

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz



"Fortalecimiento del dominio psicológico en la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados mediante psicoterapia humanista y Gestalt"

Tesis para obtener el grado de
Maestra en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

Por

Heidi Gladiola Villa Mancilla

Directora de Tesis
Dra. María Nieves González Valles

Ciudad Juárez, Chihuahua

13 de junio de 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz



**"Fortalecimiento del dominio psicológico en la calidad
de vida de adultos mayores institucionalizados
mediante psicoterapia humanista y Gestalt"**

Tesis para obtener el grado de
Maestra en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

Por

Heidi Gladiola Villa Mancilla

Lectores

Mtro. Héctor Ocaranza Sáinz
Dra. Alejandra Rodríguez Tadeo
Dra. María Elena Vidaña Gaytán

Ciudad Juárez, Chihuahua

13 de junio de 2018

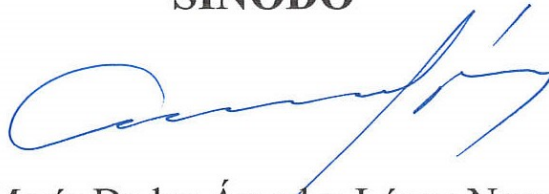
Fortalecimiento del dominio psicológico en la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados mediante psicoterapia humanista y Gestalt
Tesis para obtener el Grado de Maestra en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

Por



Heidi Gladiola Villa Mancilla

SÍNODO



Dra. María De los Ángeles López Nores
Presidente



Mtro. Héctor Ocaranza Sáinz
Secretario



Dra. María Nieves González Valles
Vocal

Dra. María Elena Vidaña Gaytán
Coordinadora de la Maestría en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz

Dedicatoria

A Dios porque mis fuerzas provienen de Ti... ¡Cada corona a ti la rendiré!

A mi esposo Alfredo Fuentes Nevárez, por tu amor, paciencia, palabras de ánimo, comprensión, tu apoyo y compañía.

A mi hijo Didier, mi gran motivación, mi compañerito ejemplar, ¿Cómo cansarme y privarme de jugar contigo?

A mis padres Carlos Villa Esquivel y Martha Gladiola Mancilla Minjárez, por su apoyo incondicional.

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) por permitirme la oportunidad de regresar a mi *Alma Mater* y continuar preparándome como profesionista.

A la Dra. María Elena Vidaña Gaytán, coordinadora de la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz, por su apoyo, por haberme dado la oportunidad de integrarme a este posgrado, sus abrazos son terapéuticos.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por seleccionar este programa para que sea un Programa de Calidad y otorgarme una beca.

A mi directora de tesis la Dra. María Nieves Gonzalez Valles por aceptarme como alumna, por su gran inversión humana, terapéutica y académica en mi persona y en este proyecto.

Muchas personas han contribuido indirecta o directamente en este estudio, entre ellos destacan mis maestros que hicieron posible cada curso, cada capacitación invirtiendo de su tiempo para la preparación de cada sesión.

A mi psicoterapeuta Mtro. Eduardo Mendoza Ortega, mi mentor gestáltico, gracias por cada sesión, gracias por enseñarme el uso de las técnicas apropiadas, gracias por tu amistad.

Al Mtro. Enrique Anchondo López por cada consejo, por cada palabra de aliento, porque sé que puedo ir con Ud. y salir nutrida emocionalmente.

A Saly Chong por abrirme las puertas de su segunda casa y así poder realizar mi intervención y a cada adulto mayor con quienes conviví y trabajé pues me enseñaron a vivir el presente, prevenir y actuar.

A Faviola Brewer por venir semanalmente a pasar tiempo con mi pequeño, en los días de jornada más largos.

A Diva (†) por conocer mis estados de ánimo, sin exigencias, brindándome su amor y a Glammy por saber ser una paciente compañera de entrenamiento.

A mis compañeras y amigas, Sara y Ana por cada café terapéutico.

Resumen

Los adultos mayores son un grupo etario cuyo porcentaje poblacional se ha multiplicado en las últimas décadas producto de los adelantos tecnológicos y médicos que inciden en la prolongación de la esperanza de vida. Después de los 60 años generalmente las personas comienzan a depender de cuidadores y a perder paulatinamente la autonomía. Con frecuencia las familias se encuentran desprovistas de recursos para atender a los miembros en estas condiciones y en ocasiones optan por contratar los servicios de un asilo donde internan a estos miembros de la familia. Con ello, se suman nuevas condiciones de vida y ajustes a los que esta población debe adaptarse y que a menudo pone en riesgo la posibilidad de experimentar calidad de vida aceptable. Por ello se realizó una intervención basado en estrategias psicoterapéuticas humanistas y de Gestalt con seis adultos mayores institucionalizados en un asilo de Ciudad Juárez, en un rango de edad de 80 a 86 años, teniendo como objetivo fortalecer el dominio psicológico, el cual es componente de la calidad de vida. El diagnóstico inicial consideró la situación mental de los participantes a través del *Mini Mental State Examination* (Folstein, Folstein, McHugh, & Fanjiang, 1975), posteriormente a las personas seleccionadas se les aplicó un cuestionario sobre información socio demográfica y el cuestionario calidad de vida *WHOQOL-BREF* (World Health Organization Quality of Life Group, 1999). El tiempo de intervención fue de 14 sesiones, posteriormente se realizó un análisis cuantitativo de las variables, los resultados de la evaluación final indican aumentos en el dominio psicológico, componente de la calidad de vida de los participantes.

Palabras clave: Dominio psicológico, Calidad de vida, Adultos mayores institucionalizados, Psicoterapia humanista y Gestalt.

Abstract

The elderly are an age group that every day increases its population percentage and is that over time, with technological and medical advances has been achieved to increase the life expectancy of people, however, authors agree that the absence of knowledge about the care needed by a person of 60 years and older can generate changes in their life, the beginning of a change of stage to be older adult, is considered from the age mentioned. This age is usually the beginning in which people generally begin to depend on caregivers and gradually lose autonomy. Often families are deprived of resources to assist members in these conditions and choose to hire the services of an asylum where these family members are interned. With this, new living conditions and adjustments are added to which this population must adapt and which often puts at risk the possibility of experiencing an acceptable quality of life. For this reason, an intervention was carried out with six institutionalized older adults in an asylum, in an age range of 80 to 86 years, based on humanistic and Gestalt psychotherapeutic strategies, with the objective of favoring the psychological domain, component of the Quality of life of this population group. The initial diagnosis considered the mental situation of the participants through the Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein, McHugh, & Fanjiang, 1975); afterwards the selected people were given a questionnaire on socio-demographic information and the WHOQOL-BREF Quality of Life questionnaire (World Health Organization Quality of Life Group, 1999). The intervention time was 14 sessions, then a quantitative analysis of the variables was performed, the results of the final evaluation indicate increases in the psychological domain, component of the quality of life of the participants.

Key words: Psychological domain, Quality of life, institutionalized elder adults, Humanistic and Gestalt psychotherapy.

Tabla de contenido

Introducción	1
Formulación del problema.....	3
Estado de la cuestión.....	10
Justificación del estudio.....	13
Objetivos del estudio.....	13
Capítulo I. Soporte teórico	15
Calidad de vida.....	15
Dominio psicológico.....	18
Modelos teóricos de calidad de vida.....	19
Modelo de Shallock y Verdugo.....	19
Modelo de Felce y Perry.....	19
Modelos de bienestar.....	20
Modelos de desempeño de rol.....	20
Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida.....	21
Modelo de la homeostasis de la calidad de vida.....	21
Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores.....	21
Vejez y Envejecimiento.....	22
Teorías sobre el envejecimiento.....	25
Teorías biológicas.....	25
Teorías psicológicas.....	25
Teorías sociológicas.....	25

Adulto mayor.....	26
Adulto mayor institucionalizado.....	27
Envejecimiento satisfactorio – exitoso.....	29
Modelos de envejecimiento satisfactorio – exitoso.....	30
Modelo de Rowe y Kahn	30
Modelo de Baltes y Baltes.....	30
Modelo de envejecimiento activo.....	30
Modelo OMS.....	30
Modelo SOC.....	30
Modelo Ryff.....	31
Fundamentos del Humanismo.....	31
Psicoterapia Humanista.....	33
Psicoterapia Gestalt.....	34
Propuestas de abordaje psicoterapéutico para la población de adultos mayores.....	38
Marco legal ético de la intervención con adultos mayores institucionalizados.....	40
Capítulo II. Metodología del estudio.....	43
Tipo de estudio y fundamentos epistemológicos.....	44
Participantes del estudio.....	45
Hipótesis.....	48
Diseño y procedimiento de la intervención.....	49
Técnicas e instrumentos de registro.....	54
Mini Mental State Examination.....	54

WHOQOL-BREF.....	55
Análisis de la información.....	56
Capítulo III. Resultados.....	57
Condiciones iniciales diagnósticas.....	57
Procesos de intervención.....	58
Condiciones finales de los participantes.....	72
Evaluación de la intervención.....	74
Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones.....	76
Alcances y limitaciones del estudio.....	79
Recomendaciones.....	81
Referencias Documentales.....	83
Anexos	
Anexo No.1 Dominios WHOQOL-BREF.....	96
Anexo No.2 Consentimiento informado.....	97
Anexo No.3 Mini Mental State Examination.	98
Anexo No.4 WHOQOL-BREF.....	99
Anexo No.5 Evidencias fotográficas.....	103

Tablas

Tabla No.1 Datos generales de los participantes.....	46
Tabla No.2 Pre test Mini Mental State Examination.....	57
Tabla No.3 Pre test WHOQOL-BREF.....	58
Tabla No.4 Proceso de intervención.....	69
Tabla No.5 Comparativo pre y post test Mini Mental State Examination.....	72
Tabla No.6 Comparativo pre y post test WHOQOL-BREF.....	73

Introducción

Cada vez es más fácil notar que los ancianos, adultos mayores, o gerontes son un grupo creciente. El hecho de que la pirámide poblacional cambiase en estos últimos años siendo mayoritariamente de personas mayores convoca a profesionales de la salud a incrementar el conocimiento sobre las condiciones en las que se desenvuelve este grupo poblacional.

Históricamente hemos aprendido que lo viejo, carece de valor, tiende a ser indeseable. Este fenómeno lo observamos en la apreciación hacia los objetos físicos, sin embargo, esta cuestión también se extiende hacia la apreciación que se tiene de las personas que tienen 60 años o más, pues se piensa que ya no aportan algo novedoso e interesante. La condición del adulto mayor de no valerse por sí mismo, de requerir que otra persona le ayude a satisfacer sus necesidades básicas, tiende a constituir una condición de desvalidez. Esto suscita reacciones negativas, aunado a que la palabra *viejo* adquiere un valor de sentido cultural de indeseado, sinónimo de incapacidad o limitación, generalmente quienes rodean a estas personas les ignoran o se impacientan.

La percepción que con frecuencia la familia construye sobre el adulto mayor, alude a una carga económica a la que se agrega la carencia de conocimientos médicos o psicológicos para atenderles, por ello consideran como única opción, llevarlos a un asilo, hogar de retiro u hospital para que les atiendan de la mejor manera. A menudo en la toma de esta decisión el adulto mayor queda excluido, de tal manera que esta situación puede llegar a causarle un daño emocional y con ello un deterioro en el dominio psicológico, teniendo un impacto en la disminución de la calidad de vida subjetiva. La calidad de vida ha sido un constructo complejo y multifactorial, conceptualmente se le atribuyen características objetivas y subjetivas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), ha tratado de encontrar consenso internacional para observar las dimensiones y evaluación del término. Inclusive en base a su conceptualización sobre calidad de vida, ha generado un modelo que busca establecer la percepción particular además con una peculiaridad en torno a la subjetividad, de este modo, la OMS define la calidad de vida como "la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y

en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses" (p.17). Debido a que es un término complejo con gran multidimensionalidad, existen dificultades para determinar con claridad lo que implica conceptualmente, metodológicamente e instrumentalmente, y por consiguiente el proceso de operacionalización.

La respuesta de los distintos órdenes de gobierno ante una esta problemática dada por adultos que ya no son económicamente activos, cuyas necesidades de salud, vivienda y vida digna, se realiza a través de creación de políticas públicas que ofrecen apoyo económico, haciendo descuentos en servicios domésticos, proporcionando despensas, haciendo brigadas de activación física y salud, apoyos que a todas luces resultan insuficientes, pero donde además el ámbito psicológico es escasamente atendido.

Por su parte, la respuesta de la sociedad civil es aún más débil. Se desconoce el dato estadístico de asilos que cuentan con apoyo psicoterapéutico en la localidad, por ello, esta intervención es de relevancia, pues con este tipo de acompañamiento psicoterapéutico se tiende a favorecer a estos adultos mayores en su etapa actual. Numerosos autores han comentado que las experiencias previas a esta etapa de la vida constituyen en gran parte la realización o desesperanza del adulto mayor, las experiencias que se den en esta última etapa de su vida, pueden ser significativas para ellos de tal manera que incorporen nuevas vivencias.

La psicoterapia humanista y los principios gestálticos, permiten que las personas encausen su responsabilidad, su propósito en la vida, oportunidad de evaluar sentimientos negativos o positivos frente a las situaciones cotidianas, generar relaciones sanas, crecimiento personal, autonomía, que incide en su autoestima, auto aceptación y sobre todo, la oportunidad de darse cuenta que su vida aún no ha terminado, que cuentan con mucho para aportar a ellos mismos, a sus compañeros, a las personas visitantes, por ende, a la sociedad y en ese sentido de utilidad, fortalecer el dominio psicológico componente de la calidad de vida.

Con tales referentes se ha elaborado el presente proyecto de intervención, implementado con seis adultos mayores en rango de edad de 80 a 86 años, internos de un asilo de Ciudad Juárez. El enfoque teórico y metodológico de este trabajo fue

psicoterapéutico humanista y Gestalt. Con una duración de 14 sesiones semanales, las dos primeras entrevistas con la directora del asilo y las siguientes con trabajo grupal y en ocasiones individual. La duración de cada sesión fue de una hora u hora y 30 minutos dependiendo del trabajo terapéutico de ese momento. El criterio de inclusión para seleccionar a los participantes fue que no tuviesen daño neurológico y su decisión personal de participar. El análisis de los datos fue cuantitativo, mediante el programa estadístico SPSS.

Considero que el trabajo psicoterapéutico que se realizó en esta tesis, pudiese reproducirse en otros asilos de la ciudad, pues generalmente los ancianos perciben abandono o rechazo cuando se les mueve de sus hogares en donde hicieron toda su vida, repercutiendo en su salud física y emocional, mostrando en ocasiones depresión y deseo fuerte de morir.

Formulación del problema

En México las tendencias sociodemográficas revelan el decremento poblacional de niños y jóvenes, aumentando considerablemente de las personas mayores, se estima que en el año 2050 habrá 41.4 millones de habitantes con más de 60 años (Cabrera, 2000) y con ello nuevas demandas para atender, por lo que es necesario incorporar nuevas perspectivas que enriquezcan el conocimiento sobre las características en las que vive la gente mayor. Cabe destacar que un fenómeno observable es que las mujeres mexicanas tienen a ser mayormente longevas (Villagómez-Valdés y Vera-Gamboa, 2014), envejecer es aún un tema de investigación que debe ampliarse para incorporar nuevas perspectivas que enriquezcan el conocimiento.

A nivel nacional, en el 2010 durante el censo poblacional, se contabilizó a casi 34 mil personas de 60 y más años de edad que residen en espacios colectivos. El primer lugar lo ocuparon las casas hogar para adultos mayores y asilo de ancianos, de esta manera se obtuvo el dato del 44.0% de este segmento de la población, en segundo lugar fueron las personas que viven en conventos, monasterios, congregaciones religiosas o seminarios con 20.3%, y en tercer lugar, se integran los datos de las personas que viven en cárcel, prisión, reclusorio, penitenciaría o colonia penal con 16.1% de esta población (INEGI, 2014).

A nivel regional, la población de Chihuahua conserva la tendencia del envejecimiento de la población, pues el número de adultos mayores creció en un lapso de 24 años de 150 mil a 282 mil, se espera que para el año 2030 se incremente al 15%. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] advirtió que en Chihuahua, en el 2014, la población de 60 y más años ha aumentado de manera sostenida. Según cifras del INEGI, en Ciudad Juárez, existen alrededor de 126 mil adultos mayores, es decir, al menos 8 de cada 100 juarenses tiene más de 60 años (Cano, 2017).

Existe un tipo de envejecimiento demográfico, el cual se caracteriza por un cambio en la estructura particularmente se da por la edad y se observa por aumentar los porcentajes de las personas en edad avanzada (INEGI, 2014). El grupo etario del adulto mayor es considerada una población de alto riesgo debido a los problemas presentados en la cuestión social y de salud (INAPAM, 2002). Las estadísticas mundiales indican que entre el año 2000 y el 2050, la proporción de habitantes mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%, es decir, este grupo pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (OMS, 2017). La vejez corresponde a la última etapa en el ciclo de vida, recibe muchas denominaciones, entre ellos, ciudadanos mayores, personas de la edad dorada, personas de edad avanzada, personas de edad, ancianos, personas mas viejas, personas en cosecha o personas en el crepúsculo. El término mas reciente es el eufemismo persona cronológicamente dotada (Papalia & Wedkos, 1997). Para términos de este trabajo, se utiliza la categoría adulto mayor a partir de este momento para referirse a las personas que se encuentra en el rango de edad comprendida a partir de los 60 años (OMS, 2017).

El envejecimiento es considerado como un fenómeno social y el nuevo patrón epidemiológico caracterizado por padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas causantes de deterioros funcionales e incapacitantes, a veces, en detrimento de la calidad de vida de los sujetos al verse limitados para realizar actividades cotidianas, lo cual aumenta los requerimientos de apoyo de familiares o conocidos (Solís, 1999). Si bien, el proceso del envejecimiento incluye cambios a nivel fisiológico y psicológico que son secuenciales, acumulativos e irreversibles. Por muy irreversible que el proceso resulta, existen particularidades en cada persona, es decir, existen variaciones internas y externas (Mendía-Gallardo, 2002).

Atendiendo a la definición que un adulto mayor saludable es aquella persona capacitada para enfrentar la transformación de cambio a un nivel satisfactorio de adaptabilidad eficaz y deleite particular (In.Barro y González, 1985), es notorio que a algunos ancianos, el estar internados en este tipo de hogares les provoca estados de ánimo persistentes de tristeza y de ansiedad, perdiendo el interés para todo tipo de actividad (López-Hernández, 2012), por ello el interés hacia el estudio de los adultos mayores se ha acrecentado notablemente en todo el mundo. En particular en México, derivado de la promoción de una cultura del envejecimiento, han surgido contribuciones en este tema (INAPAM, 2010). El avance en la transición demográfica provoca necesariamente el envejecimiento de la población. La caída de la mortalidad y la fecundidad propician que tanto en números absolutos como relativos crezca la población en edad avanzada (Sólis, 1999).

Según Sánchez (1990), los problemas de mayor peso para los adultos mayores, son la falta de ocupación remunerada, los cambios que se originan producto del retiro o jubilación, se suma a lo anterior, la reducción del ingreso, disminución de los roles sociales y la actividad, cambios en la salud y el incremento a padecer enfermedades crónico degenerativas. Es muy probable que ellos experimenten soledad debido a los cambios estructurales familiares, destacan la viudez o el abandono de la familia. Como consecuencia, se tiene a un individuo con baja satisfacción, generalmente interfiriendo con su vida tanto a nivel físico como psicosocial, se considera necesario la creación de acciones que reviertan o minimicen dichos problemas de salud pública y garanticen una vida digna y de respeto a estos adultos (Sánchez, 1990, citado por Ceballos-Gurrola, 2012).

Quezada-Barrón (2014) enfatiza que los factores genéticos y biológicos, las alteraciones en la movilidad, la presencia de dolor, enfermedades crónicas o la experiencia de alguna pérdida pueden desencadenar en el adulto mayor aislamiento, soledad y angustia. Tanto desde una perspectiva teórica como empírica, las condiciones que parecen integrar la calidad de vida de los adultos mayores son (a) el aspecto físico, (b) la importancia de valerse por sí mismo, (c) situación financiera favorable. (d) relaciones sociales y familiares satisfactorias, (e) actividad física, (f) acceso a servicios sociales y sanitarios, (g) comodidad en la vivienda y calidad del medio ambiente, (h) satisfacción con la vida. Además (i) las

oportunidades de ocio y recreación, así como nuevos aprendizajes (Fernández-Ballesteros, 1997).

A decir de Estrella-Hernández, González-Pedraza, y Moreno-Castillo (2008), la calidad de vida se encuentra altamente relacionada con la salud física que incorpora aspectos integrales del sujeto, y deja fuera otros. Según los mismos autores, si se evalúa la calidad de vida de las personas en el ámbito físico, se logrará la repercusión de la enfermedad, es decir, en su estado de salud, posteriormente en el tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente.

El concepto de calidad de vida no es nuevo, y durante la década de 1950 y comienzos de los años sesenta se instaló la necesidad de medirlo a través de datos objetivos. Desde las ciencias sociales se impulsaron investigaciones que permitieron, por una parte, inaugurar y adoptar un lenguaje común y, por otra, desarrollar metodologías para obtener y analizar indicadores de evaluación de la calidad de vida (Arostegui, 1998). La OMS (1996) la define como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”.

La calidad de vida es por tanto, un concepto complejo que involucra factores diversos y que puede determinarse con una dualidad subjetiva-objetiva. Los aspectos subjetivos involucrarían entonces, valoraciones, juicios, sentimientos y los objetivos que determinarían, las condiciones reales de los servicios con los que cuenta la vivienda de la persona, su nivel de renta o propiedad. La definición operativa buscaría entonces, revisar a los indicadores objetivos que mostraran los aspectos reales y observables que contribuirían al bienestar de la persona (Alonso & Schalock, 2010).

Este trabajo se centra en los aspectos subjetivos, los cuales podrían derivar a la percepción individual, es decir, la concepción del propio sujeto. El aspecto subjetivo estaría siendo revisado desde lo denominado *dominio psicológico* el cual es bastante amplio y que se encuentra compuesto por elementos que indican (a) el enfoque de sí mismo, (b) la percepción que se tiene sobre su imagen corporal y/o apariencia física, (c) los sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión, (d) los sentimientos positivos, (e) procesos

cognitivos tales como: pensar, aprender, memorización y concentración, (f) sentimientos negativos que se suscitan en la persona, (g) el apego a creencias espirituales, religiosas o algún tipo de creencias personales (García-Viniegras, 2005).

Es importante insistir en que la calidad de vida subjetiva es impactada por un sentimiento subjetivo que involucra el bienestar, además de ser multidimensional, porque implica factores físicos, funcionales, emocionales, sociales y espirituales. Las cuestiones culturales pueden variar y según el ambiente social. La complejidad que le imprime la multidimensionalidad al término calidad de vida, han favorecido que sean señalados problemas de conceptualización, metodología e instrumentalización (Castillo-Guzmán, Arocha-Mariño, Castillo-Arocha, Cueto-Cañabate y Armas-Rojas, 2009).

En opinión de Gaytán (2014) se estima que Ciudad Juárez es una de las urbes con bajos niveles de calidad de vida, debido a que ocupó el último lugar en comparación a 20 ciudades del país con la mayor tasa poblacional. La importancia de estudiar al adulto mayor se hace presente debido a que las tendencias poblacionales para el año 2050 en México indican que el porcentaje correspondiente a esta población, puede elevarse, pudiendo llegar hasta 27.4% para Ciudad Juárez, en el estado de Chihuahua (FECHAC, 2007).

A esta situación se agrega el hecho de que las personas mayores institucionalizados tienen menos recursos para el afrontamiento que las personas que viven en sus hogares. La condición del adulto mayor cambia, de valerse por sí mismo, a requerir que otra persona le ayude a satisfacer sus necesidades básicas, y tiende a constituirse en una condición de desvalidez. Esto despierta reacciones negativas, cargada de atribuciones y percepciones que otras personas expresan, no de los propios viejos que viven el proceso, sino que éstos, pareciera que se tornan en otra persona para la sociedad, en alguien desconocido y negado, de esta manera la palabra *viejo* es asociado a lo indeseado y a su vez es sinónimo de limitación o incapacidad (Zapata-Farías, 2001, citado por Stefani y Feldberg, 2006). Aunado a que con frecuencia las familias de estos adultos mayores se encuentran desprovistas de recursos para atender a los miembros en estas condiciones y en ocasiones optan por contratar los servicios de un asilo donde internan a estos miembros de la familia. Con ello, se suman nuevas condiciones de vida y ajustes a los que esta población debe

adaptarse y que a menudo pone en riesgo la posibilidad de experimentar calidad de vida aceptable.

Para González-Celis (2005) las dimensiones que se incluyen en la calidad de vida son el estado funcional, actividades que la persona es capaz de hacer, contar con el acceso a recursos y a su vez, contar con oportunidades para usar esas habilidades que aun posee, con la finalidad de lograr sus objetivos y por ende, lograr la sensación de bienestar, este último hace referencia al nivel de satisfacción. Se considera un proceso que tiene su origen en el individuo, sin embargo, las repercusiones que el envejecimiento suscita son sociales, económicas, laborales y familiares. Con esto, se logra observar la complejidad de la etapa, así mismo, observar que los adultos mayores, son un colectivo extendido en nuestras sociedades contemporáneas (Cuenca-Molina, 2008).

Envejecer es un proceso que marca cambios, entre ellos resaltan las pérdidas, que demandan de la persona adaptación. Entre las áreas que destacan cambios son lo social, intelectual y emocional, lo anterior se ve determinado por los recursos personales con los que cuente en individuo, así como las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas (Velasco y Sinibaldi, 2001). Por lo tanto, para mantener un buen nivel de bienestar, se necesita reestructurar la vida en torno a las fortalezas y debilidades, se requiere revisar la jerarquía de metas y en caso de no haber alcanzado sus metas propuestas, cambiar las estrategias para alcanzarlas, pero sobre todo, aceptando que la vejez es una etapa del ciclo de la vida que posee características propias, es necesario disfrutar este momento y a vivir con dignidad. La vejez, como etapa final del proceso de envejecimiento, es pues un conjunto de cambios normales e inherentes a todo individuo, que marca las áreas propiamente dichas, pero sobre todo el comportamiento que tiene cada individuo, que se inicia desde el nacimiento mismo (González-Celis, 2010).

Envejecer es parte del ciclo vital. Pedersen (2000) afirma que las cuestiones genéticas y ambientales propician cambios significativos que aparecen con la edad. La diversidad que presentan los individuos en torno al envejecimiento, generan importantes retos, ya que los adultos mayores enfrentan muchos riesgos asociados con una disminución de la resistencia y reservas fisiológicas así como susceptibilidad frente al medio ambiente, aparición o agravamiento de procesos patológicos (Dulcey-Ruiz y Uribe-Valdivieso, 2002).

La manera de envejecer depende de la escala de valores, de las estructuraciones psicológicas y sociales, así como la aproximación al yo ideal en contraste a aspectos biológicos, evitar el aislamiento, interrelacionar con las nuevas generaciones para estar actualizado e incluido, pleno de compañía, el proceso permanente socializador y construyendo la propia trascendencia (Strejilevich, 2004). Por su parte, Lazarus (1998) menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de pérdidas importantes, ya sea por enfermedades y es así como la degeneración comienza a hacerse presente, evidentemente en el deterioro físico y mental, sin embargo, pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia que presentan los adultos mayores, y a los temores por la pérdida del control.

Las condiciones previamente señaladas hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, en algunos de ellos se presentan sentimientos de inutilidad o de aislamiento, además, la “fragilidad” física aumenta durante este periodo de la vida lo cual es un detonante en algunas personas de la tercera edad en la suspensión de labores, lo cual provoca en ellos sentimientos de inutilidad, a su vez, disminuye sus contextos de participación, por ende, se reducen sus redes de apoyo social y emocional. La psicopatología que puede desatarse en esta población, son episodios de depresión que pueden llegar a ser una depresión crónica. Algo a lo que se enfrentan los adultos mayores, es la segregación y discriminación o la poca inclusión. Un aspecto importante para la aceptación, valoración e inclusión dentro de la cultura occidental, se da por la apariencia, se suma a ello la capacidad física, el grado de competitividad y productividad, de tal forma que estas cualidades tienden a ir a la inversa con el paso del tiempo, provocando restricciones en su diario vivir y lejos de favorecer su calidad de vida, tienen a disminuirlas (González-Celis, 2009).

Un componente central del bienestar de las personas es la calidad de vida y ahí radica la importancia para su estudio, además se interrelaciona con los aspectos globales del funcionamiento humano. En estos aspectos destacan la salud, los estilos de afrontamiento, la manera en como se resuelven los problemas, el control, la auto-eficacia, la independencia, si es que posee alguna creencia personal, la realización personal, los estilos de vida saludables, las actividades que realice y el desarrollo de habilidades sociales (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Generalmente la situación predominante en los países con altos índices de pobreza, como es el caso de México, es que en un futuro se convertirá en un gran número de personas en etapa del adulto mayor, sin garantía de que se ofrezcan niveles de calidad de vida aceptables. En términos de la falta de políticas públicas para atender verdaderamente a este grupo poblacional, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], refiere que la calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental, lo que plantea nuevos retos en términos de aplicación práctica ya que se requiere incluir las especificaciones propias de la vejez de orden fisiológico y social, a lo que se agregan las redes de apoyo, el acceso a servicios sociales, condiciones económicas y el aspecto subjetivo del ser humano, como la satisfacción y la autopercepción (CEPAL, 2006).

Garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto en lo cual coinciden la mayoría de los países, tarea que se estará presentando durante las próximas décadas. Recientemente, se ha enfatizado que la calidad de vida que se quiere tener en la vejez puede llevar a las personas a tomar medidas encaminadas hacia su salud y bienestar en el futuro (González-Celis, 2010). En consecuencia el equilibrio entre la dualidad subjetiva-objetiva propiamente dicha, constituye el bienestar de la persona, su bienestar psicológico (García-Viniegras, 2005), de ahí que resulta necesario plantear la siguiente pregunta de intervención: ¿De qué manera se logra favorecer una intervención con enfoque en psicoterapia humanista y Gestalt que impacte el fortalecimiento del dominio psicológico y por ende, en la dimensión subjetiva de la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados?

Estado de la cuestión

Los estudiosos de la intervención psicológica en adultos mayores enfatizan la necesidad de promover algunos aspectos como la autoestima, resignificación de la vejez, fomento de habilidades sociales, manejo del tiempo libre y actividades de autocuidado, cuando se tiene como propósito elevar la calidad de vida en este grupo poblacional de acuerdo con Rodríguez-Uribe, Valderrama-Orbegozo, y Molina-Linde (2010).

Por su parte, Sánchez y González (2014) propusieron un programa de orientación hacia la mejora en torno, hacia la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado en

Venezuela. Se encontró que los adultos mayores residentes del albergue consideraron de suma importancia la práctica de actividades recreativas sociales para el mejoramiento de la calidad vida de ellos mismos, así como un proceso dirigido a potenciar el bienestar integral del adulto mayor para el manejo adecuado de sus emociones.

También, García-Sánchez (2014) describió la percepción de los adultos mayores varones en torno hacia su calidad de vida, en cierta delegación en el municipio de Toluca, México, utilizando el instrumento InCaViSa, integrado por doce áreas con indicadores que miden el nivel de preocupación, fuerza física, soledad o aislamiento, percepción hacia el aspecto físico, desempeño cognitivo, actitudes que pueden generarse con los tratamientos, con su tiempo de ocio, su vida cotidiana, hacia su familia, sus redes de apoyo, las relaciones sociales, en cuanto al aspecto medico, su dependencia y relación hacia el médico especialista. Los resultados en este estudio indicaron que los hombres adultos mayores en general, perciben su calidad de vida como buena, sin embargo el hecho de depender de otros y no gozar de autonomía les incomodó.

En Colombia, Melguizo-Herrera, Ayala-Medrano, Grau-Coneo, Merchán-Duitama, Montes-Hernández, Payares-Martínez y Reyes-Villadiego (2014) buscaron describir la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores residentes en centros de protección social. Para ello se elaboró un estudio descriptivo en donde se obtuvo información a través del Test de Valoración Mental, fue a partir de esta investigación que se concluyó que las dimensiones que presentaron puntajes más altos, fueron la plenitud espiritual y el autocuidado, aunque con menor puntaje resultaron el bienestar físico y el apoyo comunitario.

Henríquez-Pino Santos y Corral-Ruso (2014), buscaron a especialistas psicoterapéuticos y docentes en su quehacer práctico con adultos mayores en La Habana, Cuba quienes revelaron que dentro de las técnicas de intervención mayormente utilizadas, fueron los enfoques gestálticos para reestructurar acontecimientos pasados, construir aprendizajes y realizar insights. Dadas las características del sistema de salud cubano, es puntual en la duración de las terapias, constituyéndose un periodo breve y de modalidad grupal. Las características de la comunidad de práctica profesional, los espacios de

interrelación con otros profesionales, la experiencia personal y la motivación de los terapeutas influyeron en el quehacer cotidiano de los mismos.

Cataño-Jiménez (2015), recopiló la percepción que pudiesen tener los adultos mayores institucionalizados sobre la calidad de vida, en el centro geriátrico Sagrado Corazón de Jesús en Copacabana, identificando qué las necesidades básicas son satisfechas de la población objeto y las diferentes señales físico-espaciales permitieron caracterizar el estado de la calidad de vida de los adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores se sienten con frecuencia solos, tristes e infelices, aun y cuando sus necesidades básicas y/o fisiológicas son satisfechas. Se sugirió que es indispensable el apoyo de agentes externos al centro geriátrico para poder avanzar en la satisfacción de las demás necesidades de los adultos mayores y poder así influir directamente en su calidad de vida, no solo dependientes del desarrollo de las necesidades básicas, sino también de las demás necesidades como elemento motivacional para lograr alcanzar la autorrealización. Sin embargo, algunos estudios como el de Cubillos-Santos (2013) realizado Colombia con adultos mayores institucionalizados, reporta hallazgos de sentimientos y percepciones frente a la institucionalización así como experiencias con respecto al cuidado en el hogar geriátrico se percibió como su propio hogar, con tranquilidad, paz, libertad, acompañamiento y refirieron contar con un buen trato por el personal que los atiende destacando al personal de enfermería, lo cual generó sentimientos positivos que contribuyeron en su salud psicológica.

Álvarez-Zamudio (2015) en Itztacala, elaboró una propuesta para cambiar las creencias de la falla cognitiva del adulto mayor a través del trabajo grupal Gestalt. Se observó que la calidad de vida de los integrantes del grupo mejoró, inclusive el autor señaló que el adulto mayor logra solucionar los asuntos inconclusos en la vejez, y es tan efectivo que logra trabajar el proceso de muerte además de crear o fortalecer por sí mismo las redes sociales de apoyo.

Justificación del estudio

El principal interés personal para elegir este tema es promover oportunidades de desarrollo emocional sin importar en que etapa del ciclo vital se encuentre la persona, en este caso, adultos mayores.

La aportación de esta investigación está encaminada a promover procesos psicoterapéuticos dentro de los asilos, pues se observa una deficiencia de psicólogos o psicoterapeutas en dichas instituciones, de tal manera que se logre llevar un equilibrio en la salud física y salud psicológica de cada anciano.

En la medida que los sentimientos negativos como desaliento, culpa, tristeza, llanto, nerviosismo y falta de placer en la vida puedan ser disminuidos, tendrá un impacto positivo en la calidad de vida subjetiva de los adultos mayores institucionalizados. Como he mencionado, la multidimensionalidad del constructo calidad de vida, da lugar a que al intervenir en este dominio, se impacte la calidad de vida global.

Objetivos del estudio

El objetivo general del estudio ha sido analizar los cambios en el dominio psicológico, componente subjetivo de la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados, mediante psicoterapia humanista y Gestalt. Para alcanzar el objetivo trazado se enunciaron los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar y cuantificar el dominio psicológico como componente subjetivo de la calidad de vida de los adultos mayores residentes de un hogar de retiro en Ciudad Juárez.
2. Diseñar e implementar un programa de intervención con psicoterapia humanista y Gestalt dirigido hacia la salud psicológica.
3. Evaluar los efectos de la intervención.

Para alcanzar los objetivos trazados, en el Capítulo I se presentan las raíces del humanismo o tercera fuerza de la psicología y a la Gestalt como modelo de psicoterapia, se

habla sobre la psicoterapia que es funcional para el adulto mayor. También se describen las características particulares y generales de los adultos mayores y sus múltiples nombramientos, las características del adulto mayor institucionalizado, lo que se considera calidad de vida, analizada desde diversas posturas y por último se termina este capítulo hablando acerca de una propuesta de un modelo de envejecimiento saludable y/o exitoso.

Capítulo II se comparten los detalles sobre la metodología del estudio, entre ellos que este trabajo se realizó en un pre test y un post test, se indica que es un diseño longitudinal con duración de tres meses y dos semanas, se describen quienes son los participantes de este estudio, las técnicas empleadas para llevar a cabo esta tesis de intervención, cual fue la manera de registrar la información, se habla de los tests utilizados, su descripción, su análisis y la justificación de uso.

Capítulo III explica los resultados, se describen las condiciones iniciales que se tuvieron, hasta las condiciones finales de los usuarios con lo que se trabajó, también se describen los procesos de intervención que se suscitaron durante las sesiones y se realiza una evaluación sobre la intervención.

Para finalizar, el capítulo IV registra las conclusiones y las recomendaciones que se pueden seguir si se desea trabajar con adultos mayores institucionalizados, así como los alcances y limitaciones del estudio.

Este documento termina con una sección de anexos significativos, para la construcción de este documento.

Capítulo I. Soporte teórico

A partir de diversas disciplinas, se ha buscado conceptualizar lo que se conoce como calidad de vida, pues cada una, busca definirla de acuerdo a su ramo. Destacan varios modelos que buscan solucionar el concepto sobre calidad de vida, sobre todo, clarificar la dualidad subjetiva-objetiva. Se considera pertinente indicar que se hizo uso de la discrecionalidad y ética para trabajar los procesos psicoterapéuticos, marcando las pautas necesarias, incluidas en el Código Ético del Psicólogo y el Código deontológico de los psicoterapeutas gestalt. El aporte de las posturas psicoterapéuticas de la Gestalt y el Humanismo con las que se construyó este trabajo, acompañan este capítulo.

Calidad de vida

Una preocupación que ha surgido desde tiempos lejanos hasta la actualidad, es la calidad de vida. Su concepción ha sido discutida incluyendo civilizaciones como la griega, romana, egipcia y hebrea, a su vez, se ha relacionado con la salud y otros factores (Tuesca, 2005). Esta preocupación por establecer una aceptable calidad de vida de las personas desde una perspectiva social y política es una de las metas a conseguir de los gobiernos occidentales. Es así, que el estudio en torno hacia la calidad de vida en los países desarrollados, ha tomado un auge considerable, sobre todo a partir de la segunda mitad de los años sesenta y desde una perspectiva psicológica, el estudio de esta temática se ha materializado en multitud de trabajos que intentan medir la calidad de vida de los ciudadanos, a partir de lo que se conoce como indicadores o dominios (Campbell, Converse y Rogers, 1976). Andrews y Withery, 1976), en dichos trabajos, interesa fundamentalmente el bienestar percibido, medido a través de juicios de satisfacción y/o felicidad (Cuervo-Arango, 1993).

Cabe mencionar que al hablar de bienestar emocional o bienestar psicológico, se resalta un concepto de salud mental. Este concepto indica el equilibrio entre la realidad interna y la realidad externa de la persona, manifestando flexibilidad en la vida, en las relaciones sociales, en la productividad, en la objetividad, en la libertad, en el juicio, acompañado además de estabilidad y visión positiva de la conducta, así como la congruencia en los valores (Cabildo [1991] citado por Hernández-Zamora, 2005).

El concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el economista estadounidense Lyndon Jhonson en 1964 al hacer declaraciones que beneficiaban planes de salud, sin embargo, este constructo multidimensional se asocia a la dimensión objetiva, y subjetiva, la primera se observa al medir el ingreso económico, acceso a servicios sanitarios y de salud, escolaridad, vivienda, tiempo invertido en la recreación. La segunda, podría asociarse a aspectos tales como la satisfacción personal y la valoración existencial, así como el bienestar psicológico y la felicidad (Vinnacia-Alpi y Quiceno, 2010).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] se ha concentrado en consenso internacional, a esclarecer el término, además sus dimensiones y evaluación (Rebollo, Fernández y Ortega, 2001), durante el Programa de Salud Mental de la OMS realizado en el Foro Mundial de la Salud de 1996, se definió a la calidad de vida como la percepción que tiene el individuo sobre lugar que ocupa en el contexto social, su escala de valores, además sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Este último, tiene gran influencia para conocer su respuesta frente al deterioro biológico, el uso del tiempo, reducción de ingresos y minimización en la identidad social, la ideología de lo viejo, la poca valoración social hacia la vejez y la limitación para desempeñar algún rol social para el adulto mayor (Flores-Villavicencio, Vega- López, y González- Pérez, 2011).

Para Yanguas (2006), la calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, incluye un número diverso de ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivo y otorga un peso de subjetividad a distintos ámbitos en los que el sujeto se desenvuelve (Molina-Serna, Meléndez-Moral, y Navarro-Pardo, 2008). La opinión anterior se relaciona con la opinión de Bowling (1997) quien afirma que las percepciones de la calidad de vida son multifacéticas y únicas para cada individuo.

Calidad de vida, como constructo, pudiera evaluarse atendiendo a aspectos físicos, sociales y psicológicos por un lado y, por otro lado, a la subjetividad de quién informa, es decir, tal y como el paciente los percibe (Cuervo-Arango, 1993). La calidad de vida del adulto mayor se relaciona con su proceso vital y este conforme el sujeto lo ha ido construyendo, integrando su pasado, su presente y su futuro a partir de interacciones significativas dentro de un medio social. A partir de este análisis se observa que la calidad

de vida del adulto mayor resulta dependiente también de las condiciones del medio ambiente y de su representación social como integrante de la sociedad, no solamente de las condiciones biológicas (Krzemien, 2001).

Como se mencionó anteriormente, la calidad de vida presenta dos grandes dimensiones la objetiva y la subjetiva. Respecto a la primera, es importante señalar que se centra variables objetivas externas al sujeto, generalmente son estudiadas bajo el enfoque sociológico y económico, para medirla, se toman en cuenta indicadores de corte socio demográfico. Destacan indicadores objetivos que se relacionan con la salud (esperanza de vida, mortalidad, nutrición, servicios de salud), los académicos (índice o nivel de instrucción y el acceso a los servicios educacionales) y los de tipo económico (ingresos per cápita, el Producto Nacional Bruto, o de tipo social como el índice de delincuencia.) La segunda dimensión, la subjetiva, está determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, es decir, su propia percepción (Inga-Aranda y Vara-Horna, 2006).

La contribución de Fernández-Ballesteros (1998) es clara e interesante, ella afirma que la calidad de vida es un complejo concepto, y multidimensional, que alude a ciertos atributos o características de un objeto particular. En investigaciones más recientes, enfatiza teórica y empíricamente las condiciones que integran el concepto de calidad de vida en las personas mayores, aun y cuando existan aspectos comunes, los factores importantes para este grupo son la autonomía, el género, la edad o la posición social. Rechaza que calidad de vida sea exclusivamente para aludir a la salud del individuo, concreta la multidimensionalidad y determina que se encuentra fundamentado en factores personales tales como: la salud (gozar de salud), las habilidades funcionales (habilidad para ser autónomo), las condiciones económicas (ser derechohabiente de pensión y/o renta), las relaciones sociales (conservar un núcleo familiar y de amistades), la actividad (resistir al sedentarismo), los servicios sociales y sanitarios (ser derechohabiente de servicios médicos y sociales), la calidad en el propio domicilio y en el contexto inmediato (tener una vivienda en buenas condiciones, y contar con calidad del medio ambiente), la satisfacción con la vida (bienestar personal) y las oportunidades culturales y de aprendizaje (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas) (Fernández-Ballesteros, 2007).

Para Güell y Morante (2007) el concepto de la calidad de vida es un concepto amplio, subjetivo y multifactorial, influido por factores relacionados con la salud, el estado emocional (sentimientos negativos y positivos, incluyendo autoestima) y por aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales.

Baltes (1985) argumentó que la satisfacción de las necesidades determina la llamada calidad de vida, a su vez esta satisfacción depende de la relación que tenga el individuo con su entorno micro y macrosocial, de tal manera que le proporcionen al hombre, determinadas oportunidades para su realización (Baltes & Werner-Wahl, 1985).

Padilla y colaboradores (1992) señalaron las cualidades principales de la calidad de vida identificándolas como: bienestar psicológico (satisfacción, significado de la vida, logro de la meta y felicidad); bienestar físico (actividades de la vida, del apetito y del sueño diario); bienestar social e interpersonal; y bienestar financiero y material.

Para la World Health Organization [WHO] de la OMS, la calidad de vida es analizada mediante cuatro grandes dominios, los cuales son el dominio físico, dominio psicológico, el dominio social y el dominio ambiental. Los cuales cuentan con subdominios que se explicaran más adelante en un apartado especial para el dominio psicológico (World Health Organization, 2006)

En resumen, un concepto multidimensional de calidad de vida exige un diagnóstico matizado sobre la calidad de vida que puede predecirse en distintos contextos. Si combinamos los elementos correspondientes a la clasificación subjetiva, es decir, la percepción únicamente, se lograría obtener una definición de las personas que habitan en sus hogares, en contraste a quienes viven en asilos (Fernández-Ballesteros, 1997).

Dominio psicológico

Previamente se señaló que la OMS propuso el WHOQOL-BREF (Ver Anexo No.1) instrumento para evaluar la calidad de vida, el cual agrupa los ítems de tal manera que la totalidad del instrumento se puede separar en cuatro dominios, el dominio físico, psicológico, relaciones interpersonales y el entorno. Para efectos de este proyecto, el dominio a trabajar es el dominio psicológico. Los dominios reciben varios términos, puede

ser clasificación, áreas o dimensiones Los dominios son también llamadas dimensiones (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

El dominio psicológico , en el cual se estuvo interviniendo, se constituye por seis subdominios que corresponden a la (1) imagen y apariencia física (busca establecer la percepción que tiene el adulto mayor frente al cambio corporal que experimenta), (2) sentimientos negativos (se centran en el desaliento, culpa, tristeza, llanto, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida), (3) sentimientos positivos (tienden a buscar la satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida), (4) autoestima (el cual analiza el sentimiento de auto eficacia, para algunas personas, depende en gran medida de cómo funcionan o cómo son percibidas las personas y también influye como son tratados por otros, también sobre lo que sienten sobre sí mismas, es decir, se explora el sentido de valía), (5) creencias personales , religiosas y espirituales (busca establecer lo concerniente a creencias personales, religión, espiritualidad es la manera en que vive su conexión con Dios y las imágenes o creencias que puede llevarles a la reflexión de la vida después de la muerte), y por último (6) el pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración (abarca la capacidad para tomar decisiones, esto incorpora la velocidad del pensamiento y la claridad de pensamiento) (World Health Organization, 2006).

Modelos teóricos de calidad de vida

Modelos de Shalock y Verdugo

Shalock y Verdugo (2002), presentan una postura europea sobre calidad de vida en donde postulan su investigación en ocho dimensiones del ser humano, estas dimensiones incluyen la satisfacción emocional, las relaciones de amistad y/o personales, las adquisiciones materiales, salud física, desarrollo personal, determinación propia, inclusión social y finalmente la dimensión de la Defensa los derechos (Alonso & Schalock, 2010).

Modelos de Felce y Perry

El modelo propuesto por Felce y Perry (1995), con una postura norteamericana, proponen la revisión de cuatro modelos conceptuales diferentes para abordar el estudio de la calidad

de vida, perteneciendo los tres primeros al trabajo elaborado por Borthwick-Duffy en 1992,(1) Calidad de vida entendida como las condiciones de vida del individuo, (2) La calidad de vida entendida como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones de vida, (3) La calidad de vida entendida como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, (4) calidad de vida como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Modelos de bienestar

Existen tres modelos que buscan definir la calidad de vida a partir del bienestar que experimenta la persona. La felicidad, el bienestar tanto psicológico como material y la salud, son elementos que constituyen posibilidades para vivir una vida de calidad (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Los modelos son los siguientes (1) Modelo de satisfacción que desarrollaron Lehman, Waard y Linn (1982) y por Baker e Intagliata (1982) determina que la calidad de vida es la suma de tres aspectos: características propias de las personas, condiciones objetivas y la satisfacción que estos aspectos proporcionan. (2) Modelo de importancia / satisfacción de Becker, Diamon y Sainfort (1993) incorporan la satisfacción subjetiva que cada paciente expresa, así como la valoración de la importancia en los ámbitos que el paciente exprese. (3) Un tercer modelo propuesto por Argermeyer y Kilian (2000) suman valores y preferencias y determinan que las condiciones objetivas también afectarán la calidad de vida subjetiva (Diener, Suh, Lucas y Smith, [1999], Lehman, Waard y Linn [1982] y por Baker e Intagliata [1982], Becker, Diamon y Sainfort [1993], Argermeyer y Kilian [2000], citado por Yanguas-Lezaun, 2006).

Modelo de desempeño de rol

De acuerdo a Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen (1982) la felicidad y satisfacción se obtienen del resultado de la interacción de las condiciones ambientales y sociales (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen [1982], citado por Torres y Villagrán, 2014)

Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida

Este modelo se basa en que la calidad de vida subjetiva, en el cual existe un proceso dinámico de adaptación en el cual las personas se dan cuenta de sus deseos y sus logros, pero a su vez, su capacidad de satisfacer las demandas sociales que tienen relación con el cumplimiento de tales deseos y logros, es decir, las demandas externas pueden poner una limitante al principio de libertad personal (Angermeyer y Kilian, 2000).

Modelo de la homeostasis de la calidad de vida

Cummins (2000) propone un sistema integrado en donde factores importantes para la calidad de vida es una combinación entre la capacidad genética primaria y un sistema de amortiguadores secundarios (autoestima, optimismo y control). Este análisis se dirige a la calidad de vida subjetiva, pues determina que las personas pueden tener rendimiento a pesar de las variaciones ambientales. Básicamente se centra en la carga genética de la personalidad y los términos clave son la extroversión y el neuroticismo como factores correlacionados con el bienestar psicológico subjetivo. Cummins acepta una desvinculación más como un cambio de roles que como un renunciamento. No es propiamente una desvinculación sino la modificación de la forma de comprometerse (Cummins y Henry, 1961).

Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores

Margaret y Paul Baltes (1990) teorizaron un modelo psicológico para el envejecimiento exitoso: la optimización selectiva con compensación. Ellos mencionan que los mecanismos de selección, optimización y compensación, promueve en las personas calidad de vida limitada. Mencionan que las personas mayores son conscientes de los cambios negativos en su vida pero que no es lo suficientemente fuerte que les impida para seguir manteniendo una sensación de control y de ser positivos, repercutiendo así en su autoconcepto (Baltes, 1999).

Vejez y Envejecimiento

Erikson (1985) en su teoría epigenética menciona que los seres humanos atravesamos por ocho crisis, la vejez es la última etapa de la vida, constituye la integridad del ego y supone la aceptación de la propia vida, de tal manera que se encuentre preparado para aceptar la muerte, la tarea durante esta etapa, es la consecución de un sentido de integridad *versus* desesperación (Papalia & Wendkos, 1997). La vejez, es entonces, la última etapa de la vida con características singulares dentro del ciclo vital, con amplias diferencias individuales, afectadas por los aspectos internos y externos (Yanguas Lezaun, 2006).

Considerar el ciclo vital dentro de la psicología, es considerar una perspectiva mas amplia que la psicología del desarrollo. Riegel (1973) planteaba que los orígenes de la psicología del desarrollo virarían hacia la psicología del envejecimiento y de la vejez, pues investigaciones longitudinales relacionados con el envejecimiento permiten observar la vida como un concepto total (Dulcey-Ruiz y Uribe-Valdivieso, 2002). La revisión del ciclo vital, permite la optimización de los ámbitos físicos y sociales, de tal manera que se amplíe la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Es pues, el objetivo principal, mantener en lo posible la autonomía y la salud, factores que permiten un envejecimiento activo (Sánchez-Escobedo, Vales-García y Acosta-Quiróz, 2014).

El término envejecimiento, evoca al proceso natural que se presenta a través del tiempo, el cual es continuo y no es reversible. Los cambios se generan en los niveles biológicos, psicológicos y sociales, mismos que son influenciados por la historia, los procesos culturales, las condiciones socioeconómicas a nivel individual y grupal. Tales motivos, permiten concluir, que cada persona envejece de forma diferente (INAPAM, 2010).

Brofenbrenner (1979), es un teórico que busca referirse a la ecología del desarrollo humano, misma que resulta valiosa al momento de realizar un análisis del contexto del ciclo vital. Los elementos que presenta en su propuesta son el microsistema, conformado por la familia, comunidad, ámbito escolar, trabajo, mesosistema, determinado por la interacción entre los microsistemas, el exosistema compuesto por las circunstancias sociales, políticas, culturales, científicas y económicas, el macrosistema, relacionado con

elementos simbólicos culturales como creencias y representaciones sociales. Por último tenemos el cronosistema, lo cual se refiere a los hechos históricos ocurridos a lo largo del tiempo.

El envejecimiento es una preocupación constante, marcados por la rapidez con que se está dando este fenómeno a nivel mundial y el contexto social en el que se observa, mayoritariamente en lugares caracterizados por pobreza, desigualdad social, poco desarrollo, también en ambientes en donde las familias parecieran estar saturada para hacerse cargo de las necesidades de las personas de edad avanzada (Arroyo-Rueda, Ribeiro-Ferreira y Mancinas-Espinoza, 2011). Puede afectar los procesos cognitivos, como la memoria y la inteligencia, además la personalidad y la conducta. Muchos cambios en la salud son difíciles de atribuir al envejecimiento, frecuentemente son resultado de la enfermedad (Bello, Puentes, Medina, y Lozano, 2005).

Algunos autores buscan definir la vejez a través de (a) criterios cronológicos, es decir, en función de la edad, (b) criterios biológicos, el cual observa el desgaste de órganos y tejidos, la aparición de enfermedades crónico-degenerativas e incapacidades físicas en los ancianos (Mendía-Gallardo, 2002), (c) criterios funcionales, es decir, la vejez es asociada a la pérdida de funciones físicas y de procesos cognitivos, por último tenemos los (d) criterios socio-laborales considerando la jubilación como el comienzo de la vejez. Aún y cuando la jubilación es un fenómeno moderno, no afecta a todos los adultos mayores por igual (Martínez-Martín, 2005), como hemos mencionado a lo largo de este trabajo, existen diferencias individuales.

El envejecimiento se caracteriza por una mutua separación, por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuye sus actividades y compromisos, lo cual ayudaría las personas mayores a mantener su equilibrio siendo beneficioso tanto para la persona como para la sociedad. Las personas van haciéndose cargo del declive de sus habilidades a medida que envejecen y en ese mismo grado se van desvinculando o distanciando. La desvinculación empieza con una reducción de actividades, también se puede estar dando más por los estereotipos y prejuicios que en el adulto mayor y en la sociedad existen que por una desvinculación real. Una vez traspuesta una determinada edad, es normal que las personas vayan reduciendo los roles más activos, busquen otros de menor actividad

reduzcan la intensidad y frecuencia de las interacciones sociales y se vayan centrando cada vez más en su propia vida interior (Moñivas, 1998).

La vejez es el producto de un modo de vivir, pensar y actuar, los rasgos y características centrales de la personalidad se van acentuando más y más y van ganado peso los valores previamente mantenidos. Algunos rasgos en la persona se tornan más estables y menos volubles en cuanto a su personalidad, considerándose esto como algo beneficioso, pero a la vez limitante para aceptar cambios, sobre todo de creencias e ideas. Los valores logran desarrollarse en al máximo, por ende la persona tiende a volverse más estricta y más exigente con las personas que se encuentran a su alrededor, ya que muchas de nuestras acciones y expectativas se basan en los valores propios (Havighurst, Neugarten, & Tobin, 1968) .

El proceso de envejecimiento demográfico que experimenta México, es irreversible, las generaciones con mayor número de población se dieron entre 1960 y 1980, lo cual indica que ingresarán a ser adultos mayores a partir del 2020, como efecto el aumento proporcional de los adultos mayores aumentará significativamente (INAPAM, 2010). El envejecimiento poblacional constituye un reto para la sociedad, buscando espacios adecuados para incluir la participación social de las personas mayores (OMS, 2014).

El envejecimiento es una de las pocas características democráticas y ecuanímes de nuestra condición humana, algo que nos unifica y define a todos más allá de nuestras diversidades y de la realidad de un mundo tan cambiante (Bucay, 2008). Después de varias formulaciones, la satisfacción en la vida ha marcado el inicio de las dimensiones más frecuentes del envejecimiento exitoso. Este constructo incluye componentes de gusto en contra de apatía, resolución y fortaleza, amistad entre metas deseadas y metas alcanzadas, conceptos de autoestima, y ánimo (Neugarten, Havinghurt y Tobin, 1961 citado por Ryff, 1989).

Teorías sobre el envejecimiento

Teorías biológicas

Existen algunas interesadas en los factores externos y otras que muestran interés en los factores internos. Las teorías basadas en los factores externos determinan que los cambios que se generan sobre el ser humano, son las generadas por los factores ambientales. Las teorías de los factores internos señalan como causas de envejecimiento, un deterioro del organismo y entre estas, la más señalada es la neuroendocrinológica (Moragas, 1991).

Teorías psicológicas

Los aspectos psicológicos y los sociales se encuentran interrelacionados. Sin embargo, la postura desde la cual se analiza será quien determine el procedimiento psicoterapéutico a seguir. Destacan las posturas de las Teorías psicodinámicas, que determinan la existencia de cierta información inconsciente e histórica de la personalidad. Explica la diferencia de la personalidad joven-anciano debido a que se encuentra material residual de información que se halla en el anciano, establece la hipótesis de que la falta de energía se atribuye al rechazo y al mantenimiento del equilibrio normal del sistema). Tenemos también a las Teorías conductistas resaltando las cuestiones de aprendizaje y medio ambiente, los condicionamientos que se han adquirido para proyectar cierto comportamiento (Mishara, B. y Riedel, R. 2000) y por último tenemos las Teorías Humanistas, quienes proponen que la personalidad se crea en la libertad y según las metas de cada persona, por lo cual es individual. En este trabajo se exponen las teorías humanistas y Gestalt para la realización del mismo.

Teorías sociológicas

Desde esta perspectiva, se considera a la ancianidad como una etapa vital de creciente importancia. Las teorías estudian la participación de las personas mayores en la sociedad, así como la influencia de los aspectos culturales y sociales (Mishara y Riedel 2000).

Adulto mayor

El incremento poblacional en las personas adultas mayores, es tema en debates públicos sobre temas de costos de seguridad social, atención sanitaria e inversión educativa. Resalta el hecho que algunas personas adultas mayores entre los 60 y 79 años son independientes pero con la necesidad de recibir apoyos que les permitan seguir siendo funcionales dentro de la sociedad, además, que contribuyan al desarrollo del país aprovechando sus conocimientos y experiencia (INAPAM, 2010). En la actualidad, la edad no es un impedimento, una persona de 60 años tiene aún todo un horizonte por delante, en contraste, la sociedad esta limitada para proporcionar opciones para estos adultos mayores (Zapata-Farías, 2001). Se considera que el adulto mayor tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de frenar los cambios que ocurren en su organismo y medio social, con un grado de adaptación adecuado y satisfacción personal (San Martín y Pastor, 2001).

El adulto mayor puede resultar una persona que impaciente a las nuevas generaciones, sin embargo, este responderá favorablemente con quien tenga alguna conexión, puede ser por (1) apoyo material, (2) instrumental, se refiere a la ayuda que reciben en labores del hogar, al momento de transportarlo, de cuidarlo y/o acompañarlo, (3) emocional, esta conexión se expresa con muestras de cariño, confianza y preocupación que se transmiten a través de visitarlos y escucharlos, además de la transmisión física de afecto, (4) cognitivo, al momento de intercambiar información, sobre todo de experiencias y de recomendaciones que les sirvan como guía para realizar alguna actividad o en caso dado de comprender una situación (Moreno, 2004).

A la luz de la perspectiva de género, existen desigualdades entre hombres y mujeres, que tuvieron sus orígenes en otras etapas de su vida. Por ejemplo, anteriormente, la educación era privilegio masculino, lo anterior podría desencadenar problemas de pobreza en la vejez como resultado de menores oportunidades laborales y bien remuneradas. Adicionalmente, la cuestión reproductiva asociada a una fecundidad alta, puede repercutir en problemas de salud, debido al desgaste orgánico, con ello la suma de cambios biológicos en la etapa post reproductiva, incrementando el riesgo de enfermedades crónicas como hipertensión arterial o diabetes (Tepichín, 2009. World Bank, 2005, citados por INAPAM, 2010). Lo anterior se contrapone a que los adultos mayores que viven en las zonas rurales

pues el nivel de vulnerabilidad es alto. Esta población, suele carecer de ingresos económicos y la seguridad social es distinta a quienes viven en la ciudad. La perspectiva genero también se observa en los hombres viven mayormente en riesgo de pobreza, a diferencia de las mujeres, se asume que las mujeres reciben apoyo familiar en la vejez en contraste a los adultos mayores hombres (Aguila, Díaz, Manqing Fu, Kapteyn, y Pierson, 2011).

Adulto mayor institucionalizado

Las personas que viven abandono y soledad, en ocasiones se puede desencadenar en ellos un estado depresivo y aislamiento, personas con estas características emocionales es muy probable encontrarlos viviendo en asilos para adultos mayores, 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 (Hernández-Zamora, 2007). 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 ello (Cuevas, 1993). 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 puede 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).

Es importante considerar que en el adulto mayor institucionalizado existen cambios, que pueden desencadenarse en la salud biopsicosocial. Las instituciones pueden tener una fuerte y poderosa fuerza patogénica y considerarse graves focos de la prolongación y sumatoria de enfermedades, de involuciones y de deterioros profundos e irreversibles. Cuando los cuidados afectivos se limitan, ocurre un retroceso físico, intelectual y social. Esto puede llevar a perder su autovalía y pueden aparecer síntomas de enfermedades mentales. La carencia de cuidados integrales no sólo producen los trastornos comentados sino también alteraciones motrices que se suponen de origen orgánico, mayor fragilidad,

agravaciones súbitas de enfermedades crónicas, infecciones arrastradas difíciles de combatir, desnutrición (Strejilevich, 2004).

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 sería conveniente su existencia, 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).

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.

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.

Las internaciones de ancianos, aunque sean por breve tiempo, constituyen un hecho gravemente lesivo para la salud física y psíquica de los mayores. Las instituciones pueden convertirse en inmensos focos iatrogénicos. Los mayores internados suelen estar privados

del contacto continuo con sus seres queridos, sometidos a visitas breves y reglamentadas que carecen de sentido psicológico. El mayor internado “pertenece” a la institución y está desgajado de toda conexión activa con su medio social, así pierde su identidad normal y pasa a ser denominado por el número de cama que ocupa o por el nombre genérico de la enfermedad que lo afecta (Strejilevich, 2004).

Es fundamental partir de la necesidad de mantener al máximo la autonomía de cada quien, y la capacidad de decidir por sí mismo. Ese es el camino de la autentica calidad de vida de las personas, una base de salud imprescindible, un entorno que limite lo menos posible la autonomía, y todo ello desde el principio de que cada persona decida sobre sí misma y sobre las políticas que le afecten, es decir, disponga de autonomía crítica (IMSERSO, 2011).

Envejecimiento satisfactorio - exitoso

Los adultos mayores tienen la dificultad para la convivencia con los amigos y la familia, en contraste a que una de las cosas que más valora el adulto mayor es reunirse a conversar y a cultivar la amistad con sus pares (INAPAM, 2010). En un ambiente de cordialidad y respeto, el adulto mayor se sentirá satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad, por empoderarse de su posición como miembro activo de su comunidad y por decidir sobre sus acciones. Con lo que se cumple con el principio de Autonomía y autorrealización propuesto por Maslow (Diario Oficial de la Federación, 2002).

Rowlands (1997) señala tres importantes dimensiones: a) la personal, como desarrollo del sentido del yo, de la confianza y la capacidad individual, b) la de las relaciones próximas, como habilidad de poder negociar y de influir en la naturaleza de las relaciones y las decisiones, y c) la colectiva, como participación en las estructuras políticas y acción colectiva basada en la cooperación. El empoderamiento es el proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo como grupo social para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven (INAPAM, 2010).

Se ha intentado explicar porque existe gente que es feliz, satisfecha, y ajustada a su edad, sobre todo porque existe otra parte de la población que no lo son, a lo anterior

podemos añadir que existen factores como la salud, el estado socioeconómico, actividad social, estado civil repercute en su bienestar. Incluso el conocimiento de estos factores puede generar una cierta variación en el bienestar (Larson, 1978, citado por Ryff, 1989) constituyendo así, una avanzada manera de bienestar para entender los misterios del envejecimiento positivo.

Modelos de envejecimiento satisfactorio-exitoso

Modelo de Rowe y Kahn (1997, 1999). A través de investigaciones longitudinales, y las hipótesis sobre el envejecimiento exitoso, identifican tres dimensiones, (1) una reducida probabilidad de enfermar y de discapacidad, (2) un elevado funcionamiento cognitivo y físico, así como un (3) elevado compromiso con la vida. Estas dimensiones se encuentran interrelacionadas, asegurando el mantenimiento. A su vez, estas tres dimensiones, son un indicador de bienestar independiente. Desde la postura de este modelo, el envejecimiento exitoso tiene que ver con la combinación de un compromiso activo con la vida, ausencia de enfermedad y el mantenimiento de las capacidades funcionales (García y García, 2013)

Modelo de Baltes y Baltes (1990). En este modelo se propone el envejecimiento exitoso, en el cual consideran el nivel biológico y el nivel psicológico. Estos autores determinan que el envejecimiento es una interacción entre las ganancias y pérdidas durante la vida, sin embargo la clave para un envejecimiento exitoso consiste en encontrar un balance entre ambas y dar mayor espacio a la consideración de las ganancias (Baltes & Baltes, 1990).

Modelo OMS (2002). En este modelo se propone un modelo de envejecimiento activo, considerando factores poblacionales que determinan el envejecimiento exitoso, así como también factores personales y de comportamiento que llevan a encontrar la individualización de las personas. Refieren que las personas que envejecen en situaciones críticas, aun pueden mantenerse con actividades corporales, intelectuales y sociales (Organización Mundial de la Salud, 2002, citado por Bermejo, 2012).

Modelo SOC. Este modelo conceptualiza el envejecimiento exitoso desde una perspectiva psicológica, propuesto por Baltes y Freund (2002). Ellos consideran tres

mecanismos regulatorios del desarrollo, la Selección, la Optimización y la Compensación (SOC). En este modelo se determina que los mecanismos son regulatorios del desarrollo y que varían dependiendo de las circunstancias socio-históricas y personales de las personas, el contexto social (Freund & Baltes, 2002, Freund, 2006). Los procesos regulatorios como la selección, es quien permite la adaptación frente a los estímulos exteriores y la limitación frente a los recursos propios. La optimización tiene que ver con la actualización que se da en las personas sobre conocimientos, habilidades y virtudes. El último, compensación compensa, como su nombre lo indica, las pérdidas y deterioros causados por el envejecimiento, a su vez permite un acertado funcionamiento (De Juanas, Limón, y Navarro, 2013; Fernández-Ballesteros R. , 2009, Izquierdo, 2005, citados por García y García, 2013)

En el modelo de Ryff de envejecimiento exitoso, se plantean dimensiones que son consideradas como elementos de bienestar, al integrar este modelo en el adulto mayor de manera holista, se logra un envejecimiento saludable (Vázquez, 2009 citado por Velasco, 2016). Son seis las dimensiones de bienestar subjetivo o calidad de vida que propone el Modelo de bienestar de Carol Ryff, los cuales resultan de la integración de la persona estas son auto aceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, habilidades de desarrollo, propósito de vida y crecimiento personal. Dicho modelo cuenta con bases teóricas de Allport en la naturalidad, procesos ejecutivos de personalidad de Neugarten, tendencias básicas de vida de Bühler, desarrollo personal de Erikson, sentido de vida de Frankl, salud mental de Jahoda, individualización de Jung, autorrealización de Maslow y funcionalidad de Rogers (Ryff, 1989).

Fundamentos del Humanismo y Gestalt

Los modelos conocidos como humanístico-existencial, tienen su inicio como una alternativa a la corriente psicoanalista, considerándola mecanicista, tendía a la despersonalización, con rangos jerárquicos y además elitista. Además, fue alternativa a la corriente conductista, considerada cientifista, frío y distante, deshumanizante y despersonalizada (Feixas y Miró, 2000).

En esta brecha, nace la tercera fuerza de la psicología, llamada Humanismo, ofreciendo como alternativa una nueva visión del hombre aspirante a la autorrealización plena. Concluyendo que las dos primeras corrientes, carecen de información que pudiese ayudar a las personas sanas a estar más sanas (Cushman [1992] citado por Tobías-Imbernón y García-Valdecasas Campelo 2009).

Los pensadores de ese siglo, se encontraban en búsqueda de una Psicología que fuese acorde al pensamiento de ese momento, que permitiera a la sociedad buscar y dar solución pacífica a los conflictos, entre nacionales. Era necesario descubrir una nueva forma de concebir esta ciencia, así como la expresión de muchos pensadores queriendo encontrar un camino más cercano al hombre (Buber, 2002 citado por Riveros-Aedo, 2014).

Las raíces del humanismo en el antiguo continente son cimentadas en la filosofía y en la fenomenología existencial, de pensadores tales como Heidegger, Sartre y Binswanger, la logoterapia por Viktor Frankl, la Psicología del Diálogo originada por Martin Buber, y en el nuevo continente, el fenómeno del sentido religioso de Paul Tillich (Riveros-Aedo, 2014). Este movimiento, tiende a ser una revolución en el pensamiento generada en un siglo donde la civilización occidental queda cuestionada históricamente por las guerras mundiales del siglo XX y una nueva filosofía que aparece con nuevos horizontes conceptuales procedentes de la fenomenología de Husserl, y por el existencialismo de Kierkegaard y Nietzsche, quienes nos dejaron un legado a partir de una profunda crítica a las raíces del pensamiento filosófico y teológico occidental (Brennan, 2000).

Por medio del humanismo encontramos un acercamiento afirmativo y optimista para todas las etapas de la vida. El humanismo reconoce y afirma la capacidad de esperanza, confianza, amor y júbilo como un asunto importante para nuestra consideración y estudio. Asimismo, proporciona legitimidad a una visión humana del envejecimiento mediante la validación de las experiencias del cambio, del crecimiento y de la autoactualización (Turner, 2004). En cuanto a los enfoques múltiples que nacieron del humanismo se ocuparon de maneras diversas del individuo, es fundamental incluir en esta revolución a la corriente de pensamiento transpersonal que ha puesto en evidencia las formas de conocimiento que surgen desde el individuo en el conocido fenómeno de ampliación de la

conciencia, uniendo la tradición oriental con los hallazgos experimentales, donde se ha manifestado una preocupación por la espiritualidad, la experiencias con la muerte individual y el hallazgo de la mente holotrópica por parte de Grof (1931).

La psicoterapia se apoya de técnicas, que actúan a través del psiquismo para modificar síntomas o enfermedades mentales y hasta físicos. Verdwoerd (1976) amplía este concepto diciendo que la psicoterapia es la aplicación, por parte de un terapeuta, de técnicas psicológicas específicas, de acuerdo con un programa preconcebido, cuyo objetivo es ayudar al usuario a disminuir sus limitaciones, incapacidades o invalidez y con ello propiciar un mejor funcionamiento y una mejor calidad de vida (Hernández-Zamora, 2005).

Psicoterapia Humanista

Se han identificado diversos planteamientos como el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers, la Gestalt de Frits Perls, la Programación Neuro Lingüística P.N.L. de Grinder y Bandler, el análisis transaccional o A.T. de Ernest Berne, el enfoque experiencial de las emociones de L. Greenberg, la psicoterapia experiencial y el focusing de E. Gendlin, la psicoterapia sistémica, logoterapia de Victor Frankl que han sido fundamentos de la psicoterapia humanista Gestalt (Riveros-Aedo, 2014). En este trabajo se emplean específicamente Terapia narrativa, Programación neurolinguística (P.N.L), las etapas de duelo que aporta Elisabeth Kubler Ross y la propia terapia Gestalt.

Dentro de este proyecto también se utilizó parte de las bases de la terapia narrativa, teniendo sus inicios con White y Epston, desarrollada por Ncazelo Ncube y David Denborough pertenecientes al Dulwich Centre Foundation. Esta estrategia fue aplicada en un grupo donde las personas habían vivido experiencias traumáticas (Ncube, 2006; Denborough, 2008).

Para la Programación Neuro Lingüística P.N.L. es importante considerar un aspecto llamado calibración lo cual equivale a revisar y observar la fisiología del consultante, de tal manera que es observar a detalle movimientos que indiquen emoción, sentimiento, incomodidad, por mencionar algunos. La fenomenología propiamente dicha, toma en cuenta los movimientos, expresiones faciales, movimientos oculares o bien, tono de voz, no

solo lo que el sujeto expresa con su voz, sino también lo que no expresa verbalmente. Finalmente, cuando se llega a alguna meta psicoterapéutica, se tiende a restar la impresión emocional negativa y se imprime un toque reelaborado, a lo que se le conoce como Reencuadre o resignificación (Mohl, 2006).

Psicoterapia Gestalt

En lo que se refiere a la psicología de la Gestalt o teoría de la forma, tiene su punto de inicio con los psicólogos alemanes de principios de siglo XX: Koffka (1973), Kohler (1963), Wertheimer (1925) y Brown y Voth (1937) (Brennan, 2000).

Los psicólogos Gestaltistas no rechazaban del todo las metodologías analíticas, afirmaban la libertad de emplear métodos variados que no interfirieran con la integridad de los fenómenos, tal como lo hacían los fenomenólogos puros. En el nuevo continente, la Terapia Gestáltica tuvo un fuerte sustento teórico publicado en 1951 en una obra de Fritz Perls junto con Paul Goodman y Ralph Hefferline (Carabelli, 2013) surgiendo de las teorías visuales y auditivas en una época en que los sentimientos, las emociones y cualquier otro contenido que procediera del interior de la persona y que expresara su personalidad más profunda, no eran tomados en cuenta (Martín, 2005).

La Gestalt toma en cuenta cómo se perciben en la mente los objetos conocidos en la vida diaria, debido a que considera que la conducta tiene lugar en un medio ambiente que consiste en un sistema organizado de tensiones y fuerzas. Las necesidades están determinadas por la naturaleza del organismo, su esencia, que se actualiza a través de los cambios en el ambiente que actúan sobre él, distinguiendo lo que para el individuo permanece en primer término (figura) sobre lo que estaría en último término (fondo). La figura destaca del fondo, siendo más substancial y más estructurada, suele ser el foco de atención. El fondo sirve de marco donde se halla suspendida la figura, carece de detalles y puede ser ajeno a la atención (Salama-Penhos, 2004).

La Gestalt es un modelo de psicoterapia que percibe los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por polaridades o por dos elementos del proceso psicológico. Conflicto que puede ser de naturaleza interna del individuo

(intrapsíquico), o puede manifestarse en la relación interpersonal entre dos personas (interpsíquico) (Castanedo, 2001).

Para la Gestalt es importante considerar las capas neuróticas como parte del proceso psicoterapéutico. Estas capas son fases o máscaras que envuelven al self, de tal manera que se crea una barrera para llegar al mismo, permitiendo la expresión auténtica, de tal manera que pasa del estrato fóbico, al impasse, de ahí a la implosión, la explosión (Stevens, 2004).

Fritz Perls y Posner realizaron aportaciones a la psicoterapia Gestalt (1942), destacan las percepciones externas, las percepciones internas, las gestalten o necesidades que se forman en el organismo. La ideología central de Perls es el soporte de la persona por sí mismo, ser capaz de sostenerse completamente sobre sus propios pies, ser independiente. Se considera a Perls el que introdujo el concepto de motivación en la percepción de la teoría de la gestalt, dando lugar a la psicoterapia gestáltica. Fritz Perls y Laura Perls como cofundadores de la Terapia Gestalt, imprimieron cada uno su sello particular. Para Laura era muy importante el ritmo, para Fritz era la armonía del cuerpo. Ellos utilizaron la palabra desestructuración y re-estructuración por ser fuerzas kinestésicas con las cuales se crece evitando utilizar la palabra destrucción (Salama-Penhos, 2004).

Perls (1975) manifiesta sobre la Gestalt que el objetivo terapéutico es reestablecer por medio de la concentración, las funciones del Yo, disolver la rigidez del cuerpo y el Yo petrificado, el carácter. Se propone interrumpir el progreso de una neurosis y de la osificación caracterológica y, al mismo tiempo regresar a los niveles biológicos. La riqueza de técnicas que trajo la terapia gestáltica sorprendió a los terapeutas que trabajaban exclusivamente con la palabra y con el discurso del paciente. El impacto de la técnica fue absorbido como una simple incorporación de recursos técnicos para movilizar a los pacientes y algunos psicoanalistas los incorporaron, pero sin cambiar el paradigma que los contextualizaba (Cruz-Zamora, 2008).

A diferencia del método clínico, la Terapia Gestalt utiliza un método fenomenológico, el cual consiste, en trabajar con lo que hay, con lo que se presenta y tal como se presenta, evitando juicios o interpretaciones y prescindiendo del análisis de causas,

así como de etiquetas diagnósticas. Se trata de explorar la experiencia, por ello se utilizan preguntas del tipo: ¿Qué? y ¿Cómo?, en vez de buscar el por qué. Con frecuencia la propia exploración de la estructura de la experiencia, abre por sí sola las opciones de cambio (García, 2011). En un enfoque psicoterapéutico, según Claudio Naranjo los tres pilares básicos de la terapia gestalt son: el darse cuenta o toma de conciencia, el vivir el presente y la responsabilidad (Naranjo, 1990).

Recapitulando, el enfoque psicoterapéutico Gestalt , se centra en algunos principios comenzando con (1) el principio del aquí y ahora (sumergirse en el presente de la situación), (2) relación yo-tú (Expresar en forma clara la idea de que la verdadera comunicación, (3) el uno al otro, mirándose directamente y expresándose abiertamente lo que sienten), (4) lenguaje personal versus lenguaje impersonal (De esta manera la persona se convierte en un agente activo en lugar de en un ser pasivo al que le ocurren las cosas), (5) el continuo de conciencia (El continuo de conciencia permite seguir el estado de la persona sin interrumpir el curso de su darse cuenta. De esta manera nos vamos acercando a lo que siente, cómo lo siente y dónde lo siente, y podemos ver cómo esas sensaciones se van transformando en necesidades y/o sentimientos), (6) no murmurar (Esta regla tiene la finalidad de fomentar la expresión directa de lo que somos o decimos de otras personas, impidiendo que se produzca la murmuración, en especial cuando ellas están presentes), (7) hacer o formular preguntas (el terapeuta le puede decir que rehaga su pregunta y la convierta en una afirmación. De esta manera, a la vez que el individuo se hace responsable de lo que hay detrás de cada una de sus preguntas, él mismo y por sí mismo puede encontrar sus propias respuestas), "sí... pero..." (Esta sencilla fórmula le devuelve al consultante el poder para hacer sus elecciones y responsabilizarse de ellas. El "sí... pero..." sólo sirve para echarle la culpa a algo o a alguien externo) (Martín, 2005).

La bibliografía de los autores de Terapia Gestáltica es muy amplia, autores que han aportado posteriormente desarrollos teóricos y técnicos muy importantes, tales como la cosmovisión holística, la noción de self y la relación del ser con su entorno. De manera contemporánea, se cuenta con aportes de Joseph Zinker y los de Gary Yontef , de manera que la teoría debe ser asimilada para poder incorporarla a la práctica y al entrenamiento, ya que sin ella, la vivencia se descontextualiza y se malinterpreta (Carabelli, 2013). En la

terapia Gestalt se reorganiza paso a paso las partes desunidas de la personalidad del cliente, hasta que éste logre tomar fuerzas para que él mismo y por sí solo obtenga su propio crecimiento, es decir, es autoreglativa , para que comprenda dónde se sitúan sus huecos o vacíos existenciales, y cuáles son los síntomas que le producen tales vacíos. Estos síntomas siempre están asociados con el evitamiento o el escape a situaciones difíciles de la vida, lo que produce que estas situaciones queden inconclusas, es decir, sin cerrar (Martín, 2005).

Al hablar de la autoregulación, es necesario mencionar que Perls propuso un modelo para el ciclo de la experiencia, lo cual lleva a la persona a la autorregulación, en palabras de Ramos Herrera (2013) simplifica el diagrama de la siguiente manera: (1) Sensación, (2) percepción, (3) movilización energética, (4) acción, (5) reflexión y (6) reposo. El proceso gestalt, permite detectar si existe un referente en el cuerpo, de tal manera se sabrá si es una carencia real, por ello, es necesario a promover la sensación y hacerla consciente.

Es necesario mencionar que la Terapia Gestalt se puede aplicar a personas que presentan trastornos muy diversos, siempre que se tengan en cuenta estos dos criterios: (1) Que la psicoterapia Gestalt o su aplicación concreta se adapte al tipo de psicopatología con que se trabaja. (2) Que el terapeuta se encuentre bien, en interrelación que se centra en el contacto, por lo tanto, la regla fundamental consiste en trabajar a partir de tal contacto. La creatividad reside en adaptar la psicoterapia a la situación (Castanedo, 2001).

Si bien es cierto, que en la psicoterapia Gestalt, importa el presente, es necesario considerar el diagnóstico para detectar bloqueos o como se menciona anteriormente, las capas que puede mostrar un consultante, se orienta el diagnóstico a la fenomenología (Stevens, 2004).

Según Zinker (1993) los objetivos del experimento creativo o aplicación de una técnica son (1) fomentar una mayor conciencia de sí mismo como persona: de su cuerpo, sentimientos y su ambiente, (2) aprender a no proyectar los deseos o necesidades en los demás, (3) aprender a darse cuenta de las necesidades y a desarrollar los mecanismos y las destrezas necesarios para conseguir su satisfacción sin atentar contra las de los demás, (4) desarrollar y fomentar la capacidad de apoyarse a sí mismo en vez de recurrir a culpar a los demás, reprochar para conseguir lo que se desea, (5) tomarse más sensible a lo que le rodea,

al mismo tiempo que aprender a desarrollar aquellos mecanismos o corazas que le protegen contra las situaciones destructivas o ponzoñosas, (6) aprender a asumir la responsabilidad por sus actos y por sus consecuencias. Sentirse más cómodo en contacto con su vida de fantasía, mas creativo y con mas expresión en estos dos campos, (7) aprender a darse cuenta del lenguaje de su organismo y de los signos a través de los cuales se expresa (Zinker, 2006).

Propuestas de abordaje psicoterapéutico para la población de la tercera edad

El pasado sólo sirve para entender la personalidad y ver algunas de las razones de su forma actual de ser. Pero la estructuración presente depende en gran medida de las condiciones actuales de la situación y de todo el aprendizaje que se ha ido realizando día a día, de forma casi imperceptible para la persona. Por eso no todas las situaciones presentes nos retrotraen a situaciones pasadas, ni todas las conductas presentes las repetimos de acuerdo a situaciones vividas allá y entonces. De aquí la gran importancia de trabajar con el presente en función de las características de la situación y del estado del individuo (Martín, 2005).

Según Adduci (2004), podemos clasificar a ciertos adultos mayores según las dimensiones de actividad, adaptación y dependencia. En los polos de estas caracterizaciones suelen encontrarse los que necesitarían en un momento dado la intervención de un profesional, aunque no sean exactamente aquellos para los que habitualmente se efectúa la demanda. La sensibilidad emocional y el aprecio del entorno familiar es un elemento clave para que ésta se produzca cuando es necesaria (Korovsky y Kart, 1998).

El objetivo central de emplear psicoterapia con adultos mayores es que el paciente actualice sus potencialidades de tal modo que logre darle a su vida un sentido más completo y digno, en general, se tiende a obtener cambios en los sentimientos, pensamientos, acciones, en el sentido de mejorar las relaciones con otros, 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 (Krassoievith , 2001 citado por Hernández-Zamora 2005).

Botella (1994) menciona que las líneas de investigación con los ancianos se clasifican en dos puntos. 1) La psicoterapia de la depresión en la vejez, que el proceso de envejecimiento suele implicar la sucesión de pérdidas significativas en la vida del sujeto, las cuales provocan un proceso de duelo con características muy similares a la depresión clínica y 2) las psicoterapias de reminiscencias y revisión vital con pacientes ancianos, que se refiere al proceso de evocación narrativa del contenido de la memoria remota. La revisión vital consiste en el proceso estructurado (habitualmente grupal) de fomento de la reminiscencia. Estas concepciones resultan especialmente atractivas por su operatividad y su coherencia con el modelo teórico del ciclo vital de Erikson (1985) propiamente dicho, que define como tarea propia de la vejez la consecución de un sentido de integridad versus desesperación. Debido a este atractivo, la reminiscencia y la revisión vital se han empleado como intervención psicoterapéutica con ancianos (normalmente en grupo, ya que de esta forma se añade un componente de apoyo social al propio de la reminiscencia) (Hernández-Zamora, 2005).

El uso de la psicoterapia pueden retardar el desarrollo de la senilidad y resulta en una vida más rica y placentera para el paciente y los que viven con él. La finalidad de trabajar con el adulto mayor apoyarle con la realidad del mundo que le rodea, mejorar su conducta, ayudarlo a socializar con la gente con la que tiene contacto y favorecer su dedicación a más actividades. La terminación de la terapia puede hacerse de tal forma que las sesiones se vayan espaciando y después se realicen visitas esporádicas en caso de necesidad (Botella, 1994).

Las técnicas de la psicoterapia gestáltica giran, en su mayor parte, en torno a lo que Perls llama reglas y juegos. Claudio Naranjo (1990), al citar las técnicas gestálticas distingue tres tipos: Técnicas expresivas (el objetivo es expresar lo no expresado, terminar o completar la expresión y buscar la dirección y hacer la expresión directa), Técnicas supresivas (pretenden evitar o suprimir los intentos de evasión de su aquí y su ahora y de su experiencia, como meta llegar al darse cuenta) y Técnicas de integración (la meta de estas técnicas son que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, rechazadas o conflictivas, incorporando la experiencia) (Naranjo, 1999).

Es necesario considerar la perspectiva de desarrollo del adulto mayor en este trabajo, la cual se centra sobre cuatro aspectos: (1) La aceptación del nuevo esquema corporal y, posteriormente, de la identidad de anciano. (2) La resolución de los duelos melancólicos por identificación con ese otro que se fue y no se volverá a ser nunca más. (3) El afrontamiento psicológico de la progresiva presencia temática de la muerte, sea ésta implícita (cercanía) o a través de las pérdidas reales (familiares, amigos, por mencionar algunos), (4) la reactivación de toda la problemática en torno a la individuación y la dependencia. En la medida en que el sujeto en senescencia conserve un sentido armónico de sí mismo, una dignidad madura y una relativa integridad gracias a la aceptación de su propio curso vital, será capaz de asumir sus diferentes y renovadas responsabilidades, establecer relaciones de nuevo con otros y recrear intimidad (Martín-Montolú, 2008) .

La psicoterapia en los adultos mayores se caracteriza también por dos situaciones que merecen atención, (1) el ‘vínculo pseudo-cooperativo’ en el que el paciente gratifica constantemente al terapeuta (agrada, regala, bromea, se porta bien...) mientras elude abordar asuntos significativos y esconde conscientemente la información sobre su presente, además de (2) el ‘funcionamiento en doble’ en el cual el paciente envuelve al terapeuta con un relato confuso, repleto de sobreentendidos sobre acontecimientos y personajes a los que se refiere por su nombre como si fueran ya conocidos por un terapeuta que es vivido como un doble de sí mismo (Martín-Montolú, 2008).

Marco legal y ético de la intervención con adultos mayores

Al iniciar la intervención, se solicitó el permiso de la directora de la institución para comenzar las sesiones, así como el llenado de un consentimiento informado por parte de los participantes (Ver Anexo No.2) por parte de los participantes de esta investigación, de acuerdo al Artículo 61 del Código Ético del Psicólogo, se mantiene la confidencialidad debida, además, como esta información es probable que se exponga ante terceros como parte de la dinámica académica de exposición de registros de datos, se utilizan pseudónimos que evitan la inclusión de identificadores personales (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

De acuerdo al Artículo No. 8 del Código Ético del Psicólogo indica que existe responsabilidad de la conducción ética de la investigación, bajo su supervisión, como parte del proceso de desarrollo e implementación de proyectos de investigación, el psicólogo consulta con expertos, en este caso, la directora de tesis y los maestros de metodología, los cuales apoyan en la realización de este proyecto. El Artículo No.12 indica que es el psicólogo quien toma las medidas razonables para evitar dañar a los participantes en investigación, y para minimizar el daño cuando éste sea previsible e inevitable (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Uno de los formatos más importantes en una investigación es el consentimiento informado (Artículo 118) , el cual indica en su formato, el propósito de la investigación, la identidad y la filiación del investigador, el motivo de la investigación, la duración, el derecho del sujeto a retirarse del estudio en cualquier momento y por cualquier razón, los posibles beneficios para el individuo y para la sociedad, los posibles daños, riesgos o molestias para el individuo, un compromiso de mantener la confidencialidad estricta de los resultados, los datos del investigador en caso de tener dudas, así como un lugar para la firma del sujeto que indique que está de acuerdo en participar y que entiende el propósito de la investigación, esta información generalmente supone que la persona posee la capacidad para consentir, se le ha proporcionado la información significativa concerniente al procedimiento, ha expresado libremente y sin influencias indebidas su consentimiento y el consentimiento se ha documentado en forma apropiada (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Otro documento que es particularmente importante para esta investigación, es el Código Deontológico de la Asociación Europea para Terapia Gestalt (EAGT, por sus siglas en inglés) utilizado por Castanedo y Munguía donde la relación cliente-terapeuta es de naturaleza profesional, en la cual el bienestar del cliente es la preocupación primera del terapeuta. la dignidad, el valor y el carácter único del cliente será respetado, en todas las circunstancias. Como terapeuta gestalt, promover una ampliación de la consciencia, de alentar la autoestima, de facilitar el desarrollo del self y de la autonomía del cliente. Aspiran, al mismo tiempo, a ensanchar las eventuales elecciones disponibles, su voluntad y capacidad de aceptar la responsabilidad de las decisiones que tomen. Se estará alerta en el

momento en que otras relaciones o compromisos exteriores entren en conflicto con los intereses del cliente. Cuando exista un conflicto tal de intereses, es responsabilidad del terapeuta declararlo y estar dispuesto a trabajarse los problemas implicados. También se reconocerán las relaciones duales, tales como las laborales, de amigos cercanos, de familia o de cónyuge alterarán probablemente su juicio profesional (Castanedo y Munguía, 2011).

Todos los intercambios entre el terapeuta y el cliente serán considerados confidenciales, buscando supervisión si existe cualquier duda acerca de los límites de la confidencialidad. El cliente estará informado de que en circunstancias extremas, cuando represente un peligro para él mismo o los demás, se podrá salir de la confidencialidad y emprender una acción apropiada. Además, la información específica recogida en el curso de un trabajo con los clientes, en vistas a una conferencia o publicación, se solicitará el permiso del cliente y se preservará su anonimato.

Los terapeutas Gestalt tienen que tomar las precauciones apropiadas para asegurar la seguridad de sus clientes, en el entorno físico en el cual se desarrolla la terapia. Es muy recomendable para los terapeutas Gestal, asegurarse de que su trabajo está cubierto de manera adecuada por seguros adaptados. 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 (Hernández-Zamora, 2007).

Capítulo II. Metodología del estudio

En el marco de las ciencias sociales, entendidas éstas en un sentido más amplio que el meramente sociológico, las nociones de método y de metodología de la investigación están extensa y diferencialmente estructuradas, lo que con trabajos permite pensar en una sola referencia que las defina en cuanto a la naturaleza y sentido que cada una encierra. Muy a pesar del consenso existente en torno a la idea de que el método se constituye como el componente normativo de la investigación, aspectos tales como la especificidad y la complejidad del objeto de las ciencias sociales plantean la obligación de un deslinde adicional de perspectivas de análisis al menos en tres niveles. El primer nivel se sitúa en el espacio ocupado por las posturas que asumen frente al objeto de conocimiento, en el segundo están las tendencias y corrientes de la interpretación teórica y metodológica concernientes al análisis de fenómenos específicos y por último el que vinculado al anterior, es demarcado por el investigador, en el cual entran en juego los diversos órdenes disciplinarios e interdisciplinarios potenciales (Pacheco-Méndez, 2000).

En los últimos años, la sociedad ha experimentado un cambio en cuanto al crecimiento de la población englobada en el sector de la Tercera Edad. Se han establecido una serie de acciones llevadas a cabo desde distintos ámbitos sociales, sobre todo en el ámbito sanitario, para la consecución de la mejora de la calidad de vida de este colectivo. Esta línea de investigación tiene como finalidad determinar cómo la implementación de un proceso de psicoterapia humanista que busque elevar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados puede llevar a mejorar el desarrollo personal y optimizar su calidad de vida (Olalla y Sánchez, 2010).

El estudio ha sido abordado a partir de los fundamentos epistemológicos y metodológicos del enfoque cuantitativo, desde el cual se asume que existe una realidad por sí misma, por tanto, objetiva, donde la función del investigador es aproximarse a ella por medio del descubrimiento. En este método deductivo se propone que objeto y sujeto son independientes, donde el segundo observa y/o contrasta hipótesis preconcebidas en torno al primero y con la ayuda de técnicas estadísticas generan relaciones numéricas entre los objetos y los fenómenos (De Andrea, 2010).

El diseño es cuasiexperimental, con un alcance descriptivo que describe cómo es y como se manifiesta el fenómeno de estudio, especificando sus propiedades y características sin indicar la relación entre variables medidas, ni analizar causas, centrado en registrar las observaciones, comentarlas y contextualizarlas. Desde este alcance se elaboran hipótesis de trabajo únicamente cuando se pronostica un resultado. La muestra es de tipo no probabilística o dirigida donde la elección de los participantes no ha dependido de la probabilidad, sino a partir de una selección informal al contar con las características y criterios de la investigación, por tanto los resultados no son susceptibles de generalización, pero sí se les considera válidos para la muestra (Hernández-Sampieri, et al. 2003).

Tipo de estudio y fundamentos epistemológicos

El enfoque al cual corresponde esta investigación, se centra en un enfoque cuantitativo, dentro de este enfoque existen pautas metodológicas y técnicas más claras que pueden orientar al investigador durante todo el proceso de construcción de la investigación. Se caracteriza por utilizar palabras como afectación, influencia, impacto, determina, causa, relación, generalmente una investigación cuantitativa contrasta el comportamiento de dos variables (Guzmán-Arredondo y Alvarado-Cabral, 2009). En estudios cuantitativos que pretenden verificar o probar una teoría, el investigador presenta la teoría, obtiene datos para probarla y mediante los resultados reflexiona acerca de la confirmación o rechazo de la misma. La teoría se convierte en un marco para el estudio completo, un modelo para organizar las preguntas e hipótesis de investigación y para obtener los datos (Creswell, 2003).

Las variables se pueden medir porque tienen dimensiones objetivas si son físicas, y son subjetivas si sus dimensiones son lógicas. Las variables individuales corresponden a las unidades de estudio individuales, además, existen las variables colectivas, las cuales son propiedades de grupos y su medición se basa en las propiedades individuales que poseen sus miembros. Considerando el caso de este proyecto de intervención, corresponde a revisar y analizar las dimensiones lógicas (subjetivas), debido a que las dimensiones lógicas no son objetivables, pero si medibles, la dificultad se encuentra en que no son mediciones estables. Se identifican mediante instrumentos lógicos (documentales), para lo cual se requiere definir previamente el concepto a medir. El constructo es una propiedad subyacente que se

supone posee una persona, el constructo no puede medirse directamente, se mide a través de sus dimensiones lógicas para lo cual se requiere de indicadores, posee también la característica de ser multidimensionales (Supo, 2014).

Si bien, dentro de la psicoterapia humanista y Gestalt, se considera que el terapeuta es la principal herramienta para el acompañamiento del proceso terapéutico, y esta figura se va configurando a través de la experiencia propia y desde el proceso formación. A lo cual, Muñoz (2008) postula que el humanismo es algo que se vive, que se siente, que se cree, que inunda a la persona hasta convertirse en un verdadero estilo de vida, no se puede ser humanista en lo teórico nada más. La meta a cumplir en este proyecto es mejorar la calidad de vida, en función al área psicológica, de las personas mayores estableciendo entre ellas mismas y con la psicoterapeuta, relaciones de tipo afectivo que potencien una participación activa y promueven sentimientos de felicidad y utilidad.

Participantes del estudio

Se utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional, selectiva y propositiva (Clack-Carter, 2002), en una investigación cuantitativa, de tipo experimental, prospectivos, longitudinales, analíticos y de nivel investigativo explicativo (causa–efecto). Además de ser controlados, los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control del sesgo de medición (Supo, 2014). El tipo de muestra que se empleó, fue no probabilística y a conveniencia, ya que se contaron con requisitos de inclusión previamente detallados (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, y Baptista-Lucio, 1998).

El asilo en el cual se llevó a cabo la intervención, es una institución particular autofinanciable. A veces llegan ancianos y otros se retiran, es un fluir continuo, sin embargo, existen personas que tienen en este lugar un periodo considerable de tiempo. Los participantes de esta investigación fueron seis adultos mayores de 80 hasta los 86 años.

Cabe señalar que fueron dos criterios de inclusión para llevar a cabo la intervención, el primero fue el contacto con la realidad y el otro criterio de inclusión fue que desearan participar en las actividades.

En la tabla No.1 se mencionan los datos generales de los participantes, los nombres reales de las personas participantes, han sido cambiados para proteger su identidad:

Tabla No.1
Datos generales de los participantes

Participantes	Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Tiempo de residencia en el hogar de retiro
R1	Masculino	80	Separado	Contador público	1 año
G2	Femenino	80	Viuda	Carrera técnica	9 meses
M3	Femenino	81	Viuda	Comercio	1 año 8 meses
A4	Masculino	82	Viudo	Normal básica	4 meses
J5	Femenino	83	Soltera	Comercio	4 meses
S6	Femenino	86	Viuda	Comercio	9 meses

Fuente: Elaboración propia

Cada uno de los adultos mayores que integraron este proyecto de intervención cuenta con una historia personal sumamente interesante, a continuación, se relatan brevemente.

R1, es un señor muy jovial, aun maneja su vehículo, animoso, busca agradar a las personas que visitan el lugar. Excelente cocinero, a él le es permitido el uso de la cocina, pero a los otros ancianos no les gusta mucho la idea, pues es muy exótico en sus platillos y no comparte sus alimentos. Cabe destacar que el de joven perteneció a un club social muy famoso en la ciudad de Chihuahua, ahí tuvo su familia, su esposa, sus cuatro hijos, sin embargo, el narra que hubieron tres situaciones que le fueron adversas y lo hicieron despojarse de todo lo que tenía en aquella ciudad, el primer infortunio (el así lo refiere) fue que un yerno trato de robarle, le robo mucho dinero pero lo más destacable es que su hija menor murió a causa de que esta persona le disparo, envió a una persona que lo acuchillara a él, pero el comenta que aun y con las heridas que recibió, se dirigió al hospital más cercano, ahí perdió el conocimiento cuando llegó a urgencias, debido a ese suceso se desencadenó que sus hijos buscaron moverse de país, ambos viven en Estados Unidos y su única hija se quedó con la esposa en Chihuahua, de ahí su separación.

G2, es la mejor amiga del Sr. R1, ella tiende a ser muy amistosa, ella misma se define como pura alegría, es también muy buena anfitriona, se expresa muy bien de todos sus compañeros, no tiene problemas de discusiones con nadie, sin embargo, ella se encuentra en este lugar debido a que tiene un padecimiento médico en sus ojos que es progresivo, hasta un mes antes de ingresar al asilo ella trabajaba como maestra bilingüe en un instituto de la ciudad, manejaba y hacia su vida normal, sin embargo cuando ella comenzó a perder la vista, su hija decidió que ya no era buena idea que estuviera sola en la casa, y la ingreso al asilo. Ella quedó viuda algunos años atrás y aun relata con mucha tristeza la pérdida de su esposo, personas allegadas a él quisieron asaltarlo y lo torturaron al punto de quemar su vivienda y el adentro. G2 relata que el estado en el que encontró a su esposo fue con los ojos derretidos y es la imagen que la perturba en muchas ocasiones, comenta que ella era demasiado dependiente de él y que su ausencia es muy lamentable.

M3 tiene una historia de vida muy altruista, también participo en muchas obras caritativas hacia la comunidad, perteneciente a un club muy renombrado y famoso aquí en la ciudad, ella comenta que fue muy estricta con sus hijos, pero que al momento de la adolescencia ella decidió acompañar a su esposo a los eventos, situación que no le favoreció con sus hijos y los dejó a la crianza de las chicas de limpieza. Este evento lo recuerda con tristeza pues ella siente que sus nueras le recuerdan continuamente este suceso y justifican sus pocas visitas al asilo. Uno de sus hijos murió de una úlcera y ella se lamenta mucho que no logro salvarle la vida.

A4, es un profesor de secundaria jubilado, el es de un municipio cercano a Chihuahua y comenta que su cambio de plaza lo hizo moverse de ciudad una vez que quedo viudo. A él no le gusta que le digan por su segundo nombre, con ayuda de su silla de ruedas y con aparato auditivo, se desplaza por la institución pero tiene un hábito peculiar, el lee todos los días el periódico de la localidad para darse cuenta de lo que pasa en la localidad, muy elocuente en su discurso, pero muy triste cuando platica de su familia, el comenta que nadie lo visita solo una nuera, que fue quien lo ingreso al asilo.

J5 al hablar tiene un característico tono infantil, ella es una persona que le gusta platicar y platica todo desde su infancia, que recuerda con mucha alegría, ella es soltera y al

asilo la ingresaron sus sobrinos. Comenta que extraña a su mamá y a su papá, porque la querían mucho y la acariciaban, le cepillaban el cabello y le hacían lucir impecable. Tiene un estilo de dialogo con uso de Caló verbal, lo cual confirma cuando narra en donde vivía y a que jugaba. Con nubes en sus ojos, pero aun con ayuda de un lente grande y grueso, resuelve con entusiasmo los crucigramas y sopas de letras que sus sobrinos le proporcionan. Su historia amorosa la dejo marcada, pues en dos ocasiones ella organizaba su boda, pero los dos hombres le fueron infieles, por lo cual decidió no casarse.

S6, es una señora amable, pero no le gustan las visitas, prefiere la soledad, no le gusta que hablen mucho, prefiere el silencio. Al asilo llegó con su esposo hace nueve meses, ellos tuvieron sus hijos, pero ella comenta que para ella fue muy bueno llegar con su marido a la institución, sin embargo, al mes de haber llegado al asilo, el murió y ella cayó en una tristeza muy grande (en sus palabras), comenta que su vida estaba resuelta y que tiene una hija psicóloga que le aconseja, pero que no logra superar la muerte de su esposo.

Hipótesis de trabajo

Una hipótesis es una proposición que anticipa una relación entre dos términos que, según sea el caso, resultan conceptos o fenómenos. Representa una proposición provisional, un presupuesto que requiere verificarse. De ahí, que la hipótesis deba confrontarse, en una etapa posterior de la investigación, con los datos de la observación. Para poder ser objeto de esta verificación empírica, una hipótesis debe ser falsificable. Eso significa antes que nada que debe poder probarse indefinidamente y tener un carácter de generalidad después, debe aceptar enunciados contrarios teóricamente susceptibles de verificación.

Únicamente el respeto a dichas exigencias metodológicas permite practicar el espíritu de investigación que se caracteriza, sobre todo, por cuestionar constantemente la adquisición del conocimiento (Rayrnond y Carnpenhoundt, 2005).

La hipótesis correspondiente a este trabajo, es [H1] En la medida que los sentimientos negativos puedan ser disminuidos, a través de un proceso de psicoterapia humanista y Gestalt tendrá un impacto positivo en el dominio psicológico, componente subjetivo de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados.

Diseño y procedimiento de la intervención

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio es longitudinal, considerando que la variable de estudio es medida en dos o más ocasiones, por ello, de realizar comparaciones (antes – después) son entre muestras relacionadas y por último según el número de variables de interés, descriptivo, ya que el análisis estadístico, es univariado porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra (Supo, 2014). El tipo de muestra que se empleo, fue no probabilística, fue a conveniencia (Hernández-Sampieri, Fernández- Collado y Baptista-Lucio, 1998), pues se contaron con requisitos de inclusión, previamente señaladas.

El procedimiento se llevó a cabo en tres momentos (1) Evaluación inicial de las variables, (2) Se diseño y aplicó la estrategia de intervención y finalmente (3) se reevaluaron las variables planteadas inicialmente.

La invitación directa de la directora del asilo, permitió la pauta para la realización de esta tesis, fueron dos sesiones en las que se platicó sobre los ancianos, los objetivos de dicha intervención y los pormenores. Se explicó que el estudio no causaría ningún riesgo para los ancianos, que en caso de que ella o los enfermeros observaran algo diferente que causara un riesgo para los ancianos, se notificara a la investigadora.

Posterior a esto se establecieron dos sesiones de rapport con los adultos mayores, en los cuales se preguntaban qué objetivo tendrían las visitas semanales, se les explicó que como parte de un posgrado académico, se llevaría a cabo la intervención, la cual tendría visitas semanales de una hora a una hora y media en promedio y que se trabajarían diversas temáticas que les ayudaría en su bienestar psicológico.

Se convocó a los participantes, se les dio a firmar el consentimiento informado (Ver Anexo No.2) y posteriormente se aplicó un primer filtro, el Mini Mental State Examination, basado en Folstein (Folstein, Folstein, McHugh, & Fanjiang, 1975) (Ver Anexo No.3). A partir de este primer filtro, se descubrió que algunos adultos mayores no se encontraban en su tiempo presente, estos adultos mayores siguieron asistiendo, no se les negó la participación, pero si se concreto la intervención en los ancianos que voluntariamente

decidieron asistir y se encontraban situados en su tiempo presente. Se continuó la intervención con la aplicación del WHOQOL-BREF (Ver Anexo No.4) en donde se lograron precisar aspectos o dominios relacionados con la calidad de vida, posterior a esta aplicación.

El programa de intervención basado en estrategias de psicoterapia humanista y Gestalt procesos individuales y grupales. Aun y cuando las personas conviven mucho tiempo, no todas sienten confianza para externar asuntos particulares o dolorosos para ellos. En este contexto, algunos adultos mayores solicitaban hablar en privado para compartir impresiones o bien, algunas situaciones que se abrían durante las sesiones y decidían trabajarlo en privado.

Las sesiones fueron flexibles a cualquier cambio sugerido por los participantes o a situaciones que emergieran dentro del grupo, entre ellas fue el fallecimiento de tres compañeros que desencadenaron sentimientos de tristeza en el grupo. Particularmente surgió una necesidad mas importante en el campo, nos dice la teoría de Campo que revisar bajo esta teoría es una referencia útil para estudiar un evento, una experiencia, un organismo o un sistema. Básicamente el campo es el todo en el cual las partes están en relación y en correspondencia inmediata unas con otras. En esta visión holista se permite observar una totalidad y no partículas separadas o espacios aislados (Yontef, 1997).

Posteriormente se aplicó por segunda ocasión de los instrumentos de medición (post-test) obteniendo así, los resultados finales de la investigación.

A continuación se describirá el procedimiento correspondiente a la intervención.

Actividad No.1 y Actividad No. 2 Entrevista con directora del asilo

Descripción a grandes rasgos del proyecto de intervención, la directora se mostró interesada, ella comentaba que en ocasiones veía tristes o enojados a los habitantes del asilo. Se presentó un boceto de las sesiones correspondientes a la intervención, se remarco el cuidado emocional de los ancianos y se cuestionó sobre las condiciones médicas de cada uno de los participantes.

Se mostró el consentimiento informado y se habló de la importancia del mismo, también se mostraron los test que se usarían, así como la duración de la intervención de 14 sesiones de 1 hora a 1 hora 30 minutos de manera semanal, también se preguntó sobre las visitas de los parientes, de tal manera que estuviera este tiempo de intervención, sin interrupciones. De esas 14 sesiones, cabe mencionar que fueron cuatro sesiones de aplicación de test, dos al inicio de la intervención y dos al final, quedando un total de diez sesiones de trabajo profundo con los adultos mayores.

Actividad No.3 Aplicación del test Mini Mental State Examination / Consentimiento informado / Rapport a través de juego de mesa.

Se aplicó el Mini Mental State Examination como medida de filtraje de participantes, posteriormente se hizo la invitación para participar en el proceso de intervención, se mostraban muy entusiasmados y se procedió a jugar con un juego de mesa. Las limitantes físicas empezaron a aparecer que impedían la realización de la actividad. Ellos muy asertivos, comentaron que esos juegos eran difíciles por su condición física, pero que les parecía muy interesante que alguien los visitara y que estuviera con ellos, preguntaron que cuando sería la próxima vez que los visitaría. Se finalizó la sesión comentándoles que era necesario que por escrito autorizaran trabajar con ellos, finalmente proporcionaron los documentos firmados y accediendo a trabajar.

Actividad No.4 Cuestionario WHOQOL - BREF/ Sintiendo y Describiendo

Durante esta sesión se aplicó el resto de los test para elaborar el diagnóstico, al responder las preguntas del test, aportaban cuestiones personales. La sesión finalizó cuando se les repartió paletas de dulce y se les pidió que describieran el sabor, la textura y que sintieran al comerla, estrategia utilizada como parte del ciclo de la experiencia.

Actividad No.5 Encuesta socio demográfica / Técnica de presentación “Pelota caliente”.

Los ancianos tenían un mínimo de seis meses de convivencia, ellos ya se conocían de nombre, sin embargo, no conocían sus gustos, pasatiempos o intereses más personales. Algunos ya no recordaban su fecha de cumpleaños. Esta dinámica permitió conectarse con

ellos mismos y sus gustos. Entre ellos mismos se decían que no conocían que eso les gustara. Posterior a esta actividad, se procedió llenar los datos socio demográficos.

Actividad No.6 Sensibilizando / Dibujo libre

Durante esta actividad se permitió trabajar con diferentes materiales como lo fueron acuarelas, colores de palo, pinturas acrílicas, mandalas y sus manos. Coloreaban los mandalas, pero a la vez seleccionaban el color de su preferencia, algunos buscaban colores “brillantes”, se les permitió que usaran las palmas de sus manos y que luego las sumergieran en la pintura acrílica, algunas de ellos comentaron que la pintura estaba “fresquecita” y que se sentían muy bien. La actividad siguiente fue que hicieran algún dibujo que les surgiera, dibujaron muy lindo, pero lo interesante fue detrás del dibujo, sus comentarios, una de ellas expresaba que añoraba la libertad.

Actividad No.7 Árbol de vida

Se lanzaron las preguntas ¿cuál es mi inicio?, ¿qué me sostiene en la vida?, ¿cuáles son mis anhelos?, ¿qué cosas bonitas tengo para dar?, ¿qué personas hay en mi vida?, ¿de qué cosas deseo desprenderme?, ¿cuáles han sido mis logros? Este ejercicio fue muy significativo pues nuevamente hacen consciencia de quienes han sido y son como personas.

Actividad No.8 Darse Cuenta

El proceso de esta sesión fue darse cuenta de la importancia del momento de hoy, se trabajo que los pensamientos del pasado pueden provocar tristeza y si piensa en el futuro se puede tener ansiedad. Se pregunto cómo se sentían, ellos continuaron haciendo narrativas de sus vidas, sin embargo, lo significativo de esta sesión es que utilizaban el concepto “yo me doy cuenta”.

Actividad No.9 Resaltando fortalezas

Durante la actividad se lanzo la pregunta directa, ¿cuáles eran sus fortalezas?, a lo que hubieron diferentes respuestas, entre ellas, cabe señalar que algunas de las ancianas no se ven nada bueno. La tarea en esta sesión, fue a través de un proceso psicoterapéutico gestalt que hablaran un poco de sus vidas y finalmente se fueron descubriendo como

personas con fortalezas, fueron quedando atrás las frases “no me veo nada bueno” “ya no tengo nada que dar” “voy de salida”.

Actividad No. 10 Soy responsable

La actividad fue muy desafiante para ellos, porque algunos han mermado en el área física y esto pareciera que les “exime” de responsabilidades, cuando se comenzó a trabajar sobre las áreas en las cuales a pesar de estar institucionalizado y en sillas de ruedas, ellos pueden realizar, comenzaron a discutir que les hacía falta lograr, por ejemplo la disciplina o el orden.

Actividad No.11 Mis fotos

Con la actividad de las fotos, se conectaron con ellos mismos, generalmente tienen fotos de su juventud, fue muy significativo porque una de ellas no tenía fotos, pero las solicitó a una de sus hijas para luego hacer esta actividad. La capacidad que tienen con recordar es excelente, tienen detalles muy frescos, inclusive, uno de los adultos mayores compartió una presentación de canto llevada a cabo en un salón de eventos en Chihuahua capital.

Actividad No. 12 Rueda de la vida

La rueda de la vida fue otra actividad que causó introspección en los adultos mayores, porque revisaron las áreas que estaban menos equilibradas. Las áreas que se suscitan entre las personas resuenan el área espiritual, área física, área económica, el área familiar y el área de amistad. Reflexionaron sobre lo que han hecho en su vida pero también las áreas que ellos detectaron de oportunidad. Dentro del asilo es complicado que logren socializar con todos los habitantes, ellos mismos trataron de implementar estrategias para llevarse bien o por lo menos no engancharse en situaciones no favorables.

Actividad No.13 Sesión psicoterapéutica por duelo

Ese día que tuvimos sesión, ocurrió la muerte de una de las ancianas compañeras del asilo, lo que repercutió en cambio de actividad, se procedió hacer contención emocional.

Actividad No. 14 Resignificando la vejez

Durante esta sesión se abrió con el concepto de vejez para ellos, que significaba, que les provocaba. Una de ellas dijo que aceptaba su cuerpo, pero no aceptaba quedarse sin vista, dijo “no me gusta jugar a la cieguita”, sin embargo se remarcó que a pesar de la edad o limitaciones pueden ser útiles, siendo muy similar a la actividad de las fortalezas (Actividad No.9), los adultos mayores quedaron sorprendidos que no necesitan grandes fuerzas o habilidades para ser ayudadores en la vejez, esto les dio mucha satisfacción. La sesión terminó con “gracias” por parte de los participantes y comentarios que hacían alusión a lo interesante que era tener este espacio de trabajo, y como sentían que algo había cambiado en ellos.

Actividad No.15 y Actividad No.16 Aplicación del post test.

En esta sesión se llevo a cabo la re aplicación del cuestionario Mini Mental State Examination y el test WHOQOL-BREF.

Técnicas e instrumentos de registro

Se aplicaron los test Mini Mental State Examination, WHOQOL-BREF y la Encuesta socio demográfica fueron los tests que abarcaban la temática central de esta intervención.

Se realizaron registros observacionales a través de observación directa, apuntes o pequeñas notas en las hojas correspondientes a los ejercicios o en los mismos test y también se realizaron audio grabaciones ocasionales.

Mini Mental State Examination

El MMSE es un test de screening, la persona que lo desarrolló fue Folstein y colaboradores en 1975. Compuesto por 30 ítems agrupadas en 10 secciones donde las características esenciales que se evalúan son: orientación espacio temporal, capacidad de atención, concentración y memoria, capacidad de abstracción (cálculo), capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial, capacidad para seguir instrucciones básicas. El puntaje obtenido, determinará la normalidad o bien, el grado de deterioro cognitivo que posee la persona, sin embargo, las limitantes son en la aplicación hacia personas con sordera, cieguera,

analfabetismo. El máximo puntaje son 30 y el mínimo menos de 6. De acuerdo a los resultados, se categorizan de la siguiente manera: 30 – 27 sin deterioro cognitivo, 26 – 25 dudoso o posible deterioro cognitivo, 24 - 10: demencia leve a moderada, 9 – 6 demencia moderada a severa y finalmente un puntaje menos de 6 indica demencia severa.

Entre los resultados se encuentran sin deterioro, dudoso o posible deterioro, demencia leve a moderada, demencia moderada a severa o bien demencia severa. Sin embargo, esta prueba debe ser aplicada con otros tests y/o entrevista, no como fuente única de diagnóstico.

WHOQOL-BREF

El WHOQOL-BREF, es un instrumento el cual, es una versión abreviada de 26 ítems del Instrumento WHOQOL-100, proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. Produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente. El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. Sin embargo no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones, la fiabilidad del instrumento es muy buena (OMS, 2006). En un pilotaje previo, se obtuvo un alpha de cronbach de 0.931 lo cual indica un nivel estadístico de fiabilidad aceptable.

El WHOQOL-BREF, que es una versión reducida, presenta cuatro dominios de alto nivel, sobre salud física (ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), psicológica (ítems 5, 6, 7, 11, 19, 26), relaciones interpersonales (ítems 20, 21, 22) y su entorno social (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Las facetas se encuentran en un nivel medio de organización entre los dominios y los ítems, por ejemplo, el dominio psicológico, incluye elementos de enfoque en sí mismo, la imagen corporal, los sentimientos positivos y negativos, los cuales son representados por elementos específicos del WHOQOL-100. Además, este cuestionario, como una medida genérica de la calidad de vida, ha sido adaptado a varias tareas sobre

calidad de vida en grupos vulnerables, por ejemplo, los adultos mayores (World Health Organization, *ibídem*).

Análisis de la información

El procedimiento para recolectar datos fue a través de la selección de los instrumentos de medición, se buscó que los tests aplicados tuvieran una elevada alfa de Cronbach y que fueran estandarizados para la población mexicana, con revisión de la estadística descriptiva, los datos se revisaron, analizaron y procesaron estadísticamente con el programa SPSS.

Se reitera que la información aquí descrita, ha sido vigilada para guardar la confidencialidad de los participantes, aplicando los principios que rigen el comportamiento de los psicólogos, destaca el respeto hacia las personas, su cuidado, integridad en las relaciones con los participantes y la responsabilidad tanto para las personas como para el proceso (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Es necesario mencionar que también se aplica la confidencialidad de los resultados, mencionada en el Art. 62 del Código Ético del Psicólogo, creando un código de identificación de los participantes para no revelar sus nombres reales, capturando la información sin terceras personas (Sociedad Mexicana de Psicología, 2003).

El análisis de esta investigación es predominantemente cuantitativo pues busca determinar la diferencia sustancial que existe en los adultos mayores institucionalizados a través de la aplicación de los test pre y post. , y de esta manera observar la diferencia numérica en el dominio psicológico componente de la calidad de vida de los participantes.

Los resultados de los seis participantes se obtuvieron en el pre test, sin embargo, el pos test se vio afectado, pues dos de los participantes fueron retirados del centro, lo cual apunta a una afectación en el análisis del post test.

Capítulo III. Resultados

En la presente sección se exponen los resultados del estudio, previamente se muestran las condiciones iniciales (pre test) de los participantes, se describe la intervención y posterior a la intervención se señalan las condiciones finales (post test).

Condiciones iniciales de la Intervención

Como se ha descrito anteriormente la muestra se encontraba constituida por dos hombres y cuatro mujeres (Ver tabla 1), siendo el participante más joven de 80 años y el más grande de 86 años, de acuerdo al análisis de los datos siendo 82 años la media en cuanto a la edad, con una desviación estándar típica de 2.280.

Las condiciones iniciales que se obtuvieron con base en el Test Mini Mental State Examination (ver tabla No.2), revelan condiciones cognitivas que indican que los participantes contaban con orientación espacio temporal, lo cual es necesario en un proceso gestáltico, capacidad de atención, concentración y memoria, de cálculo, lenguaje y percepción viso-espacial así como la capacidad para seguir instrucciones básicas Los seis participantes obtuvieron el puntaje más alto.

Tabla No. 2

Pre-test Mini Mental State Examination					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Pre test Mini Mental State Examination	6	30	30	30.00	.000
N válido (según lista)	6				

Fuente: Elaboración propia

Al obtener los puntajes del siguiente test WHOQOL-BREF, los participantes mostraron puntajes diversificados, generalmente al responder se detenían y mostraban reflexión, sin embargo, sus puntajes aparentemente mostraban condiciones de salud psicológica normales, cuando se tuvo la entrevista socio demográfica con cada uno de ellos, la participante S6 dijo que había recapacitado en sus respuestas y que no eran las adecuadas, lo mismo sucedió con las tres participantes mujeres restantes.

Las respuestas de los participantes, son considerables para trabajar el dominio psicológico pues indican que por lo menos alguno de los participantes se sentía con muy poco sentido de vida, poco disfrute de su vida, en la pregunta no.7 revelaron tener poca concentración, sin embargo, esto se contrapone al primer test que revela los niveles de concentración aceptables para el rango de edad de este grupo de adultos mayores. También manifestaron poca satisfacción en sí mismos y el test, también arrojó sentimientos negativos. Todos los participantes mostraban aceptación por su apariencia física, siendo el único reactivo con tope en el pre test.

Tabla No.3

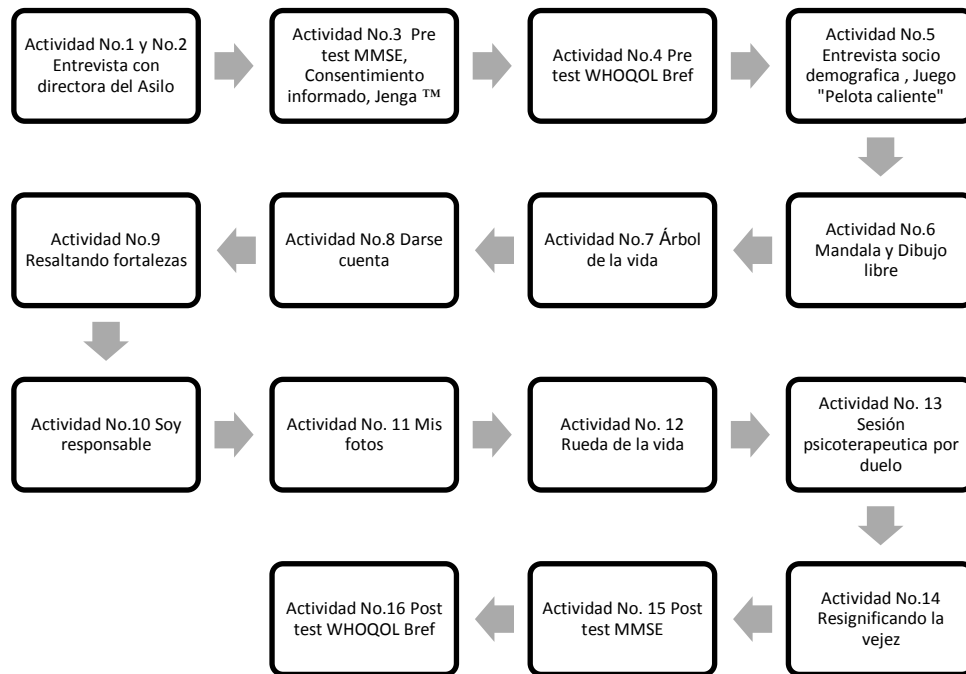
Pre test WHOQOL- BREF

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
P5 ¿Cuánto disfruta de la vida?	6	2	4	3.00	1.008
P6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	6	1	5	3.00	2.017
P7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	6	2	5	3.50	1.513
P11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	6	5	5	5.00	.000
P19 ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	6	2	3	2.50	.504
P26 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	6	2	3	2.50	.504
N válido (según lista)	6				

Fuente: Elaboración propia

Proceso de intervención

El esquema general de la intervención se muestra en el siguiente diagrama donde se indican las sesiones y las actividades realizadas de manera general.



Actividades generales de la intervención (Fuente: Elaboración propia)

Las primeras sesiones cuando se tenía la entrevista con la directora del asilo, se saludaban a los adultos mayores institucionalizados, además se interactuaba con una charla pequeña. Ahí se conoció un poco sobre las limitantes físicas, por ello se fueron planificando las sesiones de acuerdo a sus posibilidades, considerando sus habilidades físicas.

Cuando se les proporcionó el consentimiento informado la participante G2 dijo que no veía, que si alguien le podía ayudar. En el caso de M3 la osteoartritis no le permitía apoyar su mano, de hecho, eso fue lo primero en manifestar, expresó como el dolor era un limitante para ella. En el caso de S6 el problema de audición fue el que se hizo presente y en el caso de A4 y J5 manifestaron incapacidad de desplazarse por el temor a caerse (A4) y la cirugía de sus piernas (J5), el único que manifestó salud completa fue el participante R1.

Se les informó sobre la duración de la intervención aproximada que sería de 14 sesiones, aproximadamente dos meses y medio, con una duración de 1 hora a 1 hora 30 minutos de manera semanal.

Luego se les aplicó el Mini Mental State Examination y se hizo la invitación para participar en el proceso de intervención, los adultos mayores se mostraban muy entusiasmados. Ese día se planeó una actividad rompe hielo, se pensó en un juego de mesa, pero de igual manera que con la firma del consentimiento informado, las limitantes físicas empezaron a aparecer. De manera muy asertiva, comentaron que esos juegos eran difíciles por su condición física, pero que les parecía muy interesante que alguien los visitara y que estuviera con ellos, preguntaron que cuando sería la próxima vez que los visitaría.

Posteriormente, se aplicó el test WHOQOL - BREF, durante la sesión se les compartió una paleta, como parte del ciclo de la experiencia diseñado por Perls (Ramos, 2013), se les pidió que describieran el sabor, como era la textura, el color de la paleta, con este ejercicio se buscó el contacto con la sensación, el ejercicio terminó cuando les pregunté que sentían al comerla.

La sesión posterior se aplicó la encuesta sociodemográfica y se llevó a cabo, una técnica de presentación llamada “Pelota Caliente” (SEDUPAZ, 2000), la cual consiste en autopresentarse e ir sumando gustos e intereses. El objetivo es aprender los nombres de las personas de un grupo sentados en círculo, los participantes van diciendo su nombre, comida favorita, color, canción, por mencionar algunos. Los adultos mayores ya se conocían pues tenían como mínimo seis meses de convivencia, sin embargo, conocían sus nombres o características generales, pero no conocían sus gustos por comida, por bebida, por pasatiempos, por colores, detalles que imprimen la huella personal de cada uno. Algunos ya no recordaban inclusive su fecha de cumpleaños. Esta dinámica les permitió conectarse con ellos mismos y sus gustos. Entre ellos mismos se decían que no conocían que eso les gustara. Luego se procedió a hacer el llenado de los datos socio-demográficos.

La siguiente sesión se permitió trabajar con diferentes materiales destacan las acuarelas, colores de palo, pinturas acrílicas, mandalas y sus manos. El ejercicio consistió en colorear mandalas [“representación geométrica y simbólica del universo en el brahmanismo y el budismo, es originario de la India y permite armonizar, estabilizar y controlar los estados de crisis, ansiedad y desequilibrio” (Riubo, 2013)], seleccionando los colores y material de su preferencia, hubo quien eligió pintura acrílica y exclamaban como sentían la pintura en sus manos. Comentarios como “esta fresquecita” “huy...hacia mucho

no me ensuciaba”, también tuvieron la oportunidad de elaborar un dibujo libre, dos comentarios resaltan, el primero lo generó R1 quien dijo que el paisaje eran sus vacaciones y de G2 quien dijo que añoraba su libertad.

La actividad titulada “Árbol de vida”, tiene sus orígenes en la terapia narrativa con White y Epston, desarrollada por Ncazelo Ncube y David Denborough pertenecientes al Dulwich Centre Foundation. Esta estrategia fue aplicada en un grupo donde las personas habían vivido experiencias traumáticas (Ncube, 2006; Denborough, 2008). En la intervención que se realizó con los adultos mayores, se obtuvieron comentarios profundos, emitidos con mucha reflexión y seriedad. Al inicio de la sesión, se lanzaron preguntas: ¿cuál es mi inicio?, ¿qué me sostiene en la vida?, ¿cuáles son mis anhelos?, ¿qué cosas bonitas tengo para dar?, ¿qué personas hay en mi vida?, ¿de qué cosas deseo desprenderme?, ¿cuáles han sido mis logros?, comenzaron a estar serios y luego, cuando se les repartió el material, ellos vieron la hoja del árbol, fueron respondiendo poco a poco. En el humanismo, se considera a la persona experta en su vida y con ese ejercicio se confirmó.

Con este ejercicio, se continuó trabajando en las capas neuróticas, aprovechando la reflexión para promover el insight.

La actividad siguiente, fue en torno a “Darse cuenta”, en la sesión previa, se había promovido la reflexión en los participantes, en esta sesión se les indicó, el uso de la frase “yo me doy cuenta...”, y es así como esta actividad tuvo un efecto parte aguas en los adultos mayores. La importancia de su presente sin añorar el pasado o pensar en el futuro. La dirección del ejercicio fue simple, preguntas tales como ¿Cómo se sentían en ese día?, les permitía contestar haciendo anclaje en el tiempo hacia la sesión previa. En esta sesión ellos mismos se expresaban en tercera persona “cuando piensas y te fijas...” nuevamente se les recordaba que emplearan la frase “yo me doy cuenta”. Ellos aprovechaban cualquier sesión para vaciarse interiormente, como si hubieran acumulado sentimientos positivos y/o negativos en un cofre, el cual cerraron con llave. Fue hasta estas sesiones que se reflexionó poco a poco sus vidas, algunos de ellos volvían a caer en la tentación de verse como víctimas, sin embargo, al momento de oír narrativas de experiencias dolorosas y profundas de todos los participantes, la tentación de victimizarse fue siendo menor.

Con este ejercicio se trabajó el ciclo de la experiencia, la mayoría de los participantes lo completaron, ese darse cuenta se conoce como la capacidad de los seres humanos de percibir lo que les acontece, a ellos, pero también como seres sociales, puede ser de sí mismo o emociones (zona interna), del mundo exterior percibida a través de sus sentidos (zona externa) o bien de su zona de fantasía (zona en donde se generan los pensamientos) (Martín, 2005).

Después de escuchar sus historias de vida, sus limitantes y sus quejas, durante las sesiones previas, se pensó en trabajar la estrategia “Resaltando fortalezas”, de tal manera de revisar su autoestima, como parte del dominio psicológico de la Calidad de vida. La instrucción fue que pensarán en sus fortalezas, ¿cuáles eran sus fortalezas?, en este ejercicio, los participantes comenzaron a aportar aspectos superficiales, pero también despersonalizados, como por ejemplo, en respuesta de M3 y S6 comentaron que sus fortalezas “eran sus hijos”, la participante G2, dijo “no veo nada bueno”. J5, mencionó “ya no tengo nada que dar”. Esta pregunta específicamente, dio la pauta como técnica de confrontación.

La confrontación es considerada una forma psicológica que sirve para interrogar, se obtienen detalles cognitivos, pero también sensoriales, de tal manera que las personas logren centrarse en sí mismos, en sus vivencias, logrando sacar los pensamientos, sentimientos y actitudes que le ocasionan un conflicto. Se considero apropiado el uso de la confrontación, como parte del “contacto” que menciona Satir (1990) como diálogo exterior.

Apoyando el proceso con la fenomenología y calibración, se detectó que al expresarse, los adultos mayores, empleaban mensajes en segunda o tercera persona, olvidándose de la primera persona, por ello se consideró que existía una pérdida de control o evasión de la responsabilidad. De tal manera que algo obstruía que expresaran sus sentimientos, victimizándose a sí mismas (Vargas Cordero, 2003). La tarea en esta sesión, sirvió como una apertura para el proceso psicoterapéutico, les sirvió para que hablaran sobre sus vidas y como se sentían ahora con lo que habían hecho o dejado de hacer en el pasado. Finalmente, a través de un ir revisando y anotando gráficamente sus expresiones, ellos se dieron cuenta de que si contaban con fortalezas, durante la sesión, fueron quedando atrás las frases “no me veo nada bueno” “ya no tengo nada que dar” “voy de salida”.

La actividad “soy responsable” se enlazaba a la anterior, el inicio de la sesión fue igual que las anteriores, preguntando ¿cómo están? ¿Cómo se sienten? ¿Cómo pasaron el fin de semana? una serie de preguntas rompehielos, y en base a esa introducción, se comenzó a tocar el tema sobre la responsabilidad, esta actividad, comentaron que era desafiante, pues ellos al tener merma física en algunos órganos, algunas otras personas debían de “decidir” por ellos, o que en algunas ocasiones, sentían que ya no tenían responsabilidad sobre ellos mismos.

Los ideales en la terapia gestáltica, marcan la pauta para trabajar ciertos principios y específicamente, uno de ellos es vivir aquí y ahora, además de responsabilizarse sobre las acciones, sentimientos y pensamientos, además de aceptar ser como se es (Naranjo, 1990).

La mayoría decía al responder el test WHOQOL - BREF que estaban conformes con su imagen física, sin embargo, al adentrarnos en las sesiones, y específicamente en esta sesión, se dieron cuenta que el hecho de perder movilidad y dejar de ser responsables de sí mismos, les ha hecho indiferentes a ellos como personas, de tal manera que como en el caso de A4 que podía mover sus piernas, pero que “por comodidad y miedo” prefería estar en la silla de ruedas, cediendo parte de sí mismos a los cuidadores.

Una de las personas S6 compartía que sus hijos le dijeron que no podía sacudir su nariz porque podía tronar sus oídos y eso le hacía sentir incompleta, M3 dijo que el dolor de su cuerpo, debido a la osteoartritis le imposibilitaba, además dijeron como la cuestión de su vejiga o intestinos, a veces les traicionaba, no llegando al sanitario. Por su parte G2 compartió que el hecho de tener ceguera progresiva, le causa un impedimento en el cual está pensando todo el tiempo, pues no le gusta salir del asilo y requerir ayuda de sus hijos o nietos.

Sin embargo, aun cuando las respuestas de los adultos mayores fueran negativas, se comenzó a buscar alternativas, de tal manera que recuperaran en la medida de lo posible, la responsabilidad física y emocional de sí mismos. G2 comentó que “ella quería ser más ordenada” pues esto le ayudaría a ubicar mejor sus artículos mediante el poco porcentaje visual y el tacto.

Esta sesión no solo permitió que comenzaran a recuperar su responsabilidad, sino que todavía, fueron más atrás de su vida y comenzaron a descubrir, a partir de cuando dejaron de ser responsables de sí mismas, por ejemplo G2, M3, S6, refirieron que ellas en el momento mismo de casarse, cedieron todo a sus parejas. En el caso de R1 dijo que él se sentía muy responsable de sí mismo, pero que sentía tristeza de haber perdido sus bienes materiales cuando ocurrió el accidente en el que perdió la vida su hija y al haber sido herido con armas de fuego, J5 dijo que su responsabilidad le había llevado a ser muy cumplido con su trabajo, pero que perdió a sus hijos y a la fecha solo una nuera lo frecuentaba en el asilo y J5 comento que ella añoraba a sus padres, que siempre la habían cuidado, inclusive en las dos ocasiones que estuvo comprometida, pero que por situaciones de infidelidad no había culminado.

Al estar compartiendo sus experiencias, sus rostros cambiaban y se asombraban por los descubrimientos que estaban teniendo.

La siguiente actividad se tituló “Mis fotos”, esta actividad llevaba la intención de tener el contacto que ya estaban teniendo con ellos mismos, de tal manera que descubrieron a sus familias de origen, recordaron que eran parte de un sistema familiar, se realizó un anclaje con estas fotos, de tal manera que se solicitó que la foto que más les gustara, la guardaran en algún lugar de su cuerpo mediante una visualización guiada.

S6 quien había quedado viuda recientemente, pidió a sus hijas que retiraran las fotos, pues no quería doler por su esposo, sin embargo, con esta actividad, volvió a solicitarlas a las hijas, con gusto comenzó a platicar sobre su marido, sobre sus hijas, sus profesiones y lejos de doler como ella temía, fue un momento de intercambio de historias y anécdotas, R1 no tenía fotos, pero tenía un VHS en donde le habían grabado cantando en algún evento en su ciudad de origen, tanto le motivo la actividad, que acudió a un lugar a que el casete de VHS lo transformaran en CD ROM, de tal manera que presentó su “tarea” muy animoso, al oír las canciones y oírlo a él tan entusiasmado, mostrando parte de su vida, los demás compañeros, le coreaban y aplaudían, a lo cual respondió poniéndose a cantar.

La actividad les gusto. Al finalizar la sesión, se les preguntó ¿Qué sientes? ¿Cómo te sentiste con la actividad? ¿De qué te das cuenta?, fueron comentarios encaminados a que

estaban recordando quienes eran, que recordaban momentos felices, que se habían sentido muy bien participando en la actividad.

Al aplicar el ejercicio de la “Rueda de la vida” nuevamente se pusieron reflexivos y muy compartidos de sus experiencias de vida. Al ver gráficamente las áreas de su vida, se dieron cuenta cuales estaban menos equilibradas, también detectaron las que necesitaban atención por parte de ellos y en cuales estaban en un nivel satisfactorio para ellos. Un área que resultó en los 6 participantes muy elevada, fue el área espiritual, ellos expresaban que ya no hay otra cosa que hacer, así que rezan el rosario, leen la Biblia, o reflexionan sobre libritos que su temática principal es espiritualidad. En el aspecto familiar contaban anécdotas y como es que se han desvinculado de sus parientes, “pues ellos tienen otras ocupaciones”, entonces quedó la reflexión de sus vidas, en M3 se estuvo trabajando la culpa que tenía por haberse dedicado a participar en actividades altruistas a costa de pasar tiempo con sus hijos y justamente, se trabajó la muerte de su hijo en donde ella reflexionó la pérdida. R1 compartió que se siente triste que ya no es parte de sus hijos, ni de sus nietos, G2 contó cómo es que se ha perdido eventos familiares por “no querer causar lastima”, A4 resaltó la ingratitud de sus hijos y resalto la buena disposición de su nuera, J5 comentó la muerte de su sobrino, de “su guapo”. S6 dijo que ella se encontraba bien, pero que no le gustaba andar de casa en casa de sus hijas, que prefería estar ahí. El área física, también les hizo reflexionar, y por ejemplo G2 comentó “no me gusta jugar a la cieguita”, nuevamente compartieron el área física que ya no pueden utilizar, nuevamente se les hizo hincapié en buscar que si pueden hacer por ellos mismos.

Destacaron la amistad que existe entre ellos y reflexionaron sobre otras personas que conocen desde jóvenes pero que debido a la demencia senil, ya no les reconocen. Entre todos, planearon estrategias para llevarse bien o por lo menos sobrellevar a los otros adultos mayores que son sus compañeros del asilo.

La siguiente sesión, se abordó una situación por duelo, ya que ese día en la madrugada una de sus compañeras había fallecido en el asilo. La condición emocional de los adultos mayores era de tristeza, pero también de incertidumbre, inquietud y miedo, al pensar quien sería el próximo en fallecer.

La sesión estuvo cargada de mucha emoción de tristeza, debido a que ellos no habían tenido algún proceso terapéutico, venían cargando duelos que se empalmaron con la compañera del asilo, pero al comenzar a trabajar la sesión terapéutica. Al inicio de la sesión G2 preguntó si se tenía el conocimiento de lo que había pasado en el asilo.

Desde un inicio de este trabajo, se ha hablado de los aspectos subjetivos, de la percepción de cada persona, constituyendo así el dominio psicológico, y también se mencionó a los sentimientos negativos, sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión. Las necesidades del campo, justificaban el trabajo del duelo que manifestaban en ese día. En sesión grupal, se abordaron los sentimientos que experimentaban, y se inició la sesión con preguntas disparadoras ¿cómo están? ¿Cómo se sienten?, la sesión comenzó a fluir y los adultos mayores manifestaron los duelos vividos previamente.

En el caso de R1 de una hija, al permitir el espacio para hablar, su mandíbula comenzó a trabajarse al hablar, lagrimas querían salir, pero no les permitió salir, compartía que sentía mucho coraje hacia su yerno, que fue quien privó de la vida a su hija y luego envió personas para privarlo de la vida a él también, apretaba los puños, y luego se levanto para ir al baño, regreso al salón, pero ya no manifestaba emoción, solo se observaba su mirada vacía. G2 habló de su marido y su muerte, comentó que ella le encontró amarrado a una silla y con sus ojos derritiéndose por el incendio propiciado por quienes lo agredieron, ella compartía que sentía mucha tristeza, su voz se entrecortaba al contar y describir la escena, sus lágrimas comenzaron a salir de ella, con respiro profundo manifestaba el coraje que sentía que le hubieran arrebatado a su esposo y compañero de vida, que no tenían el derecho de haberlo asesinado, comentaba que su esposo era un hombre de bien y que con su muerte, mucho de ella se había ido. En este caso, también se trabajó en esta sesión, el coraje, ella logró gritarles a los asesinos, resalta el hecho que ella logró visualizar a su esposo y decirle que lo amaba, que le agradecía todo lo bueno que había sido con ella y con sus hijos.

En el caso de M3, compartió lo mal que se sentía, pero que no le era tan incomodo, pues él le había sido infiel en su juventud en varias ocasiones, así que no sentía tanta unión con él, pero al hablar de la muerte de un hijo se contacto rápidamente con el sentimiento, expresaba su impotencia por no haber podido salvarle, sentía culpa de no haber hecho más

por él. Ella lloró en ese momento de compartir, manifestó un profundo dolor que sentía en el pecho, el proceso psicoterapéutico fue apoyado por la psicóloga y maestrante, de tal manera que M3 logro reacomodar la informacion y quitar culpa de sí misma.

A4 manifestaba seriedad, el solamente se sentía triste por su compañera, sin embargo, se encontraba reflexionando sobre las pérdidas. El entonces comenzó a hablar sobre la muerte, se le dijo que si había algo que él sentía inconcluso o que si necesitaba algo en ese momento. Con una actitud de pesadumbre, dijo que él no sabía el error que había cometido para que ninguno de sus hijos lo frecuentara, manifestó también que eran hijos adoptados y que aun no desconocía porque lo habían abandonado. A través de preguntas de reflexión se mencionó la responsabilidad, se le dijo que él era responsable de lo que él sentía, pero no de lo que los demás sintieran, en una actitud reflexiva y analítica, expresó “tal vez como fui muy trabajador, siempre estaba ocupado”, de tal manera que con el proceso psicoterapéutico se ayudo a restar carga emocional a las pérdidas de sus hijos, que se encontraba viviendo en ese momento, y como lo experimentaba a través del abandono.

J5 manifestó la muerte de un sobrino y la tristeza que sentía, sin embargo, siguió abriéndose y compartiendo, cuando de un momento a otro, se encontraba hablando de la pérdida de sus padres, las desavenencias que esas pérdidas le ocasionaron y sobre todo que ella sentía que aun en este tiempo, siendo adulta mayor le hacía falta. También hubo un proceso terapéutico con ella, con sus sentimientos, con lo que ella podía rescatar de los momentos vividos armoniosamente con sus padres y luego se trabajo la situación del sobrino. Se trabajo que en ocasiones la vida se termina en un instante, nuevamente, se busco anclar momentos felices con su sobrino y resignificar el proceso de muerte.

S6 también sentía la tristeza por su esposo, en esta sesión, ella tuvo la oportunidad de hablar y hablar sobre su esposo, de sus sentimientos, de la falta que le hacía, entonces ella expresó “me hace falta...”, en el proceso de ella, se trató de recuperar que había logrado sin su esposo, se hizo una reflexión sobre lo que tenía en el presente y al final, ella con una sonrisa compartió que sí, que ella era bendecida por tener a sus hijas que la cuidaban y que con su marido compartió toda su juventud, así que comenzó a platicar los momentos felices.

La sesión finalizó, y ellos mostraban claridad sobre la muerte, sobre el dolor que podían sentir, que ellos no podían cambiar ese momento, pero que a su vez, no todo era tristeza o coraje, sino que también lograron rescatar momentos felices, tornándose los sentimientos negativos en sentimientos positivos, mencionados previamente, y que buscaría llevar a los adultos mayores a un estado de la satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida.

La siguiente sesión, fue sobre resignificar la vejez.

De acuerdo a Groues (1997) las metas en los procesos psicoterapéuticos son siete: (1) Resignificar la realidad, (2) Facilitar los procesos de comunicación con los demás, (3) Facilitar una participación satisfactoria para con los demás, (4) Reducción de la ansiedad, (5) Elevar la autoestima, (6) Promover la introspección hacia el proceso mismo del envejecimiento, (7) Promover la movilización y motivación para desarrollar creatividad y productividad (Groues, 1997).

Se apertura la sesión con las preguntas básicas, ¿Cómo están? ¿Cómo se sienten? Y se les preguntó ¿Cómo se sienten de estar en este lugar? ¿Cómo se sienten de llegar a su edad?. Comenzaron a responder diversos comentarios, G2, M3 y S6 dijeron que su cuerpo lo aceptaban, pero no aceptaban que tuvieran molestias o dolores, hicieron referencia a los padecimientos físicos.

En particular en esta sesión las mujeres fueron quienes respondieron mayormente, dijeron que se sienten mal por estar limitadas, hacían una comparación de cómo eran antes y como son ahora.

G2 dijo que ella manejaba y trabajaba como maestra de inglés, pero que sus hijos a la par que le retiraron las llaves de su carro, le llevaron al asilo. M3 dijo que ella sentía impotencia porque en su juventud era altruista y perteneciente al Club Rotario, comentaba que ahora no podía ayudar a nadie. Por su parte S6 dijo que ella se sentía mal de usar el andador o ropa interior especial, propia de adultos mayores, pero dijo que su vida la había vivido intensamente y que era parte de la vida llegar a la vejez. La sesión comenzó y se llevo a la reflexión de que no necesitan tener fuerza física para ayudar, fue entonces cuando

M3 dijo que ella tenía una voz muy fuerte y que podía gritar cuando sus compañeros necesitaban ayuda, además que era muy terca y hasta que no le hacían caso se quedaba tranquila. G2 dijo que también ella podía ayudar a los demás, que se consideraba la más dulce del asilo y que podía compartir con los demás esa dulzura. La reflexión final apuntó hacia la satisfacción que obtienen ayudando a los demás, compartiendo, platicando, sintiéndose aún útiles. También aceptaron que la condición física y de apariencia es secundaria, compartieron que es algo incómodo no poder gozar de todos los beneficios de la salud, pero que se dan cuenta que para su edad han llegado muy bien y que se sienten felices, pues aun se pueden desplazar por ellos mismas.

Esta sesión terminó con un suspiro y “gracias” por parte de M3, además reiteraron lo interesante que era este espacio de trabajo y que sentían como eran favorables los cambios en ellos, que se sentían diferentes, que veían como sin necesidad de presionarles, en este tiempo de trabajo iban saliendo “cositas”, poco a poco, en palabras de G2.

En la sesión No. 15 y sesión No.16 se reaplicaron los tests Mini Mental State Examination y test WHOQOL-BREF. Cabe mencionar que los participantes A4 y S6 ya no concluyeron el proceso del post test. A4 porque fue retirado por los familiares, posteriormente falleció y S6 porque una hija consideró inapropiado el asilo y se la llevó.

El desarrollo de las sesiones y proceso de intervención de manera desglosada, se muestra en (Ver Tabla No.4) en la cual se especifica el número de sesión, nombre de actividad, fecha, el objetivo que se perseguía al aplicar dicha sesión, así como su propósito. Existen evidencias fotográficas de algunas de las sesiones, las cuales se encuentran ubicadas en el Anexo No.5.

Tabla No. 4
Proceso de intervención

No. de Sesión	Actividad	Fecha	Objetivo	Propósito
1 y 2	Entrevista	14 febrero 2017 21 febrero 2017	Dar a conocer a la directora del Asilo por menores del proceso de intervención, conocer a los adultos mayores.	1. Mostrar el protocolo de intervención 2. Dar a conocer el consentimiento informado, Test Mini Mental State Examination (MMSE), test WHOQOL- BREF. 3. Dar a conocer bajo qué condiciones participarían los

				<p>adultos mayores.</p> <p>4. Proporcionar los pormenores de las sesiones (tiempo, número de sesiones aproximado, material requerido).</p> <p>5. Conocer los días apropiados para la intervención.</p>
3	Aplicación psicometría, consentimiento informado	07 marzo 2017	Selección de participantes y aplicación de test	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer rapport con los participantes 2. Filtrar a quienes participarían en el proceso. 3. Dar a conocer el proceso de intervención a los participantes. 4. Aplicación del MMSE 5. Dar a firmar el consentimiento informado.
4	Aplicación de psicometría	14 marzo 2017	Aplicación de test	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación del test WHOQOL- BREF.
5	Entrevista socio demográfica y “pelota caliente”	21 marzo 2017	Entrevistar a los participantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación de la entrevista socio demográfica. 2. A través del juego, obtener información particular de cada participante.
6	“Mandala -Dibujo libre”	28 marzo 2017	<p>Expresar el dominio psicológico a nivel de procesos cognitivos.</p> <p>Promover la sensibilización corporal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Experimentar a través de sus sentidos empleando materiales de artes plásticas (pintura acrílica, crayones, colores de palo). 2. Iluminar un mandala 3. Elaborar dibujos libres con los materiales y hablar al respecto.
7	“Árbol de la vida”	04 abril 2017	<p>Promover la libre expresión de sus sentimientos positivos y negativos, contenidos en el dominio psicológico.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explorar sentimientos. 2. Rescatar sentimientos positivos. 3. Reestructurar sentimientos negativos. 4. A través de la terapia narrativa permitir la libre expresión. 5. Promover el insight.
8	“Darse cuenta”	02 mayo 2017	<p>Propiciar el trabajo con autoestima</p> <p>Emplear la confrontación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emplear la frase “me doy cuenta...” en sus narrativas. 2. Promover el insight.
9	“Resaltando fortalezas”	09 mayo 2017	Identificar y expresar sentimientos negativos y positivos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El propósito de esta sesión fue que los adultos mayores tuvieran la oportunidad de sus

			<p>Regresar la responsabilidad personal y autoestima.</p> <p>Propiciar trabajo con autoestima.</p>	<p>limitaciones y fortalezas.</p> <p>2. Recuperar cuáles eran sus sentimientos frente a sus limitaciones.</p> <p>3. Resaltar fortalezas.</p>
10	“Soy responsable”	16 mayo 2017	<p>Libre expresión de sentimientos positivos y negativos.</p> <p>Propiciar trabajo con autoestima.</p> <p>Compartir particularidades con sus compañeros. Resaltar la auto responsabilidad.</p>	<p>1. El propósito de esta sesión fue que los adultos mayores tuvieran la oportunidad de sus limitaciones y fortalezas.</p> <p>2. Recuperar cuáles eran sus sentimientos frente a sus limitaciones.</p> <p>3. Anclaje en fortalezas.</p>
11	“Mis fotos”	23 mayo 2017	<p>Libre expresión.</p> <p>Reconectar consigo mismos.</p>	<p>1. A través de esta actividad, los participantes, tendrán la oportunidad de mostrar sus fotos.</p> <p>2. Mostrar que somos diferentes.</p> <p>3. Emplear la narrativa sobre ellos y los aspectos más apremiantes.</p>
12	“Rueda de la vida”	30 mayo 2017	<p>Promover el darse cuenta sobre las áreas de mayor desarrollo y las más limitadas.</p>	<p>1. Expresión sobre sus áreas de vida.</p> <p>2. Escuchar como las han desarrollado y lo que han logrado.</p> <p>3. Enfatizar en la oportunidad de seguir creciendo.</p>
13	“Duelo”	06 junio 2017	<p>Trabajar el duelo por la muerte de la compañera del asilo.</p>	<p>1. Dar contención emocional a los participantes.</p> <p>2. Encontrar su idea sobre la muerte.</p> <p>3. Explorar sentimientos sobre la muerte.</p> <p>4. Promover la libre expresión sobre la muerte.</p> <p>5. Resignificar la muerte.</p>
14	“Resignificar la vejez”	13 junio 2017	<p>Resignificar la vejez.</p>	<p>1. Explorar sentimientos.</p> <p>2. Rescatar sentimientos positivos.</p> <p>3. Reestructurar sentimientos negativos.</p> <p>4. Promover el insight.</p>
15 y	Aplicación de	20 junio 2017 27 junio 2017	<p>Post test del MMSE y</p>	<p>1. Obtener los resultados</p>

Fuente: Elaboración propia

Condición final de los participantes

Los participantes R1, G2, M3 y J5 concluyeron el proceso de intervención. Con estos datos se ha estimado nuevamente el alfa de Cronbach en .706, valor que indica que el instrumento de medición se considera confiable.

En el momento del post test, no hubo cambios en el test Mini Mental State Examination, considerando la duración de la intervención de dos meses y medio, siguieron ubicados en tiempo y espacio y con sus funciones cognitivas normales para su edad (Ver Tabla No.5).

Tabla No.5 Comparativos pre test y post test
Mini Mental State Examination (MMSE)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Pre- test Mini Mental State Examination	6	30	30	30.00	.000
Post- test Mini Mental State Examination	6	30	30	30.00	.000

Fuente: Elaboración propia

La hipótesis planteada en un inicio, fue “Existen cambios en el reconocimiento de sentimientos de los adultos mayores institucionalizados a través de un proceso de psicoterapia humanista y Gestalt que permitieron mejorar el dominio psicológico, componente subjetivo de la calidad de vida”.

Al analizar los datos de manera cuantitativa, se observa un ligero incremento en el post test del WHOQOL- BREF, sin embargo no llega a ser significativa, debido a varios factores, uno es el tamaño reducido de la muestra y otra los dos movimientos de los compañeros A4 y S6. A este mismo cambio se le agregan los nuevos compañeros de habitación. Como seres humanos holísticos, es importante tomar este dato de las relaciones ambientales como un indicador que puede afectar los datos estadísticos, pues finalmente son datos subjetivos. En la tabla No.6, se observa el aumento de la desviación estándar

típica, pues al momento de omitirse la información de los dos participantes y tiende a ser poco confiable.

Para analizar los datos, se empleo el análisis de pruebas de los rangos con signo de Wilcoxon, medida no paramétrica (tamaño de la muestra menor a 30 casos), para comparar la mediana de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. Este análisis se realizó de esta manera para probar de manera estadística si fue significativo el análisis pre y post test de los test aplicados. Con una revisión mayor hacia el cuestionario WHOQOL-BREF, específicamente al dominio psicológico propiamente dicho. Esta prueba es utilizada para dos muestras relacionadas con puntajes del antes y después, tiene utilidad en la comprobación de los datos pre y post cuando se analiza un mismo grupo (Berlanda-Silvente & Rubio-Hurtado, 2012). Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el programa de paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS). En la tabla No.6 se observa el ligero aumento en la variable del dominio psicológico del test WHOQOL- BREF.

Tabla No. 6 Comparativos pre test y post test

WHOQOL-BREF					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Pre test WHOQOL- BREF Dominio 2 salud psicológica	6	18	26	21.00	2.828
Post test WHOQOL- BREF Dominio 2 salud psicológica	4	22	29	26.75	3.202

Fuente: Elaboración propia

El alcance descriptivo que describe cómo es y como se manifiesta el fenómeno de estudio, especificando sus propiedades y características, la muestra es de tipo no probabilística o dirigida donde la elección de los participantes no ha dependido de la probabilidad, sino a partir de una selección informal al contar con las características y criterios de la investigación, por tanto los resultados no son susceptibles de generalización, pero sí se les considera válidos para la muestra.

Estas muestras analizadas mediante la prueba de T pareada, p 95% , puede responder a la pregunta de investigación planteada en un inicio, ¿Cómo favorece la psicoterapia humanista y Gestalt en el fortalecimiento del dominio psicológico y por ende,

en el área subjetiva de la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados?, la respuesta se obtuvo del análisis de los datos pre test y post test, pues se observa el ligero incremento en sus puntajes totales, aun y cuando no fue significativo el incremento, la tendencia es de mejoría en la variable del dominio psicológico.

Evaluación de la intervención

La posibilidad de realizar cambios en el funcionamiento personal de los ancianos se ve avalada por la efectividad de las terapias psicológicas aplicadas hasta el momento con ellos. Como expone De Miguel (1999), el objetivo general de las terapias psicológicas es resolver problemas psicológicos, entendiendo por ellos, en términos generales, las dificultades que tiene una persona en sus relaciones con otros, en la percepción que tiene del mundo en relación consigo misma o en sus actitudes hacia sí misma.

En palabras de Kanfer y Goldstein (1986) los problemas psicológicos se caracterizan por sentimientos de ansiedad, insatisfacción con la propia conducta, excesiva atención sobre el área problemática, ineficacia para conseguir las metas deseadas o incapacidad para funcionar de forma eficaz en las áreas psicológicas.

El objetivo a través de la psicoterapia es ayudar al anciano a solucionar los problemas psicológicos que surjan de modo que cambie para mejor, desarrollando sus potenciales al máximo para poder acceder de este modo a las oportunidades que le brinda su ambiente.

El proceso de intervención se puede evaluar como favorable, ya que al establecer objetivos concretos, partiendo desde el objetivo general, dirigiendo la intervención hacia el dominio psicológico, como componente subjetivo de la calidad de vida, acepta la subjetividad de respuestas, las sensaciones y percepciones de los adultos mayores institucionalizados y trabajando ese dominio específicamente con estrategias de psicoterapia humanista y Gestalt, el trabajo global se nos permite “darnos cuenta” de que las estrategias empleadas, repercutieron de manera positiva en los participantes.

En el pre test se mostraban algunas áreas de oportunidad para trabajarlas a través de la psicoterapia humanista y gestalt, en algunos casos se considera que el estado de ánimo y

su calidad de vida se ha ido modificando poco a poco, si bien es cierto, con el adulto mayor es un trabajo intenso, pero los resultados son lentamente visibles, lo interesante es que de la sesión 5, refieren se quedaron pensando en sus respuestas y esto ayudó a que se disparara un proceso de cambio positivo.

En el post test se observó como avanzaron en el dominio psicológico, lograron expresar, según manifestaron los participantes, asuntos que ni a los allegados de ellos podrían contarles, la participante G2 inclusive al término de la 16ava sesión y ya no siendo parte del objetivo de la investigación, manifestó un intento de abuso sexual que vivió cuando tenía 9 años, se suponría que en esta sesión solo se recuperaría los datos finales, sin embargo, la participante dio la pauta para trabajar un proceso terapéutico y resignificar esta experiencia vivida.

De manera cuantitativa se puede evaluar la intervención, observando el ligero incremento en el post test, es decir, se promovió un cambio en los participantes.

Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones

Trabajar con los adultos mayores es una satisfacción como ser humano y como profesionalista, definitivamente, la experiencia es única de mucho aprendizaje.

Definitivamente, trabajar con adultos mayores, entrega al psicoterapeuta un sinfín de aprendizajes, sobre todo la dualidad de vida y muerte, pues es un factor que no se tiene considerado y que repentinamente se puede suscitar, sobre todo con una variable que modifíco esta intervención y es la muerte, la muerte como un elemento natural, se recomienda ser considerado en investigaciones futuras como proceso natural del ciclo vital.

Otra conclusión es que las familias siguen teniendo la facultad de la movilidad de sus adultos mayores, sobre todo cuando la dinámica familiar cambia, es posible que cambie también el estatus de vivienda para los adultos mayores, tal es el caso de una separación, divorcio, viudez, o cuando se experimenta el nido vacío.

Los objetivos de diseño e implementación de un programa con estrategias humanistas, también se cumplió de manera oportuna y se observa que esas estrategias fueron implementadas adecuadamente, también es importante señalar que en ocasiones las condiciones no se prestan para trabajar lo planeado y se resalta la importancia de trabajar con las necesidades del campo. Lejos de querer cambiar su perspectiva de vida, es conveniente conocerle y ayudarlo a que el mismo detecte sus áreas de oportunidad para cambiar de tal manera que cuente con oportunidades para lograr desarrollar sus potencialidades, que él pueda tomar decisiones para que logre considerarse por sí mismo, una persona independiente, es decir, que se sienta capaz de realizar exitosamente un comportamiento que le resulte pleno de bienestar y contribuya a su satisfacción vital y a su calidad de vida.

En esta intervención, se identificaron los dominios correspondientes al WHOQOL-BREF, el test que fue medular en esta investigación, se obtuvieron los puntajes de los cuatro dominios, pero también se observó que el medio ambiente y las condiciones del entorno pueden repercutir en el estado de ánimo de los participantes y que frente a esa situación es poco lo que se puede cambiar, por lo tanto el momento del post test es un

momento tan clave como el pre test, entonces las características de tranquilidad, estabilidad, también se sugiere observar y considerar para la reaplicación, en este caso, la movilidad de la compañera de cuarto de una de las participantes, fue importante, pues ella sentía un duelo presente y sus respuestas fueron sesgadas por ese factor.

La oportunidad de trabajar con adultos mayores, permite a los investigadores reconocer los cambios en los sentimientos, ayudarles a que se den cuenta de que sienten y como les gustaría expresarlo. En algunas ocasiones los adultos mayores lo que buscan es solamente una persona que les escuche, pues la vida en el asilo, se torna rutinaria, sin embargo, si se decide trabajar con esta población, es importante conocerles, de vez en cuando dar por su lado, pero también la confrontación si lo que se desea es intervenir con los adultos mayores.

En el caso de esta intervención, fue un proceso interesante, de retos para la investigadora y quizá sea pertinente como una recomendación a quien se interese en el tema, considerar una muestra mas amplia, pues en el transcurso no se puede determinar que las condiciones de intervención sean estables, por esos posibles cambios que pueden suscitarse en el proceso, es conveniente aumentar la muestra, además, que esta recomendación de número de participantes, puede dar un analisis mas certero, si se desea analizar de manera cuantitativa.

Aun y cuando se tiene planeada cada sesión en tiempo y orden, es conveniente que el investigador desarrolle paciencia y tolerancia a la frustración. También que logre visitar y conocer a la población antes de la intervención para que tenga conocimiento de las áreas de oportunidad y busque adecuar el tema de investigación de acuerdo a las características de la población.

Los estudiosos de la intervención psicológica en adultos mayores enfatizan la necesidad de promover la autoestima, resignificación de la vejez, fomento de habilidades sociales, manejo del tiempo libre y actividades de autocuidado, cuando se tiene como propósito elevar la calidad de vida en este grupo poblacional de acuerdo con Rodríguez-Uribe, Valderrama-Orbegozo, y Molina-Linde (2010).

En torno al estudio de Cubillos-Santos (2013), con adultos mayores institucionalizados, en la recopilación de significados, sentimientos y percepciones frente a la institucionalización en ocasiones se sienten molestos con sus familias y lo proyectan hacia las instituciones meramente, la rotación de personal constante, al menos en esta institución que se trabajó, provocó en los adultos mayores sentimientos de tristeza, depresión, por el mismo entorno social, o bien, como en el caso de esta intervención, las muertes de los compañeros y lo que conlleva, desde la visita del Servicio Médico Forense, inquieta a los adultos. Se observa una discrepancia con los resultados del estudio citado, en algunos casos.

Definitivamente, después de esta investigación se afirma lo propuesto por Sánchez y González (2014), un plan de actividades recreativas, en las condiciones del asilo en el que se trabajó, no era posible, pues las instalaciones pertenecían a un hotel, el diseño actual se ha ajustado al diseño original y por lo menos cuentan con un área común, pero es conveniente ofrecer actividades que los adultos mayores puedan disfrutar al aire libre.

El emplear otro tipo de instrumento como el InCaViSa, propuesto por García-Sánchez (2014) es otro punto importante a considerar, pues es un instrumento validado en México y distribuido por la Editorial Manual Moderno, es un instrumento costoso, pero si se desea obtener datos más específicos para la población mexicana, debería ser considerada en gran manera. Así como el test que propone la Dra. Isabel Reyes Lagunes en donde se registran son únicamente percepciones, sin embargo, antes de aplicarlo también es importante verificar la hoja de revisión, pues algunos son de dominio público parcial.

Henríquez-Pino Santos y Corral-Ruso (2014), en su investigación de especialistas psicoterapéuticos y docentes en su quehacer práctico con adultos mayores donde lo que se buscaba era reestructurar acontecimientos pasados, construir aprendizajes y realizar *insights*, vendría muy bien también en este tipo de investigaciones con enfoque gestalt, pues básicamente los resultados del proceso es llegar hasta este punto, en donde el adulto mayor, reconoce y se asume como ser individual, con experiencias previas. Lo interesante es que al final se puede llegar a metas no propuestas como en el caso de G2 y su intento de abuso cuando niña.

Y se confirma la investigación de Cataño-Jiménez (2015), en donde aun y cuando las necesidades básicas son satisfechas, los adultos mayores experimentan soledad, infelicidad, tristeza, pues entra aquí la percepción subjetiva componente de la calidad de vida.

También se confirma lo expuesto por Álvarez-Zamudio (2015) en su para cambiar las creencias de la falla cognitiva del adulto mayor a través del trabajo grupal Gestalt. Cabe señalar que como ejercicios de preparación a la actividad del día, en varias ocasiones se realizaron ejercicios de repasos cognitivos como rimas, adivinanzas, cuentos y preguntas. Se confirma que aun en la vejez, se logran solucionar asuntos inconclusos, sobretodo que permite trabajar el proceso de la muerte que se encuentra tan presente en el lenguaje del adulto mayor, así mismo, fortalecer su yo, trabajar en su insight y lograr un avance constante en los adultos mayores.

Se concluye entonces que mediante un proceso de psicoterapia humanista y Gestalt, frecuentemente ayudará al adulto mayor institucionalizado a conseguir cambios en los sentimientos, los pensamientos y en sus acciones, optimizando las relaciones con sus compañeros, las relaciones con los otros, este mismo proceso, ayudará reducir las tensiones, conseguir satisfacciones y acrecentar la productividad, tal como se expuso en la hipótesis de este trabajo y justamente en la medida que los sentimientos negativos puedan ser disminuidos, a través este proceso psicoterapéutico, tendrá un impacto positivo en el dominio psicológico, componente subjetivo de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados. A la par de la pregunta que fue planteada en un inicio, ¿Cómo favorece la psicoterapia humanista y Gestalt en el fortalecimiento del dominio psicológico y por ende, en el área subjetiva de la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados? los datos revelan un incremento en el dominio psicológico.

Alcances y limitaciones

Hernandez-Zamora (2005) menciona que en la terapia de estos adultos es necesario un papel más activo por parte del terapeuta, así como una delimitación más clara de su papel, la salud muchas veces pobre y la tendencia a la dependencia de estos pacientes, las demandas sobre el terapeuta pueden ser excesivas. Existe un gran número de opiniones que

pronostican éxito de la terapia de grupo sobre la individual, apoyándose en los beneficios del contexto social del grupo que puede responder al aislamiento que se da frecuentemente en estas personas. Lo anterior puede tener también un matiz diferente, pues al sentirse observada o escuchada de manera consciente, puede provocar que las capas neuróticas permanezcan.

La terapia individual es recomendada antes o a la par que la grupal en los casos en que el adulto mayor tiene problemas de carácter, ya que el grupo podría rechazarlo ante su falta de integración al mismo y acentuar su depresión y/o falta de contacto con los otros. En este caso fue favorable, pues a través del proceso de intervención, se suscitó la consolidación y la solidaridad entre los participantes con ellos mismos o con los nuevos adultos mayores que se sumaban al asilo, si bien es cierto que una de ellas, perdió al inicio de la intervención a quien ella llamaba “sus ojos”, a través de este proceso, reconoció características que le agradaron entre sus compañeros y logró encontrar otra red de apoyo.

La limitación principal que se destaca es la edad tan avanzada de los participantes, misma que se considera un impedimento para realizar actividades físicas, de fortalecimiento motriz o simplemente, para trabajar el ciclo de la experiencia o trabajar corporalidad como lo menciona Alexander Lowen y su Bioenergética, en este momento de sus vidas, la mayoría ha dejado de lado trabajar la flexibilidad, las respiraciones que también pudieran ser trabajables con técnicas de yoga y lograr un trabajo mayormente corporal.

Otra limitación fue la rotación de personal, sin embargo, es entendible el desgaste que presentan los cuidadores de los adultos mayores.

Se sugiere realizar una actividad final, en el caso de esta intervención se considera importante desafiar a los adultos mayores con la elaboración de un plan de vida, que inste a los adultos mayores institucionalizados a desafiarse y no solamente creer que van de salida como fueron las respuestas de alguna de las participantes, dar seguimiento a actividades como la rueda de la vida que promueven el crecimiento y desarrollo personal de los adultos.

Recomendaciones

Las recomendaciones finales es que la persona que desee participar con adultos mayores, encontrara un área en el cual se forja la paciencia, los procesos suelen no ser tan rápidos como en otras poblaciones, si bien los adultos mayores se les caracteriza por ser testarudos, sin embargo, ellos saben con quienes portarse de que manera y tienden a portarse mal con sus hijos con familiares, sin embargo, se considera como una manera de manifestar su inconformidad hacia la condición de desarraigo en sus hogares o bien, sus bienes materiales y aun sus recuerdos.

Para futuras investigaciones se recomienda tomar en cuenta las variables de estancia en el asilo y la movilidad o no movilidad corporal que presentan. Considerar que son un grupo poblacional con características propias, con alcances y limitaciones particulares, y tenerlo presente para seleccionar las técnicas y actividades que les hagan sentir como adultos mayores. El género es un aspecto que también puede llegar a ser una variable interesante al correlacionarla con la longevidad y el apoyo familiar.

Puede ser terapia grupal o terapia individual en grupo, de tal manera que se aborden los asuntos pendientes, les permita librarse de culpas pasadas, darse cuenta del tiempo presente y prepararles para su tiempo futuro.

Si el énfasis de la terapia es en psicoterapia humanista y Gestalt, tomar en cuenta las polaridades, el ciclo de la experiencia en la medida de lo posible, yoga o ejercicios de bioenergética. Dentro de las estrategias psicoterapéuticas es recomendable fomentar una valoración positiva del adulto mayor, sobre todo de sus capacidades (González-Celis, 2009).

La duración de la intervención puede ser más tiempo, mayor numero de sesiones y sobre todo, procurar que el momento del post test, ocurra en un momento estable, del mayor equilibrio posible. Tal vez, si se requiere nuevamente brindar contención emocional, hacerlo antes de obtener los resultados finales, en caso de necesitar un post test.

En cuanto a los instrumentos de diagnóstico, es importante buscar los que son diseñados especialmente para dicha población, con confiabilidad y validez. De tal manera

que sean tomadas en cuenta las limitaciones físicas, así como sus particularidades o bien, considerar las adecuaciones que se pueden generar en dichos instrumentos.

Dentro del proyecto de intervención se considera importante indicar las fechas de inicio y final, sin embargo realizar visitas cada quince días, o tres semanas, de tal manera que se sientan acompañados y no olvidados, también dejar tareas para esos días en que no se visitarán, para que armen un proyecto de vida y tengan interés en seguir viviendo el presente, de tal manera que este proyecto puede vincularse con actividades físicas y recreativas, buscando la vinculación con diferentes programas que se ofrecen en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, en el área psicológica, física, médica, nutricional, entrenamiento físico, educación, gerontología, con un programa que ofrezca retos nuevos a los adultos mayores, se podrá abarcar mas áreas para mejorar su estancia en el asilo.

Gestionar en las diferentes esferas de gobierno desarrollar programas y acciones públicas con este sector de la población.

Es importante revisar la continuidad y seguimiento que se dará a los adultos mayores, un cierto monitoreo que permitirá al investigador observar las conductas de los participantes, sobre todo plantear continuidad al programa realizado, no considerar un programa de intervención aislado, sino un proceso integral para el adulto mayor institucionalizado, pues la exposición de sentimientos negativos o positivos, mediante el trabajo psicoterapéutico, puede beneficiarles en su presente y aumentar por ende, la calidad de vida en el dominio psicológico.

Referencias documentales

- Acosta-Quiroz, C. O., Vales-García, J. J., Echeverría-Castro, S. B., Serrano-Encinas, D. M., & García-Flores, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD). *Psicología y Salud*, 241-250.
- Aducci, E. (2004). *Adultos mayores. Su psicoanálisis hoy*. Buenos Aires: Letra viva.
- Aguila, A., Díaz, C., Manqing Fu, M., Kapteyn, A., & Pierson, A. (2011). *Envejecer en México; Condiciones de vida y salud*. Guanajuato: The RAND corporation. Obtenido de <http://www.rand.org>
- Aguilar, J., Alvarez, J., & Lorenzo, J. J. (2011). Factores que determinan la Calidad de Vida de las Personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 161-168.
- Alonso, M., & Schalock, R. (2010). Ultimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 7-21.
- Alvarez-Zamudio, J. F. (2015). Sobre la imaginación en psicogerontología: Algunas propuestas de trabajo grupal. *VI Congreso Iberoamericano en Psicogerontología*, 230 - 239.
- Andrews, F., & Withery, S. (1976). *Social Indicators of well-being. American's perceptions of life quality*. Nueva York: Plenum Press.
- Arroyo-Rueda, M. C., Ribeiro-Ferreira, M., & Mancinas-Espinoza, S. E. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León .
- Baltes, M., & Werner-Wahl, H. (1985). Dependencia de los ancianos. *Gerontología Clínica. Intervención psicológica y Social*.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. In P. Baltes, & M. Baltes, *Successful aging : Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 397-433). New York: Cambridge University Press.
- Bello, M., Puentes, R., Medina, M., & Lozano, R. (2005). *Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México*. México: Salud Pública de México, Suplemento 1.

- Berlanda-Silvente, V., & Rubio-Hurtado, M. J. (2012). Clasificación de pruebas no paramétricas. Cómo aplicarlas en SPSS. *Universitat de Barcelona. Institut de Ciències de l'Educació*, 101-113.
- Bermejo, L. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. *Educación social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 27-44.
- Botella, L. (1994). Tratamientos psicoterapéuticos en la vejez. In J. Buendía, *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 411 - 430). Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Bowling, A. (1997). Measuring health: A review of quality of life measurement scales. *Open University Press*.
- Brennan, J. F. (2000). *Historia y sistemas de la psicología*. México: Prentice Hall.
- Bronfenbrenner, U. (1979/1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bucay, J. (2008). *El camino de las lágrimas*. Buenos Aires: Océano.
- Buendía, J. (1996). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Cabrera, D. (2015, Agosto 31). Calidad de vida a nivel mundial. *El Universal*.
- Cabrera, G. (2000). *El destino demográfico que se anuncia a mitad del siglo XXI en la población de México, situación actual y desafíos futuros*. México: CONAPO.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and Satisfaction*. Nueva York: Rusell Sage Foundation.
- Cano, K. (2017, Agosto 27). Sacan energía a sus años. *Diario de Juárez*, pp. 1A-2A.
- Carabelli, E. (2013). *Entrenamiento en Gestalt*. Buenos Aires: Del nuevo extremo.
- Cardona Arias, J. A., & Higuera Gutiérrez, L. F. (2014). *Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de Vida*. Colombia: Revista Cubana Salud Pública.
- Castanedo, C. (2001). *Terapia Gestalt: enfoque centrado en el aquí y el ahora*. Madrid: Herder.
- Castanedo, C., & Munguía. (n.d.). *Código deontológico de la European Association for Gestalt Therapy*.
- Castanedo, C., & Munguía, G. (2011). *Diagnóstico, Intervención e Investigación en Psicología Humanística*. Madrid: Editorial CCS.

- Castellanos-Ruíz, J. (2002). *Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de Manizales*. Manizales: Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE.
- Castillo-Guzmán, A., Arocha-Mariño, C., Castillo-Arocha, I., Cueto-Cañabate, M. E., & Armas-Rojas, N. B. (2009). Propuesta de un Instrumento para medir Calidad de Vida relacionada con la salud en instituciones sanitarias. *Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*.
- Castro-Solano, A. (2011). Las rutas del acceso al bienestar: relaciones entre bienestar hedónico y eudaimónico. Un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 117-139.
- Cataño-Jiménez, G. L. (2015). *Percepción de la Calidad de vida de los adultos mayores del centro geriátrico Sagrado Corazón de Jesús en el municipio de Copacabana*. Medellín: Corporación Universitaria Minuto de Dios; Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe . (2006). *Manual sobre indicadores de Calidad de Vida en la Vejez*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.
- CONAPO. (2010). Número de hogares según jefe de hogar por sexo 1980-2010 en Series de Información temática y continua de hogares en México. México. Retrieved octubre 05, 2016, from http://www.portal.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=463&Itemid=226
- Creswell, J. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. California: Sage Publications.
- Cruz-Zamora, M. (2008). *El terapeuta gestalt: herramientas para el psicodiagnóstico*. Palma de Mallorca: Asociación Española de Terapia Gestalt.
- Cubillos-Santos, A. V. (2013). *Significado que tiene para los adultos mayores la institucionalización en un hogar geriátrico de la Ciudad de Bogotá*. Bogota: Pontificia Universidad Javeriana.
- Cuervo-Arango, M. A. (1993). La Calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Aprendizaje, Revista de Psicología Social*, 101-110.
- Cuevas, A. (1993). *¿Qué hago con mis abuelos?* México: Editorial Pax.

- De Andrea, N. (2010). Perspectivas cualitativa y cuantitativa en investigación ¿inconmesurables? *Fundamentos en Humanidades*, 53-66.
- De Juanas, A., Limón, M., & Navarro, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía social*, 153 - 168.
- Denborough, D. (2008). *Responding to individuals, groups and communities who have experiences trauma*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Diario Oficial de la Federación. (2002). *Artículo 4to; Segundo de los Principios y Derechos ; Capítulo 1 De los Principios Rectores de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. México: Gobierno Federal.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 71-75.
- Donjuan-Callejo, E. (2014). *Desarrollo de un Modelo para la Medición de la Calidad de Vida Municipal*. Juárez: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez en conjunto con la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.
- DonJuan-Callejo, E. (2014, Febrero 11). Juárez, con peor calidad de vida de grandes urbes. *Diario de Juárez*, p. s/f.
- Dulcey Ruiz, E., & Uribe Valdivieso, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17-27.
- Dulcey-Ruiz, E., & Uribe-Valdivieso, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17-27.
- Estrella-Hernández, A., González-Pedraza Avilés, A., & Moreno-Castillo, Y. d. (2008). Deterioro Cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la Ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 127 - 132.
- Feixas, G., & Miró, M. (2000). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Revista de Intervención Psicosocial*, 77-94.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 89 - 104.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*, 57-65.

- Fernández-Ballesteros, R. (2007). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 89-104.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide Psicología.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *La psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Flores Villavicencio, M. E., Vega López, M. G., & González Pérez, G. J. (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P., & Fanjiang, G. (1975). "Mini Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Researches*, 189-198.
- Freund, A. (2006). Age-Differential motivational consequences of Optimization versus Compensation focus in younger and older adults. *Psychology and Aging*, 240-252.
- Freund, A., & Baltes, P. (2002). Life - Management strategies of selection, optimization and compensation as strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 642-662.
- García, A. J., & García, M. Á. (2013). Nuevas formas de envejecer activamente: Calidad de vida y Actividad física desde una perspectiva Psicosocial. *Escritos de Psicología*, 1-5.
- García, A. V. (2011). *Técnicas en Terapia Gestalt*. Instituto de Terapia Gestalt.
- García-Sánchez, F. (2014). Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del Municipio de Toluca. *Universidad Autónoma del Estado de México*, 1-80.
- Gaytán, B. (2014, Febrero 11). Juárez, con peor calidad de vida de grandes urbes. *Diario de Juárez*. Retrieved Abril 03, 2017, from http://diario.mx/Local/2014-02-11_70ca6ee0/juarez-con-peor-calidad-de-vida-de-grandes-urbes/
- González-Celis Rangel, A. L. (2009). Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 15-28.
- González-Celis Rangel, A. L. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. *Instituto de Geriátrica*, 365-377.

- González-Celis Rangel, A. L. (n.d.). Calidad de vida en el adulto mayor. *Instituto de Geriátría* , 366-378.
- González-Celis, A. L. (2005). *¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos?* México: Plaza y Valdez.
- González-Pérez, G. J., Vega-López, M. G., Cabrera-Pivaral, C., Arias-Merino, E. D., & Muñoz-de la Torre, A. (2011). Envejecimiento demográfico, condiciones sociales y mortalidad del adulto mayor en México. In M. E. Flores-Villavicencio, M. G. Vega-López, & G. J. González-Pérez, *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia* (pp. 37-61). México: Centro Universitario de Guadalajara.
- Groues, L. (1997). La tercera edad: ¿mito, fantasía o realidad? *Psicología Iberoamericana*, 4 - 12.
- Guell-R., M., & Morante, V. (2007). *Conceptos generales, Manual Separ de procedimientos*. Barcelona: Pemaner.
- Guzmán-Arredondo, A., & Alvarado-Cabral, J. J. (2009). *Fases y Operaciones metodológicas en la Investigación Educativa*. Durango: Editorial Entorno.
- Havighurst, R., Neugarten, B., & Tobin, S. (1968). Disengagement and patterns of ageing. In B. Neugarten, *Middle age and ageing*. Chicago: University of Chicago Press.
- Henríquez- Pino Santos, P. C., & Corral-Ruso, R. (2014). Aproximación a la caracterización de las prácticas psicoterapéuticas con adultos en un grupo de especialistas de La Habana. *Alternativas cubanas en Psicología*, 22-29.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Hernández-Navor, J. C., Guadarrama-Guadarrama, R., Castillo-Arellano, S. S., Arzate-Hernández, G., & Márquez-Mendoza, O. (2015). Validación del WHOQOL-OLD en Adultos Mayores de México. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 397-405.
- Hernández-Zamora, Z. E. (2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 79 - 100.
- Hernández-Zamora, Z. E. (2007). El trabajo psicoterapéutico con un grupo de residentes geriátricos. *AGO.USB*, 247 - 258.
- IMERSO. (2011). *Envejecimiento activo. Libro blanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- In. Baro, F., & González, R. (1985). Factores psicosociales y la salud de los ancianos. *Hacia el bienestar de los ancianos*, 87-95.
- INAPAM. (2002). *Modelos de Atención gerontológica*. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
- INAPAM. (2010). *Modelos de Atención Gerontológica*.
- INAPAM. (2010). *Por una cultura del envejecimiento*. México: SEDESOL.
- INAPAM. (2010). *Situación de las personas adultas mayores en México*. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
- INEGI. (2000). *Adultos mayores en México, de principio a fin*. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
- INEGI. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. México: INEGI.
- INEGI. (2014). *Censo de Población y Vivienda (2010)*. México: INEGI.
- INEGI. (2014, Septiembre 25). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Retrieved from INEGI: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
- Inga-Aranda, J., & Vara-Horna, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *University Psychology Bogotá*, 475-485.
- Izquierdo, A. (2005). Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta. *Revista Complutense de Educación*, 601-619.
- Janssen, M. (2004). The effects of leisure education on quality of life in older adults. *Therapeutic recreation Journal*, 275-288.
- Korovsky, E., & Kart, D. (1996). *Psicogerontología. Psicósomática psicoanalítica de la vejez*. Montevideo: Roca Viva.
- Krassoievitch, M. (2005). Psicoterapia geriátrica. In Z. E. Hernández-Zamora, *La psicoterapia en la vejez* (pp. 79-100). México: Revista Intercontinental de Psicología y Educación.
- Krzemien, D. (2001). Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. *IV Reunión de Antropología del Mercosur*. Brasil: Red adultos mayores.
- Limón-Mendizábal, M. (***). Características psico-sociales de la tercera edad. In ***, *Pedagogía Social* (pp. 167 - 177). Madrid: ***.

- López-Hernández, I. E. (2012). *Depresión en las personas internas del Asilo de Ancianos Madre Teresa de Coatepeque, Quetzaltenango*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Lowenstein, D., Martin, J., & Hauser, S. (2008). Estudio del paciente con enfermedades neurológicas. In B. Fauci, & H. Longo, *Principios de Medicina Interna* (Vol. 2, pp. 2484-2489).
- Martín, A. (2005). *Manual Práctico de Psicoterapia Gestalt*. España: Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez-Martín. (2005). *Vejez y envejecimiento*.
- Martín-Montolú, J. (2008). Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud*, 101 - 120.
- Melguizo-Herrera, E., Ayala-Medrano, S., Grau-Coneo, M., Merchán-Duitama, A., Montes-Hernández, T., Payares-Martínez, C., & Reyes-Villadiego, T. (2014). Calidad de vida en adultos mayores en centros de protección social en Cartagena. *Aquichán*, 537-548.
- Mendía-Gallardo, R. (2002). *Animación sociocultural de la vida diaria en la tercera edad*. España: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Mishara, B., & Riedel, R. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Mohl, A. (2006). *El aprendiz de brujo, Manual de ejercicios prácticos de Programación Neurolingüística*. Barcelona: Editorial Sirio S.A.
- Moix, M. (1986). *Bienestar Social*. Madrid: Trivium.
- Molina-Serna, C., Meléndez-Moral, J. C., & Navarro-Pardo, E. (2008). Bienestar y Calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 312 - 319.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de Psicología*, 13-25.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología Social: Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Moreno, E. (2004). *Collectivize Social Support? Elements for Reconsidering the Social Dimension in the Study of Social Spanish*. *Journal of Psychology*.
- Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2001). *Psicología*. México: Pearson Educación.

- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima gestalt: Actitud y práctica*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Ncube, N. (2006). The Tree of Life Project: Using narrative ideas in work with vulnerable children in Southern Africa. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3-16.
- Neugarten, B. (1968). *Middle age and aging. A reader in social psychology*. Chicago : University of Chicago Press.
- Olalla, R., & Sánchez, A. (2010). Dos líneas de investigación didáctica con colectivos de tercera edad . *II Congreso Internacional de Didácticas* (pp. 1 - 8). Madrid: CiDd.
- OMS. (1996). Foro mundial de la Salud. Ginebra.
- OMS. (2014). *Envejecer bien, una prioridad mundial*. Toronto.
- OMS. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from OMS: <http://www.who.int>
- OMS, World Health Organization. (2006). Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. *Programa de Salud Mental*, 1-10.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? *Revista Internacional Desarrollo Sanitario*, 17.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Envejecimiento activo, un marco político*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Pacheco-Méndez, T. (2000). *La investigación social. Problemática metodológica para el estudio de la educación*. Coyoacán: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Padilla, G., Grant, M., & Ferrell, B. (1992). Nursing research into quality of life. *Quality of life research*, 341 - 348.
- Papalia, D., & Wendkos, S. (1997). *Desarrollo Humano*. Bogota: Mc Graw Hill Interamericana, S.A.
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. t.-O. (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. . *Quality of life research*, 2197-2214.
- Quezada-Barrón, M. (2014, Octubre 04). Crece población de Adultos mayores en el Estado. *Diario de Juárez*, p. 2.
- Ramos Herrera, L. B. (2013). *La guesalt, Un encuentro entre humanos*. Guadalajara .

- Ramos-Campos, F. (2002). Salud y Calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista Pedagógica*, 83 - 104.
- Raymond, Q., & Carnpenhoundt, L. V. (2005). *Manual de investigación en Ciencias Sociales*. México: Limusa.
- Rebollo, P., F., F., & Ortega, F. (2001). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. *Hipertensión*, 429 - 438.
- Riegel, K. (n.d.). *History of psychological gerontology*. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.) *Handbook of the psychology of aging*. En E.Dulcey-Ruiz y C.Uribe-Valdivieso (investigadoras) *Psicología del ciclo vital: Hacia una vision comprehensiva de la vida humana* . New York Elisa Dulcey Ruiz, Cecilia Uribe Valdivieso: Van Nostrand Reinhold Co.
- Riubo, R. (2013). *Arteterapia y Mandalas, Hablar con tu ser interior*. Buenos Aires: Ediciones Obelisco.
- Riveros-Aedo, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 135-186.
- Rodríguez, R., & Mendoza, L. (2000). Bioética. In R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo, & C. D'Hyver, *Geriatría* (pp. 300-305). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rodríguez, R., Morales, J., Encinas, J., D'Hyver, C., & Trujillo, Z. (2000). El lugar ideal: ¿En casa o institución? In R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo, & C. D'Hyver, *Geriatría* (pp. 290-293). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rodríguez-Urbe, A. F., Valderrama-Ortegozo, L. J., & Molina-Linde, J. M. (2010). Intervención psicológica en Adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 246-258.
- Rowlands, J. (1997). *Questioning Empowerment*. Oxfam: Oxford.
- Ruvalcaba-Peñañiel, L. N. (2011). Indicadores subjetivos de bienestar y progreso social. In INEGI, *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía, Vol. 2* (pp. 82-95). México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral development*, 32 - 55.
- Salama-Penhos, H. (2004). La Psicoterapia Gestalt. In L. A. Oblitas-Guadalupe, *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa? Los 22 enfoques más importantes en la práctica*

- psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia* (pp. 276-290). Bogotá: Psicom editores.
- San Martín, H., & Pastor, U. (2001). *Epidemiología de la vejez*. México: Mc Graw-Hill.
- Sánchez Sosa, J.J y González Celis, R.A.L. (2006). *Evaluación de la Calidad de vida desde la perspectiva psicológica*. En V. Caballo (Coord.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Sánchez, A., & González, Y. (2014). *Propuesta de un programa de orientación para mejorar la calidad de vida del adulto mayor*. Naguanagua: Universidad de Carabobo.
- Sánchez, R. (1993). Aislamiento y Soledad. *VIII Congreso de Geriatria y Gernontología de México* (pp. 52-55). México: Ediciones Medicina y Sociedad.
- Sánchez, S. (1990). *Actividad física y Calidad de vida en adultos mayores*. Monterrey: Manual Moderno.
- Sánchez-Escobedo, P., Vales-García, J., & Acosta-Quiróz, C. (2014). Evaluación e intervención psicológica en el adulto mayor. In G. Villagómez-Valdés, & L. Vera-Gamboa, *Tercera Edad. Múltiples perspectivas y retos para el futuro* (pp. 133 - 151). Colima: Universidad de Colima.
- SEDUPAZ. (2000). *La alternativa del juego II, Juegos y dinámicas para la Educación para la Paz*. Madrid: Seminario de Educación para la Paz.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2003, 2009). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.
- Sólís, P. (1999). *El ingreso a la cuarta edad en México: Una aproximación a su intensidad, calendario e implicaciones en el apoyo familiar y social a los ancianos*. México: Universidad Autónoma de México-Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población.
- Sólís, P. (1999). El ingreso a la cuarta edad en México: Una aproximación a su intensidad, calendario e implicaciones en el apoyo familiar y social a los ancianos. *Papeles de Población*, 43-63.
- Stevens, J. O. (2004). Esto es Gestalt. In F. S. Perls, & C. Clemens, *Esto es Gestalt* (pp. 17-24). Chile: Cuatro Vientos.
- Strejilevich, L. (2004). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Dunken.

- Supo, J. (2014). Metodología de la Investigación para las ciencias de la salud. Retrieved from Bioestadístico.com: www.seminariosdeinvestigacion.com
- Terol, M., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., Mora, M., Martín-Aragón, M., . . . Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 111-122.
- Tobías-Imbernón, C., & García-Valdecasas Campelo, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 437-453.
- Torres, L., & Villagrán, J. (2014, Junio 26). *INGER*. Retrieved from <http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervvo/pdf/33.pdf>
- Tuesca Molina, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte Barranquilla*, 76-86.
- Turner, C. (2004). Una aproximación humanista y transpersonal de la vejez. In N. Asili, *Vida Plena en la Vejez* (pp. 341-350). México: Editorial Pax .
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 61-71.
- Valdés-Rojas, S. S. (2010). Una sociedad para todas las edades. In SEDESOL, *Por una cultura del envejecimiento* (pp. 43 - 48). México: Gobierno Federal.
- Vargas Cordero, Z. R. (2003). La confrontación: una oportunidad para el desarrollo personal. *Revista Educación*, 79-86.
- Velasco, G. (2016, Noviembre 03). *El Modelo de Bienestar de Carol Ryff*. Retrieved from Psicología positiva: <http://gerryvelasco.wordpress.com/2016/11/03/el-modelo-de-bienestar-de-carol-ryff/>
- Verdugo-Alonso, M. A., Gómez-Sánchez, L. E., & Arias-Martínez, B. (2009). *Escala FUMAT. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores*. Salamanca: KADMOS.
- Victoria García-Viniegras, C. R. (2005). El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1-20.
- Vidal, G. (1998). La asistencia del adulto mayor institucionalizado. In M. Suárez, *Gerontología 2000* (pp. 144-146). México: Praxis.

- Villagómez-Valdés, G., & Vera-Gamboa, L. (2014). *Tercera Edad. Múltiples perspectivas y retos para el futuro*. Colima: Universidad de Colima y la Asociación del Personal Académico de la Universidad Autónoma de Yucatán.
- Vinnacia-Alpi, S., & Quiceno, J. M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Colombiana de Cancerología*, 187-188.
- WHOQOL Group. (n.d.). *Programme on Mental Health; Division of mental health and prevention of substance abuse*. Switzaerland.
- World Health Organization. (2006). *WHOQOL-OLD Manual*. Copenhagen: OMS.
- World Health Organization Quality of Life Group. (1999). Tests os the universality of quality of life in 15 cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 495-5005.
- Yanguas Lezaun, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Yontef, G. (1997). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. Chile: Cuatro vientos.
- Zapata-Farías, H. (2001). Adulto mayor: Participación e identidad. *Revista de Psicología* , 189-197.
- Zinker, J. (2006). *El proceso creativo en la terapia gestaltica*. México: Paidós.

Anexos

Anexo No.1: Dominios y subdominios del WHOQOL- BREF

Dominio Salud Física	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones interpersonales	Dominio Entorno
Actividades de la vida diaria	Imagen y apariencia física	Relaciones personales	Recursos económicos
Dependencia de medicamentos y ayuda medica	Sentimientos negativos	Apoyo social	Libertad y seguridad física
Energía y fatiga	Sentimientos positivos	Actividad sexual	Accesibilidad y calidad de cuidadores de salud y sociales
Movilidad	Autoestima		Entorno en el hogar
Dolor y disconformidad	Creencias personales, religiosas y espirituales		Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades
Sueño y descanso	Pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración		Participación y oportunidades de recreación y ocio
Capacidad de trabajo			Entorno físico (población, ruido, tráfico, clima) Transporte

Anexo No.2: Consentimiento Informado

Este documento, es con el fin, de brindarle información acerca de una investigación titulada “Incidendo positivamente en la Calidad de vida del adulto mayor a través de un proceso de psicoterapia humanista y gestalt”, este estudio es completamente voluntario de tal modo que usted puede decidir si desea participar o no en el estudio.

El propósito de esta investigación es realizar una intervención psicoterapéutica, se recogerán los datos por medio de una entrevista semi estructurada y varios tests que incluyen rubros que integran el concepto Calidad de vida. Para esta investigación se tomará como población objeto adultos mayores. La intervención está planeada para trabajarse en un promedio de 14 sesiones con duración de 1- 1 1/2 horas semanales, impartida por la alumna maestrante Heidi Gladiola Villa Mancilla.

A través de este estudio, se pretende que los participantes, obtengan herramientas para su cotidianidad e incorporar estrategias para disfrutar esta última etapa de su vida. Esta investigación se considera de bajo riesgo pues no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias para su situación financiera, su empleo o su reputación.

No se divulgará ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. En caso de presentar resultados, se utilizarán siglas o pseudónimos.

Es de carácter voluntario participar en la investigación que se está realizando, si en cualquier momento quiere tomar la decisión de retirarse de esta, se encuentra en total libertad, sin tener ninguna pérdida de beneficios.

He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento y autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación.

Nombre del participante:

Firma:

Anexo No. 3: Mini Mental State Examination (MMSE)

Paciente.....Edad.....
 Ocupación.....Escolaridad.....
 Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

- Dígame el día.....fechaMes.....Estación.....Año..... ___5
- Dígame el hospital (o lugar).....
 planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... ___5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) ___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

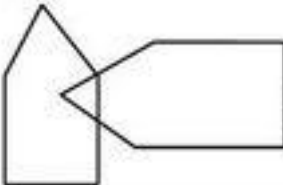
- Si tiene 30 ptas. y me va dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? ___5
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás ___3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? ___3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj ___2
- Repita esta frase : “En un trigal habia cinco perros” ___1
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
 ¿qué son el rojo y el verde ¿ ___2
- ¿Que son un perro y un gato ? ___3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa ___1
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS ___1
- Escriba una frase ___1
- Copie este dibujo ___1



Puntuación máxima 35.
Punto de corte Adulto no geriátricos 24
Adulto geriátrico 20

Anexo No.4: Información general y Cuestionario WHOQOL- BREF

Datos generales

Instrucciones:

Por favor, conteste a todas las preguntas.

1. Sexo () Masculino () Femenino
2. ¿Qué edad tiene usted actualmente? _____
3. ¿Cuál es el nivel de escolaridad alcanzado por usted? _____
4. ¿Cuál es su estado civil? _____
5. ¿Actualmente tiene alguna enfermedad? Si No
6. ¿Cuál? O
¿Cuáles? _____

Cuestionario WHOQOL - BREF

Instrucciones:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las **últimas dos semanas**.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
	¿Es capaz de aceptar su	1	2	3	4	5

11	apariciencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5

23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

		Nunca	Raramente	Mediana-mente	Frecuente-mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Anexo No.5: Evidencias fotográficas

Participantes R1 y G2 en la actividad de “dibujo libre”.



Participante M3 comenzando la actividad “Soy responsable”.



Participantes R1, G2, A4 y S6 comenzando la actividad “Árbol de la vida”.

