella, convirtiéndose así, su participación, en causa y efecto simultáneo, entre sus problemas y los de su sistema cercano (Viejo, 2005).

Dentro de las opciones de tratamiento para solucionar los problemas de estado de ánimo en este tipo de población, se encuentra la psicoterapia. Ésta ha sido utilizada

exitosamente para resolver, o al menos mejorar, el estado de salud y motivación de vida de pacientes que padecen ansiedad, depresión, trastornos del sueño y otros problemas de salud mental (Olza, 2000; Ward, 2000; Figueroa, 2002; Younus, 2003; López, 2004; Epstein, 2007; Blümel, 2012).

Estas terapias han sido principalmente utilizando modelos cognitivo conductual (Olza, 2000; Figueroa, 2002; Matud, 2004), hipnosis ericksoniana (Younus, 2003), modelos orientados a soluciones (McMurrin, 2011), educación emocional (Blümel, 2011), cognitivo –emocional (Epstein, 2007), terapia breve (López, 2004; Ward, 2000), narrativa (White, 2009), gestalt (Polster, 2017), PNL (Dilts, 2017), psicodinámico (Villalba, 2010) y neurofeedback (Collura, 2014).

A través de la observación de estos distintos caminos de tratamiento, puede afirmarse que lo más común en ellos, es que abordan el aspecto físico y/o emocional del problema, sin tomar en cuenta a la consultante de una manera integral y sistémica. Esta realidad fue clave para identificar la necesidad de ofrecer una estrategia terapéutica alternativa que cubriera de forma efectiva, breve e integral, el apoyo a estas mujeres entre 50 y 80 años de edad, a fin de ayudarles a transitar por las dificultades acordes a esa etapa de su ciclo de vida y lograr, con ello, la recuperación de su bienestar.

A partir de ello y derivada de la Teoría Sistémica y del Modelo Terapéutico Centrado en Soluciones, se elaboró la Intervención Sistémica Integradora (ISI), cuya eficacia fue probada a través de esta investigación doctoral y cuyo propósito se estableció en ofrecer una alternativa de solución breve, práctica, económica y adaptable, a mujeres de cualquier nivel socioeconómico y/o cultural, reaplicable fácilmente y, lo más importante, compatible con un nuevo estilo de vida óptimo que llegue a mejorar el significado de vida de las mujeres en este rango de edad, además de lograr una reintegración sana a su sistema social alcanzando a repercutirlo favorable y positivamente.

La ISI cuenta con seis sesiones terapéuticas de una y media horas de duración cada una, realizando un abordaje integrativo en las diferentes áreas de la persona tales como: Motivo de vida, sentido de productividad, nivel de satisfacción histórica, nivel de conexión afectiva, nivel de conexión social, nivel de bienestar físico, nivel de bienestar emocional, nivel de bienestar espiritual y autoestima. Todos estos aspectos son los que pretendió impactar la Intervención Sistémica Integradora, buscando con ello, un proceso de resignificación del sentido de vida a nivel integral y sistémico.

Para este último aspecto se buscó despertar en la persona la motivación de

convertirse en un agente de cambio ya sea formando parte de redes de apoyo para otras mujeres, apoyando directamente a mujeres que se encuentren en situaciones semejantes a la suya, e incluso, uniéndose a participar en algún programa o movimiento social de ayuda a la mujer.

Otro dato importante de la ISI, es que, aun y cuando en este trabajo se aplicó en una población femenina de un cierto rango de edad, este modelo puede igualmente resignificar la vida de personas de cualquier edad y de cualquier género.

CONTENIDO

Evaluación de la Intervención Sistémica Integradora (ISI)

SESION	OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA
1 Entrevista y meta terapéutica.	Ofrecer a la consultante el espacio inicial para lograr la adherencia al proceso, rastreando sus recursos positivos, y formulando una meta terapéutica personal	*Establece el <i>rapport</i> y contrato terapéutico. *Revisión de recursos personales. *Establecer la meta ser. *Tarea.	*Interrogatorio lineal y reflexivo. *Reencuadre psicoeducativo y resignificador. *Asignación de tareas.
2 Flexibilizar patrones de pensamiento.	Flexibilizar patrones de pensamiento y reinterpretar acontecimientos rígidos y distorsionados.	*Establecer <i>rapport</i> . *Revisión de tareas. *Aplicación trance hipnótico. *Tarea	*Trance hipnótico: Regresión y progresión en el tiempo. *Asignación de tareas.
3 Reformulación de significados.	Reformular significados de culpa y baja autoestima.	*Establecer <i>rapport</i> . *Revisión de tareas (Cambios en la percepción de la realidad). *Establecer reencuadres de culpas y autoestima. *Tarea	*Preguntas: Lineales, circulares, reflexivas y estratégicas. *Reencuadres: Psicoeducativo, normalizador, resignificador, razonador de tareas y redescipción circular. *Asignación de

			tareas.
4 Reactivación de recursos.	Estabilizar y acceder a recursos emocionales positivos.	*Establecer <i>rapport</i> . *Revisión de tareas. *Reencuadre psicoeducativo. Ejercicio Programación neurolingüística. *Tarea.	*Reencuadre psicoeducativo. *Ejercicio Programación neurolingüística: Anclaje de recursos. *Asignación de tareas.
5 Construcción de marcos mentales.	Construir marcos de referencia positivos para responder a la vida más efectivamente.	*Establecer <i>rapport</i> . *Revisión de tareas. *Construcción de marcos de referencia. *Tareas.	*Preguntas: Lineales, circulares, reflexivas y estratégicas. *Reencuadres: Psicoeducativo, normalizador, resignificador, razonador de tareas y redescipción circular. *Asignación de tareas.
6 Prevención de recaídas y cierre.	Desarrollar un plan de acción ante posibles recaídas. Cierre de la ISI.	*Establecimiento de <i>rapport</i> . *Revisión de tareas. *Desarrollo de plan de prevención de recaídas. Cierre de la ISI.	*Preguntas circulares, reflexivas y estratégicas. Afirmaciones y peticiones.

Método de la Investigación.

-Población:

Mujeres entre 50 a 80 años de edad que asistieron a la consulta privada en Venustiano Carranza 223, Zona Centro, C.P. 25700, Monclova Coahuila México, durante los meses de Agosto a Diciembre del 2017.

-Muestra

Se aplicó una muestra no probabilística, por conveniencia, integrada por 30 Mujeres entre 50 y 80 años de edad que asistieron voluntariamente a consulta privada cumpliendo los criterios de inclusión.

-Instrumentos de medición utilizados para medir las variables del estudio, se utilizaron los siguientes formatos para cada participante:

- Escala de Satisfacción con la Vida (Seligman, 2003; Auténtica felicidad España: Ediciones B, S.A.)
- Cuestionario Motivo de Vida y Bienestar Integral (Rodríguez, A., Fernández, M. 2016)
- Escala de Meta Ser (Charles, 2010).

-Tipo de investigación:

El tipo de investigación realizada fue aplicada y de campo, y según la medición de sus resultados, se trató de un estudio de tipo mixto incluyendo manejo de datos cualitativos y cuantitativos. Con relación al tiempo de aplicación, fue una investigación transversal, y en cuanto al alcance de los objetivos fue descriptivo y correlacional.

-Hipótesis.

La hipótesis central marcada para esta investigación consistió en probar que la Intervención Sistémica Integradora (ISI) sí influye favorablemente en la recuperación de la resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales.

Por otro lado, en cuanto a la hipótesis nula, se estableció en que la Intervención Sistémica Integradora (ISI) no genera ninguna influencia en la recuperación de la resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años de edad con alteraciones emocionales.

-Resultados.

a) En la aplicación de la preintervención de la *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), se encontró una media de 15.3 puntos, con una desviación estándar (DE) de 5.5 puntos, concluyendo, que los resultados de las puntuaciones de las pruebas contestadas por las participantes oscilaron entre 9.8 y 20.8.

Posteriormente, al terminar las 6 sesiones de terapia, los resultados post-test con este mismo instrumento, se obtuvieron resultados con una media de 29.2 puntos y una DE de 6 puntos, es decir, que las puntuaciones de las pruebas contestadas por las participantes oscilaron entre 23.9 y 35.2, observándose un aumento de 13.9 puntos en la media y 5.7 puntos en la DE. Lo anterior nos muestra una diferencia

entre resultados pre y post-interventivos, estadísticamente significativa con una $P \leq 0.001$, obtenida con una prueba T de Student para muestras pareadas.

La información previa, nos indica que utilizando como instrumento la *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), se observa un cambio significativo positivo en la satisfacción con la vida en las mujeres entre 50 y 80 años con alguna alteración emocional, que fueron intervenidas con la ISI.

b) RESULTADOS DEL CUESTIONARIO *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017). Como un segundo instrumento aplicado a la medición del nivel de satisfacción con la vida de las participantes en este estudio, se aplicó el cuestionario de medición *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017), el cual constó de 32 ítems dividido en 9 áreas a evaluar (Motivo de vida, sentido de productividad, nivel de satisfacción histórica, conexión afectiva, conexión social, bienestar físico, bienestar emocional, bienestar espiritual y autoestima).

Cada uno de estos componentes se evaluó con una escala tipo *Likert* donde el mayor puntaje obtenido significaría una mayor satisfacción con la vida y un mejor estado de bienestar integral. Este cuestionario mostró un comportamiento similar a la *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1).

El valor medio basal de las 30 participantes en el cuestionario medición *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017) antes de aplicar la ISI fue de 111.4 puntos con una DE de 20.4 puntos; es decir que el puntaje obtenido por la muestra de participantes a través de este instrumento, osciló entre 94 puntos y 134.8 puntos lo cual nos indica que en general las integrantes se encontraban en un nivel bajo o regular con respecto a cada una de las diferentes áreas medidas por esta instrumento.

Posteriormente, los puntajes obtenidos con el instrumento, después de la aplicación de las 6 sesiones de la ISI, fueron de 170.5 puntos con una DE de 28.7 puntos, indicando que los resultados de la muestra fluctuaron entre 141.8 puntos y 199.2 puntos, representando un cambio estadísticamente significativo de mejora en las diferentes áreas, de bueno e incluso a excelente en algunas de ellas.

Los resultados fueron analizados con la prueba T de *Student* para muestras pareadas obteniéndose los valores significativos con una $P (\leq 0.001)$. Lo mismo sucedió en cada una de las áreas del cuestionario.

Los datos proporcionados por el cuestionario pre y post-intervención, nos indica que utilizando como instrumento el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar integral* (Rodríguez, Fernández, 2017), se observa que con la ISI, se genera un cambio significativo positivo en la motivación por la vida y el bienestar integral, en las mujeres entre 50 y 80 años con alguna alteración emocional que integraron la muestra de este estudio.

c) RESULTADOS EN ESCALA A META SER. Además, de los instrumentos anteriores, se aplicó la *Escala a la Meta Ser* (Charles, 2018) antes de iniciar la primera sesión y al finalizar la totalidad de las seis sesiones. El puntaje en la escala del 0 al 10 que las 30 participantes reportaron bajo su percepción subjetiva respecto a su meta, considerando que el 0 indicaría lo más alejado de su meta ser y el 10 indicaría el alcance de la misma, fue de una media de 3.28 puntos con una desviación estándar de 1.08 puntos antes de la aplicación de la intervención. Lo anterior nos indica que los valores de la escala para medir la meta ser en la muestra osciló entre 2.2 puntos y 4.36 puntos.

En contraste, al cierre del proceso interventivo, la media en la escala subió a 8.15 puntos, considerando una desviación estándar de 0.94 puntos, lo que indica que los valores de la meta ser después de la aplicación de la ISI tuvieron una fluctuación en ascenso entre 7.21 puntos y 9.09 puntos, lo que marcaría un avance diferencial a partir de la comparación entre las medias, de 4.87 puntos.

A esos resultados se les aplicó la prueba t de *Student* entre las muestras relacionadas, con la cual se confirmó que la diferencia resultó ser estadísticamente significativa con una con una $P (\leq .001)$. Esto nos permite concluir que, para este instrumento de medición, las participantes reportaron sentirse más satisfechas y cercanas a alcanzar su meta ser después de ser intervenidas con la ISI.

d) RESULTADOS DE INSTRUMENTOS CORRELACIONADOS. Para finalizar, se correlacionaron los resultados entre la *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, E. The Satisfacción with Life Scale. *Journal of personality assesment*. Vol 49. 1985. Issue 1), el cuestionario *Motivo de Vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017) y la *Escala en la Meta Ser* (Charles, 2018) en sus valores obtenidos en pre y post-intervención.

Como fruto de este análisis, se observaron correlaciones positivas estadísticamente significativas entre las tres escalas, lo cual nos habla de una validez de criterio aceptable en la propuesta del cuestionario *Motivo de vida y Bienestar Integral* (Rodríguez, Fernández, 2017), además de consolidar la

consistencia de los resultados obtenidos en la evaluación de la eficacia de la Intervención Sistémica Integradora.

CONCLUSIONES

La Intervención Sistémica Integradora es una propuesta que hace este trabajo de La tesis doctoral, para contribuir en este esfuerzo por reubicar emocional y socialmente a las mujeres adultas maduras con alguna alteración emocional en la época contemporánea.

La inquietud de intervenir en este trabajo con mujeres, tiene una base importante en el anhelo de que los cambios obtenidos en las integrantes de la muestra, hagan eco en más miembros de la sociedad, es decir, que se genere un efecto sistémico de cambio social.

Con los resultados obtenidos, podemos comprobar que la hipótesis: La resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años con alteración emocional mejora al ser intervenidas con la Intervención Sistémica Integradora (ISI), es ACEPTADA; y la hipótesis de nulidad: La resignificación de vida de mujeres entre 50 y 80 años con alteración emocional NO mejora al ser intervenidas con la Intervención Sistémica Integradora (ISI), es rechazada.

La Intervención Sistémica Integradora, quiere presentarse como una opción más completa, eficiente y sencilla de reproducir, con el entrenamiento adecuado, dentro del ambiente psicoterapéutico; de tal modo que en una sola intervención de 6 sesiones de una hora y media cada una, el cliente pueda mejorar en los aspectos de motivo de vida, sentido de productividad, nivel de satisfacción histórica, conexión afectiva, conexión social, bienestar físico, bienestar emocional, bienestar espiritual y autoestima.

En el párrafo anterior nos referimos a “cliente” en general, ya que, aunque este estudio se realizó con participantes mujeres entre 50 y 80 años de edad, hemos visto en la práctica clínica que la ISI tiene buenos resultados aplicándose desde adolescentes hasta adultos mayores de ambos sexos.

De ser posible, en un futuro nos gustaría llevar a cabo un estudio longitudinal llevando un seguimiento semestral por aproximadamente 5 años con los participantes de la muestra, con el fin de observar más detalladamente la permanencia y/o evolución logrado con la ISI.

Asimismo, se tiene la inquietud de encontrar alguna institución de apoyo psicológico

que se interese en adoptar la ISI como una intervención dentro de su programa de apoyo social; al mismo tiempo hacer un record de los resultados que se obtengan para darle seguimiento a la efectividad de esta intervención en otro tipo de poblaciones.

REFERENCIAS.

- Blümel, E. (2012. 4 de Agosto) *A multinational study of sleep disorders during female mid-life*. *Maturitas*, 72, Issue 4, Pp. 359-366.
- Charles, R. (2010). *Soluciones para parejas y padres*. México:Cree-ser.
- Charles, R. (2018). *Pasos para una terapia breve efectiva*. México: Cree-ser.
- Collura, T. (2014) *Technical foundations of neurofeedback*. USA: Routledge.
- Dilts, R. (2017, December). PNL coaching and therapy. J. Zeigh. *The evolution of psychotherapy conference 2017*. The Milton H. Erickson foundation. Anaheim Cal. USA.
- Epstein, E.,Fisher-Elber, K. (2007). Women aging and alcohol use disorders. *Journal Women aging*, 19(1-2), 31-48.
- Figueroa, G. (2002).Terapia cognitiva en el tratamiento de depresión mayor. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(1).
- López, J. (2004). Estudio doble ciego con antidepresivos, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve o moderada. *Salud Mental*, 27 (5), 53-61.
- Marín, S. (2004). [PDF] *Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado* https://www.fundacionmapfre.org/.../vol15-n3-art3-calidad-3edad_tcm1...de.
- Marín, S. (2004). La psicoterapia en los mayores. Más allá de los prejuicios. https://www.fundacionmapfre.org/.../vol15-n3-art3-calidad-3edad_tcm1 *Informaciones Psiquiátricas - Segundo trimestre 2008. Número 192*.
- Matud, M. (2004) Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del psicólogo*. Mayo-agosto, año 25. Vol. 088; pp1-9.
- Odonne, M. (2018). *La cuarta edad: la fragilidad en cuestión*. <https://www.teseopress.com/sociologiadelas edades/chapter/la-cuarta-edad-la-fragilidad-en-cuestion/>.
- Olza, I. (2000). *Alternativa al tratamiento psicofarmacológico de madres lactantes con depresión post-parto*. Obtenida 1 de Junio 2014, de <http://www.holistika.net>.
- Patel, N, (2013, May 3). MS CDC's report. Suicide Among Adults Aged 35–64 Years — United States, MS *CDC's report*. 1999–2010. *Weekly*, 62(17); 321-325.
- Polster, E. (2017) Depression. J. Zeigh. *The evolution of psychotherapy conference 2017*. The Milton H. Erickson foundation. Anaheim Cal. USA.
- Viejo, T. (2005) *Pareja ¿Fecha de caducidad?* España: MR Ediciones.
- Villalba, L. (2010) Tratamientos de los trastornos depresivos desde una perspectiva psicodinámica. *Revista de psiquiatría*. 74(2): 169-178.
- Ward, E., King, M. (2000). *La psicoterapia breve es efectiva en el tratamiento de la depresión a corto plazo*. Obtenida 1 de Junio de 2014, de <http://www.foroaps.org>.
- Weil, A. (2009) Integrative medicine, the mind-body connection, and the future of health care. J. Zeigh. *The evolution of psychotherapy conference 2009*. The Milton H. Erickson foundation. Anaheim Cal. USA.
- White, M. (2009) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. México: Gedisa.

-Younus, J. (2003). Mind control of menopause. *Women's Health Issues*. Mar-Apr; 13(2): 74-8.