

## **EL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO CON UN GRUPO DE RESIDENTES GERIÁTRICOS**

Por: Zoila Edith Hernández Zamora<sup>1</sup>

(Grupo de investigación en Psicología, Salud y Sociedad)

Recibido: Octubre 2 de 2007 - Revisado: noviembre 3 de 2007 -Aceptado: noviembre 20 de 2007

### **RESUMEN**

Se muestran 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 para atender la salud mental de sus habitantes. Con base en estos antecedentes se llevó a cabo un programa de intervención psicoterapéutica orientado a mejorar el bienestar emocional de un grupo de personas de esta institución. En este proceso se le dio 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 la autoestima y un decrecimiento igualmente significativo en los niveles de depresión, así mismo, pudo apreciarse un aumento notable en sus habilidades de contacto, escucha, expresión y creatividad, contribuyendo en parte, a que estos adultos mayores transiten con dignidad y alegría los últimos años de su vida.

### **Palabras clave:**

Adultos mayores, Psicoterapia, Depresión, Autoestima, Habilidades de contacto.

### **THE PSYCHO-THERAPEUTIC WORK WITH A GROUP OF GERIATRIC RESIDENTS.**

By Zoila Edith Hernández Zamora

### **ABSTRACT:**

The advancements achieved, with a group of older adult residents in a retirement house, depending on the public sector, are shown in this paper. Its residents do not have a health professional at their disposal in order to attend their mental health. Based on these records, a psychotherapeutic intervention program was carried out, in order to improve the emotional well being of a group of people in such an institution, by providing a greater importance to those aspects relating to depressive disorders, self-esteem and the work of contact. The results showed a statistically meaningful increase in the perception of their self-esteem and an equally meaningful decrease in the levels of depression. Likewise, it could be observed, mainly, a remarkable increase in their contact abilities, listening, expression and creativity; contributing in part to the fact that these old people may move around with dignity and happiness during their last years of life.

### **Key words and expressions:**

Older adults, psychotherapy, depression, self-esteem, contact abilities.

<sup>1</sup>Magíster en Psicoterapia, Licenciada en Psicología. Investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. zhernandez@uv.mx



Tomada de: [www.nuestros años dorados.com](http://www.nuestros años dorados.com)

## 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 de siete por ciento de sus miembros tienen sesenta y cinco años, o más de diez por ciento, sesenta (Aguilar y Moreno, 2002). La proporción mundial de población de 60 y más años se incrementó de 9.2 por ciento en 1990 a diez por ciento en el año 2000 y según las proyecciones se espera sea de catorce por ciento en el 2025. En esta información se puede afirmar que comenzamos el siglo XXI con una población mundial envejecida.

No obstante, el envejecimiento no deja de ser un hecho cultural, porque cada cultura produce su propio tipo y dentro de cada una de ellas cada viejo es el producto de sus propias series complementarias. Esta formulación tiene la enorme ventaja de proveer las bases para una adecuada prevención primaria tendiente a producir "mejores envejecimientos". Considerando esta postura, el psicoterapeuta o el psicólogo cumplirían una función primordial dentro de la geriatría al trabajar con los adultos mayores sobre sus implicaciones y lo que esto trae consigo, en especial en su forma de vivir.

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 mayores (Staff, 2002)

Por otra parte, según Moragas (1991) algunos de los factores que intervienen en el progresivo interés de realizar estudios con sujetos mayores, son los siguientes: 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 viejos 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 satisfactorios y siguen existiendo necesidades psíquicas y sociales: soledad, marginación, abandono. Dentro de las personas que sufren este abandono y soledad, muchas veces los

conduce a un estado depresivo y al aislamiento, y es muy probable encontrarlos viviendo 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 aun 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 ello. (Cuevas, 1993).

Si bien la humanidad tiende a esconder sus desdichas en asilos, prisiones y hospitales, es importante deliberar sobre estos lugares. Independientemente del nombre que se les denomine, no son ni mucho menos, su casa. No deberían existir, al menos no con el modelo que tenemos, 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 tratos (Rodríguez y Mendoza, 2000).

El problema ético radica cuando la persona no es consultada si es que es capaz de 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.

El sociólogo Germán Vidal (1998), 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 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 en 1997 (Hernández, 1997), 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 esto 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 hogar. (Rodríguez, Morales, Encinas, D'hyver y Trujillo, 2000).

Como complemento a lo antedicho, Sánchez Rucaba (1993) en sus estudios sobre la neurosis institucional, (la cual suele presentarse en los ancianos instaurados en asilos) menciona que ésta es un síndrome de agotamiento social caracterizado por una apatía a todo lo personal, una pérdida de interés hacia el futuro y que puede presentar deterioro, tanto en hábitos como en normas personales. Lo anterior debido a una pérdida de contacto con el mundo exterior, al ocio, a la falta 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. Aquí es donde surge la propuesta de crear un grupo psicoterapéutico, pues sería una manera de volver a ponerlos en contacto, o bien, retomar ese contacto, con el mundo y con sus compañeros de institución. La psicoterapia aplicada en este medio 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 cambiar. (Belsky, 2001).

La terapia en los ancianos tiene un aspecto específicamente psicológico y otro social. 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, aún en pequeña escala, aparece una vivencia confortante que favorece los sentimientos de autoestima y dignidad (Krassoievski, 2001).

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, para de esta manera contribuir a la mejora de su salud emocional y por ende, lograr una repercusión positiva en la percepción de su calidad de vida.

### Metodología

Se trata de una **investigación cuantitativa**, de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2000), la investigación se desarrolla con un diseño test-retest, comparativo o correlacional y de corte longitudinal.

### Universo o población

La Casa-hogar Mariana Sayago cuenta actualmente con 81 residentes, 34 hombres (42%) y 47 (58%) mujeres. Del total de ellos, 26 están en silla de ruedas, 9 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 13 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 o sesiones.

### Situación o ámbito

El estudio se llevó a efecto en la Casa-Hogar Mariana Sayago de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México.

### 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 mayores (Yesavage y Jerome, 1983), 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 10 para sujetos normales, mientras que se considera positiva la presencia de depresión cuando es de 11 o superior a 11.
3. Test de Autoestima VA: Se trata de un instrumento que consta de 27 preguntas con las opciones "SÍ" o "NO". Las preguntas están basadas en el Test de Autoestima VA de Tevni Grajales y Alberto Valderrama del Centro de Investigaciones Educativas de Montemorelos (2000). Las respuestas tienen una validez de uno (si contribuyen a tener una autoestima baja) o de 0 (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. Entrevistas individuales a las personas elegidas para la aplicación de los instrumentos de medición (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.
6. Aplicación por segunda ocasión de los instrumentos de medición (post-test).
7. Evaluación cuantitativa del programa de intervención.
8. Elaboración de la bitácora de cada sesión a través de dos observadoras independientes.

### RESULTADOS

El grupo estuvo constituido por 13 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. 11 de ellos sin ingresos económicos y

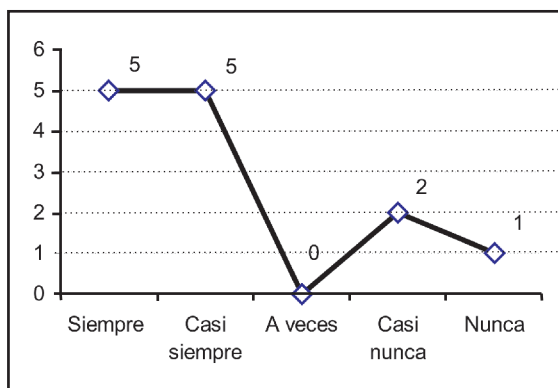


dos con pensión o jubilación. Cuatro personas separadas o divorciadas, dos viudas y siete solteras. Siete consideran su salud como buena o muy buena, tres regular y tres sienten que están mal o muy mal de salud.

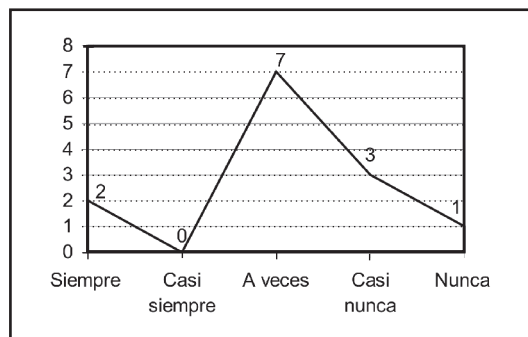
En cuanto a la religión que profesan, once son católicos y dos de otras religiones. Cinco de ellos ingresaron al asilo en contra de su voluntad y ocho por voluntad propia. Reciben visita nueve de ellos, pero solamente uno es visitado regularmente, los demás un promedio de una vez al mes, cuatro de ellos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

En la gráfica No. 1 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 sienten satisfechos con sus actividades cotidianas. Como confirmación a la pregunta anterior, se les cuestionó también 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 No. 2.

Gráfica 1. Distribución del grupo según se siente satisfecho con lo que hace diariamente.



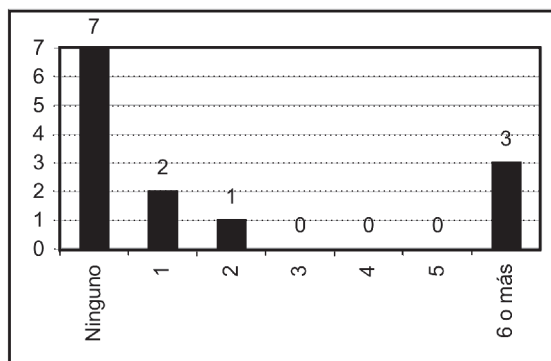
Gráfica 2. Distribución de la población según con qué frecuencia se siente aburrido(a).



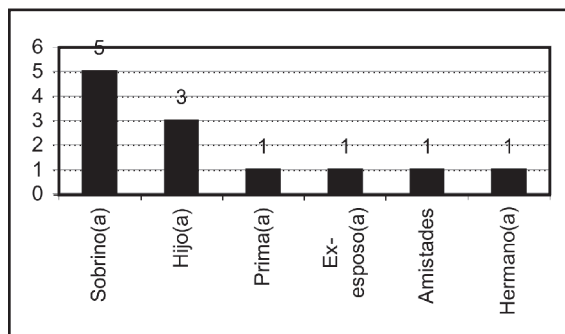
En la gráfica 3 se señala el número de hijos(as) vivos(as), que tienen las personas entrevistadas, 7 de ellos no tiene hijos vivos, ya sea porque murieron o porque nunca tuvieron, y tres de ellos tienen 6 o más hijos(as).

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 No. 4.

Gráfica 3. Distribución del grupo por número de hijos(as) vivos(as).

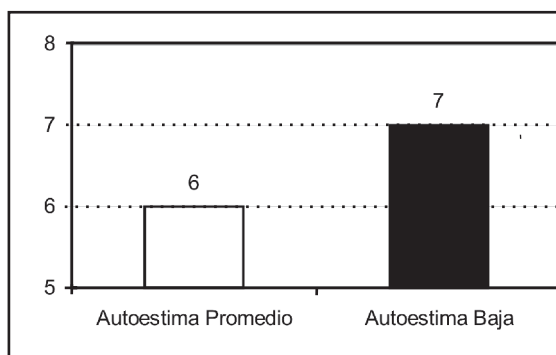


Gráfica 4. Distribución de las personas del grupo que reciben visitas según por quien son visitados.

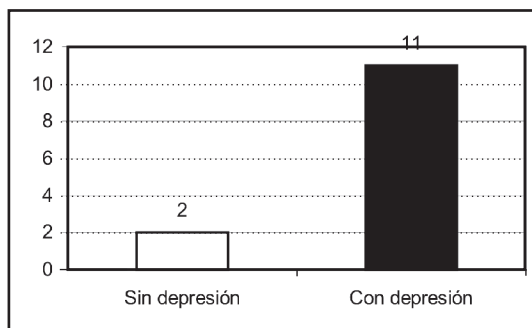


Los resultados de la primera aplicación (pre-test) del Cuestionario de Autoestima revelan que siete de los participantes poseen una autoestima baja y para los otros seis corresponde una autoestima promedio, como se destaca en la gráfica No. 5. Como puede observarse en la gráfica No. 6, un alto número (11) 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 5. Distribución del grupo según resultados del Cuestionario de Autoestima.

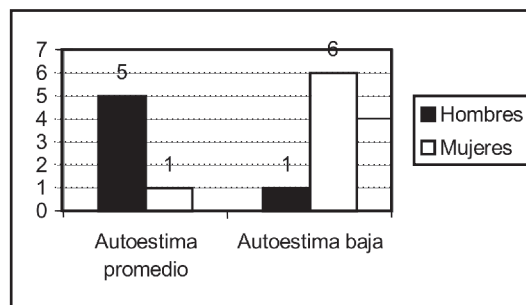


Gráfica 6. Distribución del grupo según resultados de la Escala de Depresión Geriátrica

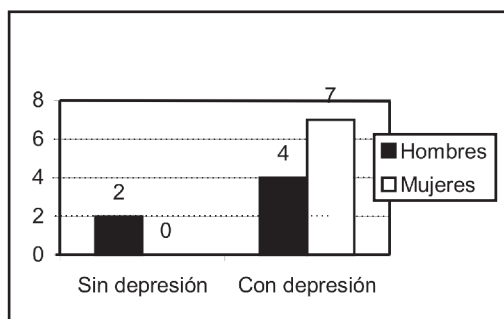


La gráfica 7 muestra la relación existente entre sexo y autoestima, como puede notarse entre los hombres existe un mayor número de ellos con autoestima promedio y las mujeres, contrariamente, sobresalen por tener casi todas ellas una autoestima baja. De acuerdo a la tendencia de la gráfica No. 8, los resultados se inclinan a una mayor presencia de depresión entre las mujeres que entre los hombres.

Gráfica 7. Distribución del grupo por sexo según Autoestima.

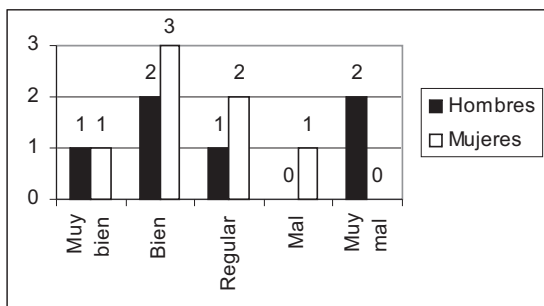


Gráfica 8. Distribución del grupo por sexo según presencia de depresión.



En la gráfica No. 9 se distribuye 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 9. Distribución del grupo por sexo según cómo sienten que esta su salud



Los resultados obtenidos de la comparación entre el pre-test y el post-test del Cuestionario de Autoestima se plasman en la gráfica No. 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 de ANOVA, con una  $p < 0.004$ , en cuanto a la percepción de sí mismos. En complemento a la gráfica anterior, la tabla No. 1 muestra de manera

cuantitativa, cómo fue este decremento de los puntajes, mismos que revelen una mejoría en el concepto de su autoestima de la muestra trabajada de la Casa-hogar Mariana Sayazo.

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

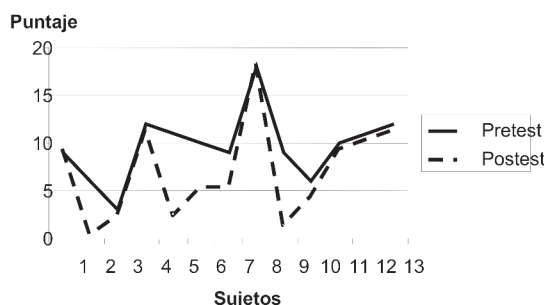


Tabla 1. Distribución del grupo según resultados entre el pre-test y el post-test en el Cuestionario de Autoestima

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  
 $p < 0.004$

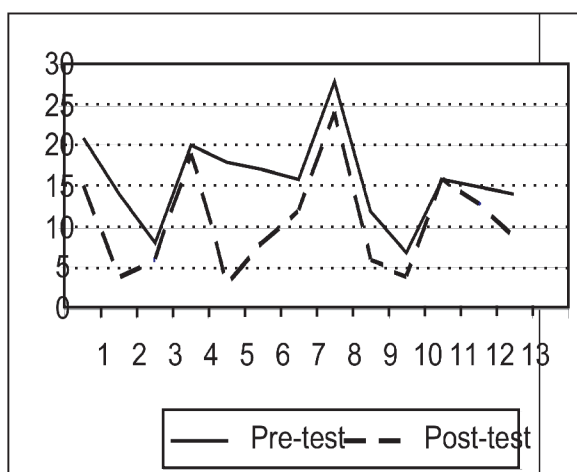


Los resultados obtenidos a partir de la comparación del pre-test (antes de la intervención y el post-test (después de la intervención) de la Escala de Depresión Geriátrica, son directamente proporcionales, a medida que bajan los puntajes, el nivel de depresión de las personas baja, como puede observarse de una manera lineal en la gráfica No. 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 de ANOVA, con una  $p < 0.001$ .

Tabla 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		
$p \leq 0.001$		

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



## COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

En esta investigación hubo un mayor número de mujeres que de hombres debido a que proporcionalmente en toda la Casa-hogar sucede este fenómeno. Esto sucede por diversas razones, como lo son: la mujer tiene una mayor expectativa de vida, a esta edad son mucho menos que los varones, pues estos últimos poseen una pensión o jubilación; mientras que ellas poseen menos educación y por tanto menos probabilidades de obtener un trabajo para subsistir; los viudos o divorciados tienden a volverse a casar con mucha más frecuencia (y con mujeres más jóvenes que ellos). La mujer vive más tiempo, pero ese tiempo de más suele pasarlo incapacitada; además, algunas nunca se casaron y no

tuvieron un marido, una familia que se hiciera cargo de ellas.

Otra cuestión es el aspecto económico, la mayoría no cuenta con medios para subsistir, esencialmente por eso están aquí, si bien más de la mitad de ellos 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. 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 estos hogares, son principalmente viudas y algunos viudos y escasamente se encuentran personas solteras; sería recomendable, en un estudio con una muestra más grande, encontrar, cuantitativamente, cuál es la propensión de personas añosas y solteras a vivir 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 sufrimientos. Para estos adultos mayores es un gran apoyo tener fe en Dios; aunque fue necesario ayudarles a descubrir que no todo se puede dejar a Dios, hay determinadas situaciones que deben decidir y actuar por cuenta propia, la mayoría estuvo de acuerdo y lo fortalecieron con sus propias ideas. Tienen tan arraigadas sus creencias religiosas que cuando se abordó el

tema fue motivo de controversias tan serias, lo cual se decidió no tocarlo a menos que fuera indispensable.

En cuanto a la autoestima, no se encontró una gran diferencia en la primera aplicación del Cuestionario, entre el número de personas que resultaron con autoestima baja y las que tienen una autoestima aceptable o promedio. Aunque cabe la siguiente aclaración: la mayoría bajó de puntaje, lo que indica una mejoría en este aspecto. La diferencia se notó entre las siete personas con autoestima baja, puesto que seis eran mujeres, (se puede atribuir a que padecen de alguna incapacidad). Para la segunda medición se observa el decremento a cuatro de siete personas con autoestima baja

Los datos obtenidos a partir de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage indican: en la primer medición 11 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 6. Algo que vale la pena resaltar son los diversos estudios sobre la depresión que demuestran que suele presentarse más en las mujeres, en una proporción de 2 a 1 con relación a los hombres.

En cuanto a los resultados, para ambos instrumentos fueron estadísticamente significativos, la autoestima se elevó de forma general para los miembros del grupo, e igualmente hubo un decremento en los niveles de depresión. Gracias a esto se da una respuesta afirmativa sobre la aplicación de técnicas psicoterapéuticas las cuales contribuyen al desarrollo de la autoestima y a un mejor afrontamiento de la depresión en un grupo de adultos mayores institucionalizados.

Las estadísticas demuestran que 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 para las personas con problemas caracterológicos otorgarles psicoterapia individual para más tarde poder integrarse a un grupo. Otra propuesta es la atención terapéutica de mas sesiones, pues los avances que se logren serían más profundos y duraderos.

Los psicoterapeutas y/o psicólogos deben tener en cuenta también los conflictos institucionales que le corresponde a determinado residente, en algunas instituciones se tiende a denominar "normales" o "físicos" a fenómenos de tipo psíquico, psiquiátricos o trastornos de conducta. Por lo general, son hogares de ancianos subvencionados por el Estado y no quieren que sus pacientes sean trasladados a un hospital psiquiátrico, o bien, son hogares que reciben enfermos psiquiátricos que ya no son aceptados o no tienen cupo en instituciones psiquiátricas. Aquí reside el gran problema ¿donde estaría mejor el anciano? ¿En una casa hogar o en un centro psiquiátrico?

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 cualquier cosa. Hay que ser muy flexible, la clave está en la relación o el vínculo creado con ellos.

## CONCLUSIONES

Para finalizar este trabajo se esbozan las siguientes conclusiones:

- Las personas de la muestra seleccionada tienen la suficiente capacidad para participar en sesiones de psicoterapia grupal.
- Las técnicas psicoterapéuticas aplicadas, pudieron reducir de manera estadísticamente significativa los niveles de depresión y aumentar positivamente la percepción de ellos mismos en 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 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 cualitativos 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 y/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 ha 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.

**REFERENCIAS:**

- Aguilar, M. y Moreno, M. (2002). El nuevo envejecimiento en México: un enfoque socioantropológico médico. Universidad Autónoma de Guadalajara. Disponible en línea: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art2do/ssier23.html>. Consultado 4 de agosto de 2004.
- Belsky, J. (2001) Psicología del Envejecimiento. Buenos Aires: Paraninfo
- Cuevas, A. (1993) ¿Qué hago con mis abuelos?. México: Edit. Pax
- Grajales, T. y Valderrama, A. (2000) Test de Autoestima VA. México: Centro de Investigaciones Educativas de Montemorelos
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2000). Metodología de la Investigación.
- Hernández, Z. (1997) Variables condicionantes en la calidad de vida de personas de la tercera edad. *Psicología Iberoamericana*, 5 (2): 23-32
- Krassoievitch, M. (2001) Psicoterapia Geriátrica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moragas, M. (1991). Gerontología social, envejecimiento y calidad de vida. Tesis inédita de doctorado en Psicología. México: UNAM
- Rodríguez, R. y Mendoza, L. (2000). Bioética. En: R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo y C. D´Hyver (Eds.). *Geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana: 300-305
- Rodríguez, R., Morales, J., Encinas, J. D´hyver, C. y Trujillo, Z. (2000). El lugar ideal: ¿En casa o Institución?. En: R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo y C. D´Hyver (Eds.). *Geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana: 290-293
- Sánchez, R. (1993). Aislamiento y soledad. VIII Congreso de Geriatría y Gerontología de México. México: Ediciones Medicina y Sociedad: 52-55
- Staff, M. (2002) Género y tercera edad. Disponible en línea: <http://www.elpanamerica.com.pa/archive/10042002/opinion03.shtml>.
- Vidal, G. (1998) La asistencia del adulto mayor institucionalizado. En: M. Suárez (Ed.) *Gerontología 2000*. México: Edit. Praxis: 144-146
- Yesavage, T. y Jerome, A. (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminar Report. *Journal Psychiatry*, 17: 37-49