

Resultados de la intervención psicoterapéutica con un grupo de adultos mayores institucionalizados

(Results of psychotherapeutic intervention with a group of institutionalized aged adults)

Zoila Edith Hernández Zamora*

Resumen

El presente trabajo muestra los avances logrados con un grupo de adultos mayores residentes en una casa-hogar dependiente del sector público, misma que no cuenta con ningún profesional de la salud que pudiera atender la salud mental de sus habitantes. Basándonos en estos antecedentes es que se llevó a efecto un programa de intervención psicoterapéutica orientado al bienestar emocional de un grupo de personas que viven en esta institución, dando una mayor importancia a aquellos aspectos relacionados con trastornos depresivos, autoestima y el trabajo de contacto. Los resultados demostraron un incremento estadísticamente significativo en la percepción de su autoestima y un decremento igualmente significativo en los niveles de depresión. Así mismo, pudo apreciarse, primordialmente, un aumento notable en sus habilidades de contacto, de darse cuenta, de escucha, expresión y creatividad; contribuyendo, en parte, a que estos viejos transiten con dignidad y alegría los últimos años de su vida.

Summary

This work shows the advances of a group of aged adults residing in a public home for the elderly in which there are no health workers capable of caring for these persons' mental health. Based on these antecedents, a psychotherapeutic intervention program directed toward the emotional well-being of said group was carried out. The program underlined the importance of these aspects related to depressant problems, self-esteem and the work of contact. The results showed a statistically significant increase in the perception of their self-esteem and an equally significant decrease in their levels of depression. Likewise, there was a remarkable increase in their skills of contact, listening, awareness, expression and creating, a worthwhile contribution to the comfort of these elderly people so that they can live their last years with dignity and joy.

Palabras clave: adultos mayores, psicoterapia, depresión, autoestima, habilidades de contacto.

Keywords: aged adults, psychotherapy, depression, self-esteem, contact skills.

Introducción

El envejecimiento demográfico se ha definido como el incremento de la población de edad avanzada y la disminución de la proporción de niños y jóvenes. De acuerdo con estos criterios, se considera una población envejecida cuando más del siete por ciento de sus miembros tienen sesenta y cinco años, o más de diez por ciento, sesenta¹.

El envejecimiento mundial avanza a pasos agigantados²; según datos de la ONU, la proporción mundial de población de 60 y más años se incrementó de 9.2 por ciento en 1990 a 10 por ciento en el año 2000. Para este año, la población mayor de 60 años era de 606 millones. Según las proyecciones se espera sea de catorce por ciento en el 2025 y se llegará en el 2,050 a 1,800 millones de personas de este grupo etario, lo que supone que un 20 por ciento de la población mundial tendrá una edad por encima de los 60 años³. Con esta información se puede afirmar que comenzamos el siglo XXI con una población mundial envejecida.

En México la población mayor de 60 años, de acuerdo al II Censo de población y vivienda 2005 es de 8,338,835, lo que significa 8.1 por ciento de la población total⁴.

No obstante todos estos datos estadísticos, el envejecimiento no deja de ser un hecho

*Investigadora de tiempo completo del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. zhernandez@uv.mx

cultural, porque cada cultura produce su propio tipo de envejecimiento y dentro de cada una de ellas, cada viejo es el producto de su entorno familiar y social y sus valores correspondientes. Esta formulación tiene la enorme ventaja de proveer las bases para una adecuada prevención primaria tendiente a producir mejores envejecimientos.

Considerando esta postura, el profesional de la salud cumpliría una función primordial dentro de la geriatría y la gerontología al trabajar con los adultos mayores, su familia o los profesionales de la salud que se dedican al cuidado de los mismos; sobre las implicaciones del envejecimiento y lo que esto trae consigo, en especial en sus estilos de vida.

Si bien no puede ignorarse la realidad en cuanto al marginamiento que sufre este grupo etario, también por otra parte debe admitirse que, dentro de la sociedad se está abonando el terreno para que la satisfacción de sus necesidades prospere. Actualmente existen diversos programas y leyes en defensa de las personas mayores⁵.

Por otra parte, algunos de los factores que intervienen en el progresivo interés de realizar estudios con sujetos mayores, son los siguientes⁶: el envejecimiento de la población, o sea el mayor número proporcional en el mundo de población mayor de 60 años; el suponer que una población envejecida no produce económicamente, aunado a un número cada vez mayor de jubilados; en la política, pues los senectos constituyen ya un sector importante numéricamente y son personas con derecho al voto; y, finalmente en la opinión pública, en donde ya las personas empiezan a pensar en lo que será su vejez y el valor que se le da a la belleza, la juventud y la vitalidad.

No obstante todo lo anterior, la ancianidad sigue siendo un asunto pendiente, los niveles de asistencia para la vejez no son aún satisfactorios⁷ y siguen existiendo necesidades psíquicas y sociales: soledad, marginación, abandono. Dentro de las personas que más sufren este abandono y soledad, que muchas veces los conduce a un estado depresivo y al aislamiento, es muy probable que se encuentren aquellos que viven en asilos o

casas-hogar para ancianos, lugares en donde escaso o nulo espacio tienen para manifestar sus emociones, necesidades, dudas, miedos, entre otras.

La situación de los adultos mayores institucionalizados en asilos no es fácil, pues conlleva cambios drásticos en todos los ámbitos de la vida de las personas. La precaria situación de los asilos en México, hace que sea aún más difícil sobrellevar la vida dentro de ellos, pero independientemente de esto, el simple hecho de la reclusión en un asilo, tiene características que hacen muy complicada la adaptación de los residentes a estos lugares⁸.

Si bien la humanidad tiende a esconder sus desdichas en asilos, prisiones y hospitales, es importante deliberar sobre estos lugares. Independientemente del nombre con que se les denomine, no son ni mucho menos, su casa. No deberían existir, al menos no con el modelo que se tiene, sobre todo si los viejos son enviados ahí a la fuerza, con engaños o con motivo de segregación o desprecio. Aunque debe admitirse que hay casos especiales y circunstancias en las que son absolutamente necesarios y el colocar a un viejo en uno de esos lugares puede incluso ser un acto de amor sincero. Cuando los problemas que aquejan al anciano lo hacen dependiente de otros para su cuidado y no hay en la familia o en la comunidad cercana quien los pueda proveer, culminan en una necesidad estricta sustituyendo el cuidado y evitando abusos y malos tratos⁹. El problema ético radica cuando la persona no es consultada siendo capaz de tomar dicha decisión, o cuando son simples lugares de *guardado* donde no se respetan los mínimos derechos humanos y se recurre a restricciones, malos tratos y decisiones atropelladas, donde la familia los abandona y sigue su vida cómodamente; donde las condiciones de cuidado lejos de procurar atención, rehabilitación y bienestar se limitan a techo y comida.

Vidal¹⁰, en base a su trabajo con adultos mayores que viven en hogares para ancianos, afirma que las necesidades asistenciales de los institucionalizados son complejas, ya que

este grupo se compone en su mayoría de quienes padecieron aislamiento social y que cuentan con limitaciones económicas; también por quienes enfrentan patologías múltiples y por lo mismo su deterioro está más acelerado, además, de una menor capacidad de respuesta orgánica a las agresiones externas, ubicándose así como un grupo vulnerable.

En un estudio comparativo realizado por Hernández¹¹, con personas de distintos hábitats, de manera especial se detectó que las personas recluidas en asilos en México, viven en una situación mucho más precaria tanto en el aspecto salud general como socioeconómico, que las personas que viven en sus hogares.

Es por lo anterior, como ya ha sido mencionado en párrafos anteriores, que la institucionalización de larga estancia o a largo plazo debe reservarse para personas con gran pérdida de la autonomía, sea física o mental; sin las posibilidades de mantenerse dignamente en su propio hogar¹².

Como complemento a lo antedicho, Sánchez Rucaba¹³ en sus estudios sobre la neurosis institucional, que suele presentarse en los ancianos que viven en asilos, menciona que ésta es un síndrome de agotamiento social que se caracteriza por una apatía a todo lo que es personal, una pérdida de interés hacia el futuro y puede existir deterioro, tanto en hábitos como en normas personales, y se debe a una pérdida de contacto con el mundo exterior, al ocio, a las pérdidas de pertenencias, a la interrupción de las actividades que fomentan la individualidad, a la sedación, al medio ambiente institucional y a la falta de planes para el futuro.

De manera particular, un aspecto que frecuentemente no es atendido en tales lugares y, es precisamente de los que más se necesita satisfacer en esta edad es el factor psicológico. De aquí es donde surge la propuesta de crear un grupo psicoterapéutico, pues sería una manera de volver a poner a estos senectos en contacto, o bien, retomar ese contacto, con el mundo y con sus compañeros de institución. La psicoterapia

aplicada en estos lugares puede ser de gran utilidad para lograr una transformación en aquellos adultos mayores que sufren por no adaptarse al medio en que viven, o para adquirir herramientas para afrontar los problemas cotidianos de su entorno, para ser creativos sin importar su edad, para establecer relaciones más cercanas, para actualizarse, en fin, para llevar una vida, aunque sea, probablemente corta, más placentera.

Aunado a lo anterior emerge la necesidad de valorar si los adultos mayores responden a una psicoterapia grupal, si sus estructuras mentales aun están lo suficientemente flexibles para dar lugar al crecimiento, a la transformación, además de evaluar la idea de que las personas pueden cambiar en cualquier momento de su vida. No obstante en el caso del trabajo con adultos mayores institucionalizados la labor del psicoterapeuta adquiere nuevos matices ya que se aventura a salir de sus consultas y se decide a reorganizar todo su sistema de actuación para adecuarlo a las necesidades de la persona y de su entorno. El terapeuta se centra menos en cuestiones relacionadas con la infancia y más en problemas de aquí y ahora. Trata a los pacientes desde una perspectiva no ancianista, con la idea de que todo el mundo puede cambiar¹⁴.

La terapia en los ancianos tiene un aspecto específicamente psicológico y otro social¹⁵. El objetivo central de la psicoterapia geriátrica es que el paciente actualice sus potencialidades de tal modo que logre darle a su vida un sentido más completo y más digno. En general se tiende a obtener cambios, tanto en los sentimientos como en los pensamientos y los actos, en el sentido de mejorar las relaciones con los otros (desarrollo de habilidades de contacto), disminuir las tensiones de origen biológico o cultural, lograr satisfacciones y aumentar la productividad. De lograrse estas metas, aun en pequeña escala, aparece una vivencia confortante que favorece los sentimientos de autoestima y dignidad.

Con fundamento a lo ya mencionado, esta investigación tuvo como finalidad llevar a efecto un programa de intervención psicoterapéutica

con un grupo de adultos mayores residentes en un asilo público y detectar, de manera particular, si a partir de dicha intervención, sus niveles de autoestima aumentaron y su grado de depresión tuvo algún decremento significativo; teniendo en cuenta que tanto la autoestima como un estado de ánimo elevado contribuyen a la mejora de su salud emocional y por ende, a lograr una repercusión positiva en la percepción de su calidad de vida.

Método

Se trata de una investigación cuantitativa¹⁶, desarrollada con un diseño test-retest, comparativo o correlacional y de corte longitudinal.

El estudio se llevó a efecto en el asilo Mariana Sayago, institución pública dependiente de la Secretaría de Salud del Estado y ubicada en la ciudad de Xalapa, Veracruz, México

Universo. El asilo Mariana Sayago cuenta actualmente con 81 residentes, 34 hombres (42 por ciento) y 47 (58 por ciento) mujeres. Del total de ellos, 26 están en silla de ruedas, nueve usan andadera, hay 29 incontinentes, 31 hipertensos, 18 diabéticos y 27 diagnosticados como casos psiquiátricos. De estos 81 residentes se eligieron a las personas que participaron en este estudio. El tamaño de la muestra fue por conveniencia, eligiéndose trece personas que fueron elegidas de acuerdo a su estado mental (sin patología mental severa). En el aspecto físico sólo se tomó en consideración que escucharan bien. No fue obstáculo para participar el hecho de que estuvieran incapacitadas para moverse por sí mismas o padecieran ceguera. Otro requerimiento primordial fue que desearan asistir a las reuniones.

El grupo estuvo constituido por trece personas, seis hombres y siete mujeres, con una edad promedio de 72.2 años para los hombres y de 84.4 años para las mujeres. La escolaridad máxima fue carrera técnica (solamente uno de ellos); tres de los integrantes no sabían leer ni escribir. Once de ellos sin ingresos económicos y dos con pensión. Cuatro personas separadas, dos viudas y siete solteras. Siete consideran su salud como

buena o muy buena, tres regular y tres sienten que están mal o muy mal de salud.

Cinco de ellos estaban en silla de ruedas, la mayoría cuando menos, una enfermedad crónico-degenerativa, dos de ellos, invidentes.

En cuanto a la religión que profesan, once son católicos y dos de otras religiones. Cinco de ellos ingresaron al asilo en contra de su voluntad y ocho por voluntad propia. Reciben visita nueve de ellos, pero solamente uno es visitado regularmente, los demás un promedio de una vez al mes, cuatro de ellos nunca reciben visitas.

En un principio se mostraron renuentes a participar, después, el grupo se fue integrando se fueron familiarizando con la coordinadora y con las observadoras y la sesiones comenzaron a fluir libremente y en un ambiente de confianza.

Instrumentos de medición

1. Cuestionario de datos generales.

2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: está recomendada como la más adecuada para el diagnóstico de depresión en personas mayores¹⁷. Dicho instrumento está constituido por preguntas que cubren una amplia variedad de temas relacionados con la depresión, como son quejas somáticas y cognitivas, motivación, orientación futura y pasada, pérdida de autoimagen, agitación, horror y rasgos obsesivos. Las áreas antes mencionadas se investigan en 30 preguntas con opciones de respuesta de tipo cerrado de si y no, cuyo valor normal se codifica en cero y uno para cada pregunta. La calificación e interpretación de la prueba, establece un rango de puntuación de cero a diez para sujetos normales, mientras que se considera positiva la presencia de depresión cuando es de II o superior a II.

3. Test de Autoestima VA: Se trata de un instrumento que consta de 27 preguntas con las opciones si o no. Las preguntas están basadas en el Test de Autoestima VA de Tevni Grajales y Alberto Valderrama del Centro de Investigaciones Educativas de Montemorelos¹⁸.

Las respuestas tienen una validez de uno (si contribuyen a tener una autoestima baja) o de cero (si contribuyen a elevar la autoestima). Si la suma de respuestas negativas es de diez o mayor de este número, las personas son clasificadas con autoestima baja.

Procedimiento

1. Contactos institucionales para solicitar los permisos correspondientes, explicar objetivos, y beneficios para la población de estudio.
2. Selección de la muestra con la que se trabajó.
3. Elaboración del programa tentativo de intervención.
4. Aplicación de los instrumentos de medición a manera de entrevistas individuales a las personas (pre-test).
5. Ejecución del programa de intervención. (Psicoterapia de grupo), mismo que constó de 20 sesiones de dos horas, dos días a la semana. Dichas sesiones estuvieron flexibles a cualquier cambio sugerido por los participantes o a situaciones que emergieran dentro del grupo, debido a lo cual, el programa inicial tuvo cambios, ya que se sujetó a las necesidades del grupo.

En este programa se utilizaron técnicas de intervención comprendidas dentro de la psicoterapia Gestalt, que es una psicoterapia ubicada dentro de las psicoterapias humanistas, en donde se da un énfasis especial en las experiencias vividas y las emociones trayéndolas al aquí y al ahora. Son fundamentales la creatividad, la autodeterminación y la autenticidad, tanto en pacientes como en psicoterapeuta.

Las principales técnicas empleadas fueron: entrenamiento en relajación, psicodrama de Moreno, trabajo con introyectos, situaciones inconclusas, cambio de historia, silla vacía, musicoterapia, trabajo de base, el darse cuenta, trabajo con resistencias, desarrollo de habilidades de contacto, interpretación de sueños, trabajo en estados alterados de conciencia. Todas estas técnicas adaptadas a las personas mayores, por las características

especiales que se presentan en esta edad y por el lugar en que viven.

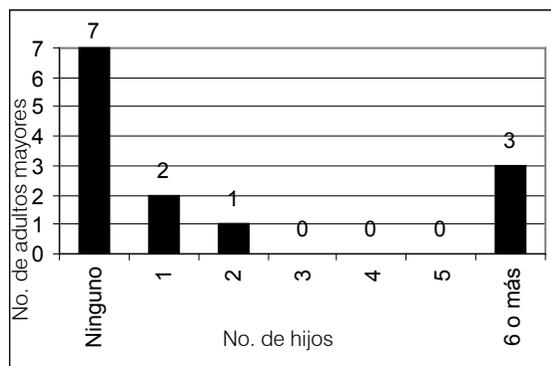
6. Aplicación por segunda ocasión de los instrumentos de medición (post-test)
7. Evaluación cuantitativa del programa de intervención. Prueba estadística: los datos (Media + - Error estandar) se analizaron por medio de la t de student para muestras pareadas o relacionadas. Los resultados se expresaron a un límite de confianza de $p \leq 0.05$ para encontrar diferencias significativas.
8. Durante todas las sesiones se tuvo a dos observadoras independientes para llevar la bitácora de cada sesión y detectar cambios cualitativos

Resultados

Datos generales

En la gráfica 1 se señala el número de hijos(as) vivos(as) que tienen las personas entrevistadas, siete de ellos no tiene hijos vivos, ya sea porque murieron o porque nunca tuvieron, y tres de ellos tienen seis o más hijos (as) que todavía están vivos.

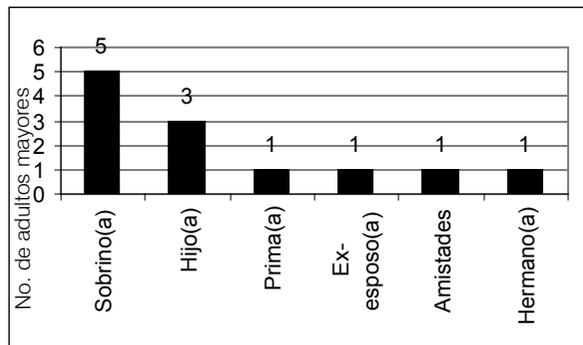
Gráfica 1. Distribución del grupo por número de hijos(as) vivos(as)



Fuente: Directa

Nueve personas afirmaron recibir visitas, se indagó el parentesco con quienes los van a ver, los sobrinos resultaron los parientes que más suelen visitar a estos residentes, como puede apreciarse en la gráfica 2.

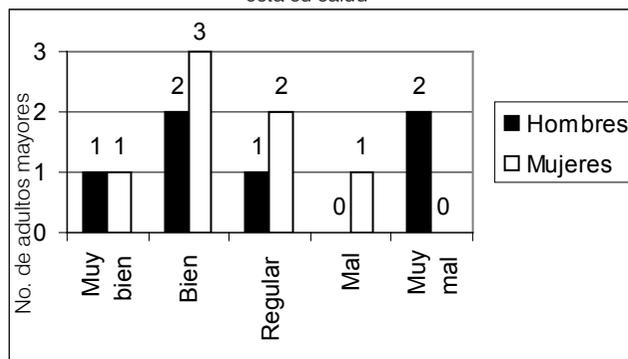
Gráfica 2. Distribución de las personas del grupo que reciben visitas según por quien son visitados



Fuente: Directa

En la gráfica 3 se distribuye a la muestra de acuerdo a cómo perciben su salud según su sexo, como puede observarse son dos hombres los que perciben su salud como muy mala.

Gráfica 3. Distribución del grupo por sexo según cómo sienten que está su salud

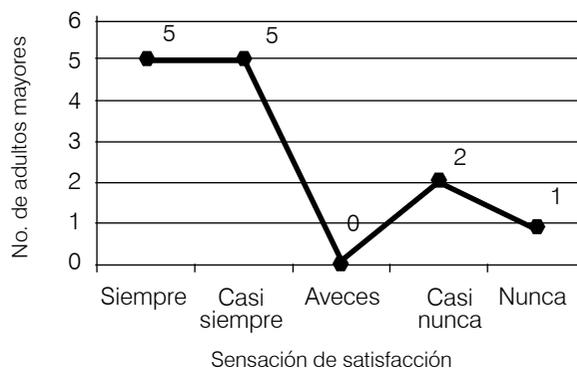


Fuente: Directa

En la gráfica 4 se reflejan las respuestas dadas a la pregunta sobre si se sienten satisfechos con lo que hacen diariamente, la mayoría dijo que siempre o casi siempre se siente satisfecho con sus actividades cotidianas.

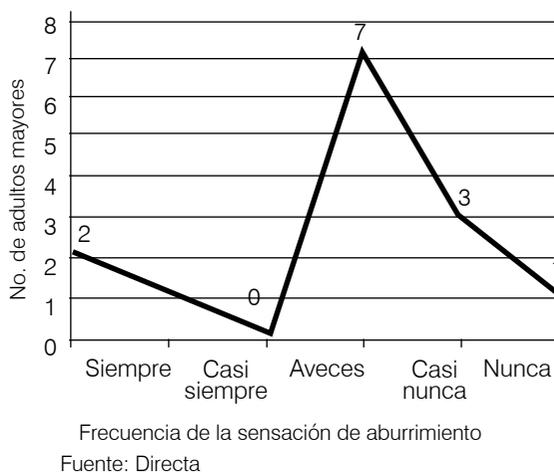
Como confirmación a la pregunta anterior, se les cuestionó también a las personas sobre si se aburrían y si era así, qué tan frecuentemente, solamente dos personas afirmaron que siempre estaban aburridas y siete de ellos afirmaron aburrirse "a veces", como se muestra en la gráfica 5.

Gráfica 4. Distribución del grupo según se siente satisfecho con lo que hace diariamente



Fuente: Directa

Gráfica 5. Distribución de la población según con qué frecuencia se siente aburrido (a)



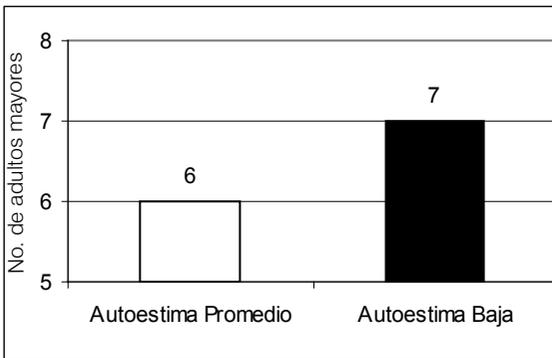
Fuente: Directa

Resultados descriptivos de las pruebas pretest

Los resultados de la primera aplicación (pre-test) del cuestionario de autoestima revelan que siete de los participantes poseen una autoestima baja y para los otros seis corresponde una autoestima promedio, como se destaca en la gráfica 6.

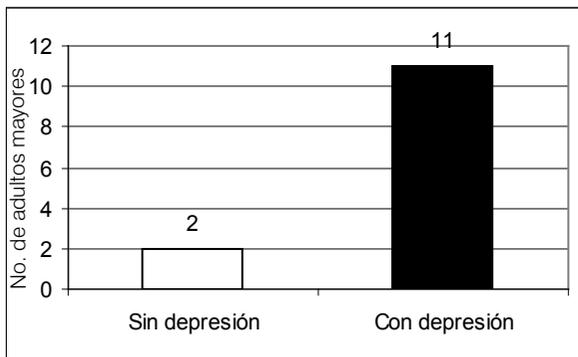
Como puede observarse en la gráfica 7, un alto número once de las personas integrantes del grupo con el que se realizó el programa de intervención, resultó con depresión en el pretest, de acuerdo a la escala empleada para medir tal variable.

Gráfica 6. Distribución del grupo según resultados del cuestionario de autoestima



Fuente: Directa

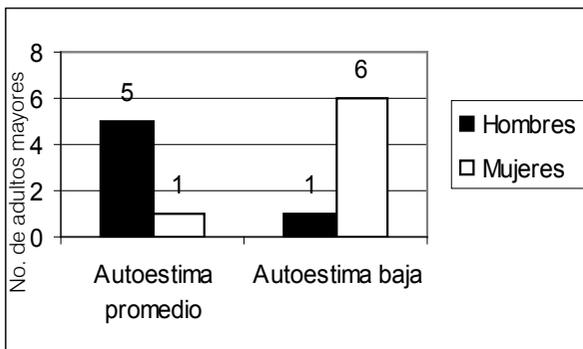
Gráfica 7. Distribución del grupo según resultados de la Escala de Depresión Geriátrica



Fuente: Directa

La gráfica 8 muestra la relación existente entre sexo y autoestima. Como puede notarse entre los hombres existe un mayor número de ellos con autoestima promedio y las mujeres, contrariamente, sobresalen por tener casi todas ellas una autoestima baja.

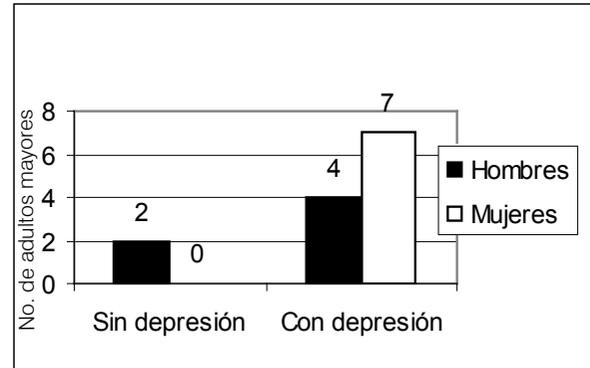
Gráfica 8. Distribución del grupo por sexo según autoestima



Fuente: Directa

De acuerdo a la tendencia de la gráfica 9, los resultados se inclinan a una mayor presencia de depresión entre las mujeres que entre los hombres.

Gráfica 9. Distribución del grupo por sexo según presencia de depresión

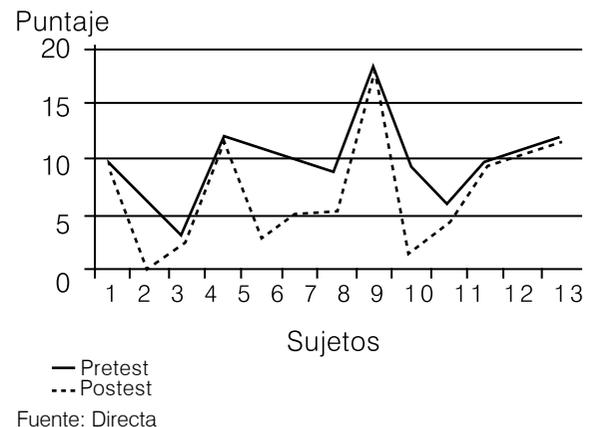


Fuente: Directa

Resultados descriptivos de las pruebas pretest-posttest

Los resultados obtenidos de la comparación entre el pre-test y el post-test del cuestionario de autoestima se plasman en la gráfica 10, a simple vista puede observarse los cambios obtenidos a partir del programa de intervención fundamentado en técnicas psicoterapéuticas, en donde hay un decremento de los puntajes (a mayor puntaje, la autoestima es más baja), que indican que la población mejoró de manera estadísticamente significativa de acuerdo a la prueba *t de student*, con una $p < 0.004$, en cuanto a la percepción de sí mismos.

Gráfica 10. Distribución del grupo según resultados del pre-test y el post-test del Cuestionario de Autoestima



Fuente: Directa

En complemento a la gráfica anterior, el cuadro 1 muestra de manera cuantitativa, cómo fue

este decremento de los puntajes, mismos que revelen una mejoría en el concepto de su autoestima de las personas que participaron en el programa del asilo Mariana Sayago.

Cuadro 1. Distribución del grupo según resultados entre el pre-test y el post-test en el Cuestionario de Autoestima

Sujetos	Pre-test	Post-test
1	9	9
2	6	0
3	3	2
4	12	11
5	11	2
6	10	5
7	9	5
8	18	18
9	9	1
10	6	4
11	10	9
12	11	10
13	13	12
Índice de reducción	Media = 9.76	Media = 6.76

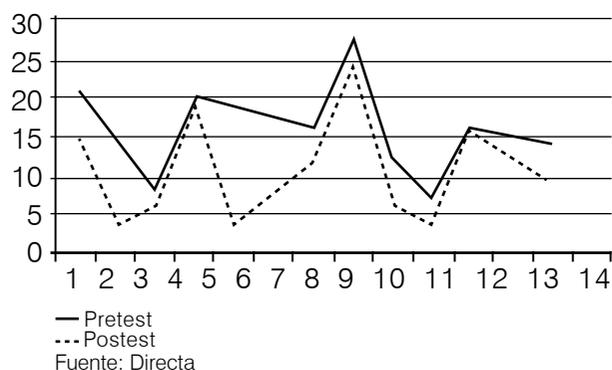
Diferencia = 3.0

$p < 0.004$

Fuente: Directa

Los resultados obtenidos a partir de la comparación del pre-test y el post-test de la Escala de Depresión Geriátrica, son directamente proporcionales, a medida que bajan los puntajes, el nivel de depresión de las personas baja, como puede observarse en la gráfica 11, en donde igualmente se presentó una baja en los niveles de depresión de la mayoría de las personas de la muestra después de la intervención terapéutica. Esta diferencia entre el pre-test y el post-test es estadísticamente significativa de acuerdo a la prueba *t de student*, con una $p < 0.0004$.

Gráfica 11. Distribución del grupo según resultado del pre-test y el post-test de la Escala de Depresión Geriátrica



Fuente: Directa

En complemento, el cuadro 2 muestra de manera numérica la comparación entre pre-test y post-test de la Escala de Depresión Geriátrica, solamente una persona permaneció con el mismo puntaje y el resto de la muestra tuvo decrementos que indican una mejoría en su estado de ánimo.

Cuadro 2. Distribución del grupo según resultado entre el pre-test y el post-test en la Escala de Depresión Geriátrica

Sujetos	Pre-test	Post-test
1	21	15
2	14	4
3	8	6
4	20	19
5	18	3
6	17	8
7	16	12
8	28	24
9	12	6
10	7	4
11	16	16
12	15	13
13	14	9
Índice de reducción	Media = 16	Media = 11

Diferencia=5.0.

$p < = 0.001$

Fuente: Directa

Discusión

En esta investigación hubo un mayor número de mujeres que de hombres debido a que proporcionalmente en todo el asilo sucede este fenómeno, existen más mujeres que hombres en este tipo de sitios por diversas razones, como son: la mujer tiene una mayor expectativa de vida; a esta edad son mucho menos las mujeres que los varones que poseen una pensión o jubilación, las mujeres poseen menos educación y por tanto menos probabilidades de obtener un trabajo para subsistir, la mujer vive más tiempo, pero ese tiempo de más suele pasarlo incapacitada; además, algunas mujeres nunca se casaron y no tuvieron un marido, una familia que se hiciera cargo de ellas, entre las principales causas.

Otra cuestión es el aspecto económico, la mayoría no cuenta con medios para subsistir, esencialmente por eso están aquí, si bien hay personas que entraron por voluntad propia, por no querer ser un estorbo para su familia debido a sus incapacidades, y otros más porque no tienen quien los cuide, porque

no tenían otra alternativa para su vida. Con respecto a esta situación, más de la mitad de la muestra de estudio entró por voluntad propia. Así mismo, más de la mitad de estas personas son visitadas por algún familiar aunque sea de manera muy esporádica, otros fueron abandonados o engañados para que se quedaran en esta institución y solamente hay una persona que ingresó en contra de la voluntad de su familia y que es visitado continuamente por familiares y amistades.

Un aspecto notorio en la muestra de estudio, es que más de la mitad declaran ser solteros, siendo que en la mayoría de los estudios realizados con gente mayor que vive en sus hogares, son principalmente viudas y algunos viudos y escasamente se encuentran personas solteras. Sería recomendable, investigar en otras instituciones de este tipo, cuál es la frecuencia de las personas añosas y solteras que viven en asilos.

La religión ocupa un lugar preponderante en la vida de estas personas, la mayoría profesa la fe católica, refugiándose en un dios protector, que los consolará en el momento de su muerte y les dará consuelo y ayuda en esta vida y después de ella, ayudándolos a remediar y a enfrentar sus enfermedades y penas. Para estas personas es un gran apoyo tener una fe religiosa; aunque, durante la intervención psicoterapéutica fue necesario trabajar con el darse cuenta que no todo se puede dejar a Dios, que hay determinadas situaciones en las que son precisamente ellos los que deben decidir y actuar por cuenta propia, acuerdo al que llegó la mayoría y lo fortalecieron con sus propias ideas. Sus creencias religiosas son tan arraigadas que cuando se abordó el tema fue motivo de controversias tan serias que se decidió no tocarlo a menos que fuera indispensable.

En cuanto a la autoestima, no existió una gran diferencia, durante la primera aplicación del cuestionario pretest, entre el número de personas que resultaron con autoestima baja y la que tuvieron una autoestima aceptable o promedio, aunque una vez realizada la intervención psicoterapéutica la mayoría bajó de puntaje en el postest, lo que indica una mejoría en este aspecto.

Algo de considerarse es que, de las siete personas con autoestima baja, seis eran mujeres, lo que pudiera atribuirse a que casi todas ellas padecen de alguna incapacidad, o bien que la autoestima va frecuentemente asociada a la depresión y son más las mujeres que los hombres quienes padecen este síndrome. Para la segunda medición puede observarse que de siete personas que había con autoestima baja, se decrementó a cuatro.

Los datos que se obtuvieron a partir de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage indican, en la primera medición (pretest), que once personas padecían de depresión, de las cuales siete eran mujeres. Para la segunda medición o post-test, de once personas que padecían depresión se bajó a seis. Algo que vale la pena acotar al respecto, es que diversos estudios han demostrado que la depresión suele presentarse más en las mujeres, en una proporción de dos a uno con relación a los hombres.

Con relación a los puntajes, para ambos instrumentos los resultados fueron estadísticamente significativos, con lo que quiere afirmarse que la autoestima, aunque en distintos grados, se elevó de forma general para los miembros del grupo, e igualmente hubo un decremento en los niveles de depresión de los residentes participantes en el programa de intervención, con lo que se da una respuesta afirmativa a la cuestión sobre si la aplicación de técnicas psicoterapéuticas contribuye al desarrollo de la autoestima y a un mejor afrontamiento de la depresión en un grupo de adultos mayores institucionalizados.

Las estadísticas entonces demuestran que, en este estudio en particular, las técnicas psicoterapéuticas empleadas fueron efectivas para disminuir niveles de depresión y aumentar la autoestima en los participantes del programa. Por otra parte, es recomendable que la atención terapéutica conste de un número mayor de sesiones, pues los avances que se logren serán más profundos y duraderos.

Con esta población el psicoterapeuta y/o el psicólogo, además de adoptar una postura directiva, debe ser muy paciente y sencillo al dar instrucciones y, de ser posible, poner el ejemplo de la actividad que se pretende realizar. Hay que ser muy flexible, la clave está

en la relación, en el vínculo que se crea con ellos y entre ellos.

Resulta difícil generalizar los datos a otras poblaciones, por una parte, porque los grupos psicoterapéuticos deben ser pequeños, así lo recomienda la teoría y la práctica, de no ser así, las técnicas no funcionarían, esto es una parte vital y comprobada en los grupos psicoterapéuticos. Aunque bien podría hacerse este tipo de intervenciones, cuya efectividad se comprobó en este estudio, con otros grupos, ya sea de residentes en asilos, de personas que viven en sus hogares y que asisten a estancias diurnas o a clubes de la tercera edad, de personas jubiladas que han formado sus propios grupos, entre otros.

Si bien las estadísticas nos muestran que, aproximadamente, 1.5 por ciento del total de la población anciana está recluida en asilos o casas-hogar¹⁹, no por eso puede dejar de considerársele un problema de salud pública ya que la generalidad de los residentes padecen enfermedades, desde algunas que les permiten cierta independencia, hasta aquellas que los hacen ser completamente dependientes de otros, o bien serias enfermedades de carácter psiquiátrico. Es un problema de salud pública, considerando que este grupo etario va en aumento, lo que implica que, por una parte, también irá en aumento la necesidad de la atención a su salud, con los respectivos costos que se requieren para atenderla; y por otra, la insuficiencia de instituciones especializadas para su cuidado. De no ser así, seguirá habiendo marginación y exclusión de la sociedad hacia ellos, lo que incluye la falta de atención a su salud, con todo lo que ello implica.

Vivimos en una era de sorprendentes avances en la biomedicina, de lo que se deriva que las ganancias en la longevidad se acelerarán. Los pronósticos apuntan a aumentos mucho mayores en los servicios de salud para el número sorprendentemente creciente de miembros del segmento más viejo de la población, tales aumentos en los costos podrían disminuir si se diera una adecuada atención primaria a la salud de los adultos mayores, la formación de grupos psicoterapéuticos, que son espacios de

escucha y que contribuyen de gran manera a mejorar su calidad de vida, desde luego aunado al trabajo transdisciplinario con otros profesionales de la salud, bien podría ser una alternativa para este gran problema de salud pública que ya existe en nuestro país.

A partir de lo antes dicho, se mencionan las conclusiones más importantes a las que se llegó a partir de la realización del presente estudio:

- Las personas adultas mayores de la muestra seleccionada tienen la suficiente capacidad para participar en sesiones de psicoterapia grupal.
- Las técnicas psicoterapéuticas aplicadas en adultos mayores, son capaces de reducir de manera estadísticamente significativa los niveles de depresión y de aumentar positivamente la percepción de sí mismos de la muestra de referencia.
- Las técnicas psicoterapéuticas empleadas ayudaron a mejorar las funciones de contacto y el darse cuenta de los miembros del grupo de trabajo.
- Los adultos mayores que formaron parte de este grupo de psicoterapia incrementaron sus habilidades de contacto a través de: aumento en la participación verbal, en la capacidad de escucha, en su capacidad de estar abiertos a otras ideas y otros comportamientos distintos a los propios, en su creatividad, en sus habilidades manuales, en su comprensión de las conversaciones.
- De igual manera hubo cambios en los residentes en su forma de percibir la vida (de un modo más positivo), en su forma de contactar con las personas y en la aceptación y el respeto de sí mismos.
- Resulta indispensable que el terapeuta o psicólogo adopte una postura flexible al trabajar con este grupo etario y tenga pleno conocimiento de los cambios que suceden en la vejez, además de tener presente que el tratamiento psicoterapéutico de una persona mayor es diferente al de una persona joven.
- En la etapa de la vejez lo más recomendable y efectivo en el campo psicoterapéutico es el uso de una terapia de apoyo.
- Los grupos de psicoterapia deben estar integrados por un máximo de quince personas, para dar la oportunidad a todos de que

participen y las técnicas utilizadas funciones adecuadamente.

- Se sugiere se realice un trabajo psicoterapéutico con otros grupos de adultos mayores, en otros ambientes, para probar la efectividad de las técnicas aplicadas en este trabajo.
- Es necesaria la atención del adulto mayor en todas sus esferas, si bien este trabajo está enfocado al aspecto psicológico, no deben olvidarse que la salud es integral y que no puede separarse la triada biosicosocial que conforma el concepto de salud. Resulta por tanto necesario considerar la formación de grupos transdisciplinarios, en especial, de profesionales de la salud, de los cuales forme parte el psicoterapeuta. La actividad de estos grupos deberá estar encaminada a la atención de la salud de la persona mayor y muy particularmente, de aquellas que sufren marginación, exclusión y abandono.

Referencias bibliográficas

1. Aguilar M. y Moreno M. El nuevo envejecimiento en México: un enfoque socioantropológico médico. Universidad Autónoma de Guadalajara. Disponible en línea: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art2dossier23.html>. 2002
2. Oliva R, Fernández T. Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. *Psicología y Salud*. 2006; 16 (1): 93-101
3. Cristians E. El envejecimiento de la población mundial. Disponible en línea: <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/352/470/articulo/phphd-5807>. 2007
4. INEGI. Censo de población y vivienda 2005. Disponible en línea: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx>. 2006
5. Staff M. Género y tercera edad. Disponible en línea: <http://www.elpanamerica.com.pa/archive/10042002/opinion03.shtml>. 2002
6. Moragas M. Gerontología social, envejecimiento y calidad de vida. Disertación. México: UNAM. 2001.
7. Valdez E, Román R, Cubillas M. Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Psicología y salud*. 2005; 15 (1): 127-133
8. Cuevas A. ¿Qué hago con mis abuelos? México: Edit. Pax; 1993.
9. Rodríguez R, Mendoza L. Bioética. En: Rodríguez J. Morales J. Trujillo y C. D'Hyver (Editores). *Geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000-300-305
10. Vidal G. La asistencia del adulto mayor institucionalizado. En: M. Suárez (Editores) *Gerontología*. México: Edit. Praxis: 1998; 144-146
11. Hernández Z. Variables condicionantes en la calidad de vida de personas de la tercera edad. *Psicología Iberoamericana*. 1997; 5 (2): 23-32
12. Rodríguez R, Morales J, Encinas J, D'hyver y Trujillo Z. El lugar ideal: ¿En casa o institución?. En: R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo y C. D'Hyver (Editores). *Geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana: 2000: 290-293
13. Sánchez R. Aislamiento y soledad en el anciano. VIII Congreso de Geriatría y Gerontología de México. México: Ediciones Medicina y Sociedad: 1993: 52-55.
14. Belsky J. *Psicología del envejecimiento*. Buenos Aires: Paraninfo, 2001.
15. Krassoievitch M. *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica. 2001.
16. Hernández R, Fernández C y Baptista P. *Metodología de la investigación*; 2000.
17. Yesavage T y Jerome A. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminar report. *Journal Psychiatry*; (1983) 17: 37-49
18. Grajales T y Valderrama A. *Test de autoestima VA*. México: Centro de Investigaciones Educativas de Montemorelos, 2000.
19. Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Los derechos humanos en la tercera edad*. México: CNDH, 1999.