



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN ADULTOS MAYORES: RETOS
Y DIFICULTADES EN LA ADAPTACIÓN DE UNA TERAPIA DE GRUPO
MANUALIZADA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

SAMANA VERGARA LOPE TRISTÁN

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RÁNGEL

COMITE: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO

DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ

DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

DRA. MARÍA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ POZO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria:

A los aguerridos abuelos que siempre tienen una buena historia que contar y unas cuantas lágrimas que recordar.

En especial a mi padre que tenía varias de ambas.

Agradecimientos:

A todos los adultos mayores que participaron en esta investigación.

A la Universidad Autónoma de México que es cimiento y orgullo en mi vida.

A la Facultad de Psicología y al programa de doctorado en psicología.

Al CONACYT por financiar esta investigación y la estancia doctoral.

Al DIF 24 "León Guzmán", al centro cultural del ISSSTE "Miguel Alemán", al Centro de Seguridad Social Contreras y a la Caja de Previsión para Trabajadores a Lista de Raya del D.F. (Captralir).

A mi tutora la Dra. Ana Luisa González-Celis por su acompañamiento.

A mi comité por todos sus comentarios que mucho ayudaron a mejorar la tesis, en especial al Dr. Juan José Sánchez Sosa y al Dr. Samuel Jurado por aguantarme estos largos cuatro años.

A la Dra. Lucy Reidl que me proporcionó además de apoyo y orientación, un espacio físico de pertenencia y a todo su equipo que en innumerables ocasiones me brindaron su ayuda, especialmente a Gise por leerme y comentarme.

A la Dra. Elizabeth Joan Barham por todo su apoyo en la Universidade Federal de São Carlos.

A la Lic. Lucy Peña y a su equipo de trabajo.

A todos los compañeros del seminario de investigación que me acompañaron durante todo el proceso con sus consejos, comentarios y críticas.

A mis queridos amigos y grandes colegas que me apoyaron en cuanto problema se me presentó y le pusieron color, alegría y amistad a este doctorado: Ale, Octa, Rena, Vero, Cesar, Liz, Rodrigo y Claudia.

A todos mis alumnos del grupo 2219 (del ciclo 2007) del PAEA por su interés y entusiasmo con los adultos mayores.

A todo el grupo de aplicadoras, sobretodo a Zulema y Paty por su profesionalismo.

A mi mamá por todos sus esfuerzos para ayudarnos a estar mejor.

A toda mi familia y amigos por su apoyo y amor.

Y a mi compañero de vida Felipe por ayudarme en cada una de las etapas de esta investigación, pero sobretodo por su apoyo, sostén, paciencia, tolerancia, escucha y amor.

A TODOS MUCHÍSIMAS GRACIAS.

ÍNDICE

ÍNDICE	
RESUMEN Y ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
1 ENVEJECIMIENTO	
2 INTERVENCIONES PSICOTERAPEÚTICAS	
3 JUSTIFICACIÓN	
4 MÉTODO	
5 RESULTADOS	
6 DISCUSIÓN	
7 CONCLUSIONES	
8 RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS	
ANEXOS	

Palabras clave: envejecimiento, adultos mayores, psicoterapia de grupo, psicoterapia manualizada, intervención cognitivo conductual.

RESUMEN.

La intervención cognitivo conductual ha sido base para la atención de los adultos mayores y la literatura muestra que cuando se realiza en grupo se encuentran beneficios adicionales. A pesar de ello, en la literatura mexicana, la investigación centrada en la intervención psicológica con adultos mayores es muy poca y ninguna ha sido manualizada. El objetivo de esta investigación fue evaluar la efectividad de una intervención cognitivo conductual de grupo manualizada en las ideas irracionales, la depresión, la ansiedad y el bienestar subjetivo de adultos mayores. Para ello se creó un instrumento válido y confiable para medir ideas irracionales en adultos mayores, se adaptó un manual de intervención cognitivo conductual para esta población y se aplicó a 24 sujetos con mediciones pre-post, dos seguimientos y comparaciones con un grupo control. Los hallazgos encontrados sugieren eficacia significativa de la intervención en la disminución de la ansiedad, la depresión y las ideas irracionales, y en el aumento del bienestar subjetivo y de algunas conductas de la vida diaria.

ABSTRACT.

Cognitive behavioral intervention has been the basis for older adults care and if it is in group has additional benefits. Despite this, in Mexican literature, researches focused on psychological intervention with elderly are very low and no one has been manualized. The goal of this research was to evaluate the effectiveness of manualized cognitive behavioral intervention group in irrational thoughts, depression, anxiety and subjective well-being of older adults. To do that, a valid and reliable instrument to measure irrational ideas in older adults was created, a cognitive behavioral intervention manual was adapted for this population and it was applied in 24 subjects with pre and post evaluation, two follows up and comparisons with a control group. Findings suggest significant effectiveness of intervention in decreasing anxiety, depression and irrational ideas, and increasing well-being subjective and some activities of everyday life.

INTRODUCCIÓN.

La presente tesis muestra los resultados de una investigación doctoral realizada en el período comprendido entre 2004-2008 en adultos mayores de la Ciudad de México. Esta se basa principalmente en una intervención clínica cognitivo-conductual de grupo y la elaboración y validación de un instrumento de ideas irracionales para esta misma población.

Este trabajo fue desarrollado a partir de la detección de una necesidad observada durante cinco años de trabajo directo con los grupos y clubes de adultos mayores, en donde a pesar de existir gran cantidad de servicios dirigidos a esta población, la atención psicológica es de los servicios más insuficientes, aún siendo esencial para mejorar de la calidad de vida de las personas adultas mayores. Esta insuficiencia en la atención psicológica al adulto mayor se ve reflejada también en el poco número de investigaciones clínicas y psicométricas que existen sobre personas en esta etapa de la vida, comparado con otras edades.

Por otro lado, la forma en como los adultos mayores evalúan los cambios y los acontecimientos en sus vidas es un factor de gran importancia para su adaptación a esta etapa de la vida. Parte esencial de esta evaluación (como se pudo constatar durante el trabajo en estos grupos) son los pensamientos, las creencias, las cogniciones o las ideas, que al ser irracionales los llevan a vivir esta etapa con desagrado e infelicidad (Lazarus & Folkman, 1986). Existen diversos instrumentos que miden las ideas irracionales en diferentes grupos etarios y en diferentes países, pero no se encontró en la literatura ninguno referente a los mexicanos y menos aún a los adultos mayores mexicanos.

Por todo lo anterior, esta investigación tuvo como objetivos específicos: desarrollar y someter a prueba un instrumento que fuera confiable y válido, el cual midiera ideas irracionales en adultos mayores; evaluar las ideas irracionales de un grupo de adultos mayores; comparar y establecer diferencias tomando como variables los datos sociodemográficos (género, edad, enfermedad, etc.), para las mediciones obtenidas en el Cuestionario de Ideas Irracionales (CII); adaptar una intervención cognitivo conductual de grupo a las características específicas de los adultos mayores; y evaluar el efecto de ésta en las ideas irracionales, la depresión, la ansiedad y el bienestar subjetivo de adultos mayores a partir de aplicaciones "pre-post".

Para cubrir estos objetivos fue necesario dividir el trabajo en dos estudios. En el estudio uno, por no existir un instrumento de ideas irracionales adaptado a esta población, se elabora y valida el Cuestionario de Ideas Irracionales para adultos mayores (CII), y posteriormente se describen las ideas irracionales de esta muestra. Mientras en el estudio dos se adaptó y evaluó una intervención cognitivo conductual de grupo para esta población.

Las características sociodemográficas actuales y futuras de este grupo de población, le confieren gran cantidad de factores relacionados que no se pueden ignorar al momento de planear programas, investigar o atender a los adultos mayores. Estos factores asociados consecuentes de la transición demográfica (aumento en la esperanza de vida, aumento de las enfermedades crónico degenerativas al aumentar la edad, mayor discapacidad en mayores de 60 años, etc.) necesariamente impactan o deberían impactar desde los niveles micro, como sería esta investigación que trabaja con muestras pequeñas, hasta los programas de atención a nivel nacional y las políticas públicas, ya que eso implicaría una visión mucho más completa del fenómeno de envejecimiento dentro de un contexto social, político y económico que finalmente influye en la vida de cada uno de los adultos mayores de la actualidad. Con esto nos referimos a que las necesidades de esta población tienen que ser consideradas siempre sin perder de vista la cada vez mayor insuficiencia de servicios, la creciente demanda y los costos-beneficios de los programas.

El presente trabajo comienza, precisamente, considerando los datos sociodemográficos mundiales y la situación actual de los adultos mayores mexicanos, los cambios propios de la vejez, y la depresión, ansiedad y bienestar subjetivo en esta etapa de la vida (capítulo uno). El segundo capítulo habla sobre la teoría de la psicoterapia cognitivo conductual y las investigaciones realizadas en grupo y con adultos mayores. El capítulo tres se refiere a la justificación de este estudio. El cuarto capítulo nos remite al método utilizado primero en las dos fases del Estudio uno (validación del CII y descripción de las ideas irracionales de la muestra), y después al método del Estudio dos (objetivos, definición de variables, diseño, descripción de grupos, instrumentos, procedimiento y resumen de sesiones de intervención). El objetivo del capítulo cinco es presentar las tablas y figuras de todos los resultados obtenidos en ambos estudios. En el capítulo seis se encuentra la discusión de los resultados de acuerdo a la teoría, y por último en el siete un resumen de las conclusiones finales de la investigación. En los anexos se encuentran algunos instrumentos utilizados en esta investigación, la versión final del

Cuestionario de Ideas Irracionales (CII), el manual del participante y el manual de descripción de sesiones adaptado para adultos mayores.

1 ENVEJECIMIENTO.

1.1 Datos sociodemográficos.

Apenas hace algunos años, comenzó a darse importancia mayor al tema de la vejez y el envejecimiento, esto debido a la transición demográfica por la que atraviesan las poblaciones de muy diversos países, hecho que se expresa en un adelgazamiento de la base y una ampliación de la cúspide de la pirámide poblacional mundial. De acuerdo con los datos de la División de Población de la Organización de las Naciones Unidas, se estima que el número de adultos mayores en el mundo se multiplicó alrededor de 2.7 veces en los últimos 50 años (Tuirán, 2000). Por otro lado, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) reporta que para 2004 existían aproximadamente 654 millones de adultos mayores en el planeta, que representaban 10.2% de la población mundial, y que se espera que en el 2030 sean 1,348 millones (16.6%). Europa es la región más envejecida con 20.6 por ciento de su población con 60 años o más de edad, seguida de Norteamérica y Oceanía, con 16.6 y 13.7%, respectivamente. Los países con mayor proporción de adultos mayores son Japón (25.5%), Italia (24.5%), Alemania (24.3%), Grecia (23.7%), Suecia (23.7%), Canadá (17.7%), Uruguay (17.6%), Australia (17.2%), Nueva Zelanda (16.4 %) y Cuba (15.3%) (CONAPO, 2004). Según las proyecciones la población con 60 años y más en los países desarrollados representa casi un 20% de la población y con las tendencias se dirigirá al 25%. En los países en desarrollo se aproxima al 10% y en las próximas décadas será cercano al 20% (Montes de Oca, 2003).

La transición en México comenzó a partir de la década de los años treinta; con el descenso paulatino de la mortalidad que originó un progresivo aumento en la esperanza de vida y un número cada vez mayor de personas de edad avanzada; y se acentuó posteriormente a mediados de los años sesenta con la declinación de la fecundidad que se refleja en una cantidad menor de nacimientos y, a la larga, en una reducción sistemática de la proporción de niños y jóvenes en la proporción total (véase figura 1). Estos cambios han representado profundas transformaciones en la distribución por edades de la población. En la actualidad se está pasando de una población joven a otra más entrada en años (véanse figuras 2 y 3).

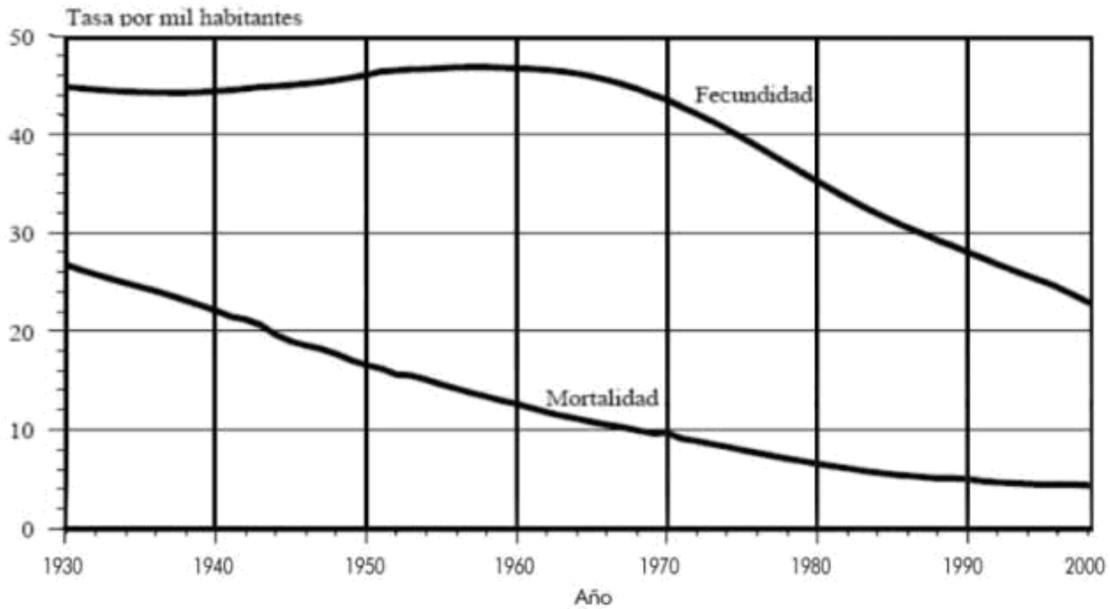
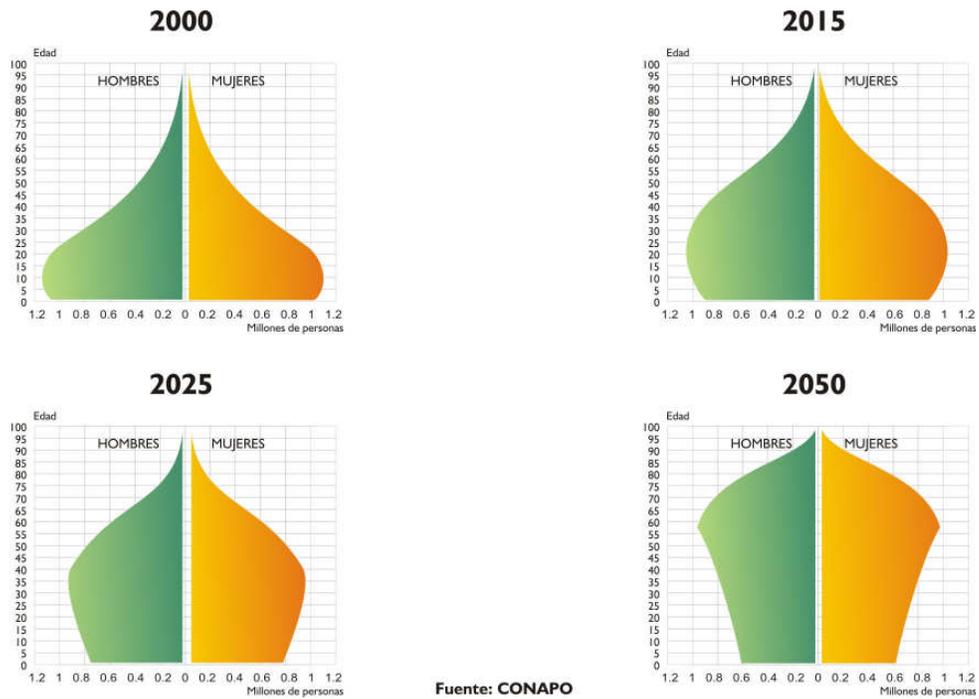


Figura 1. Transición demográfica de México, 1930-2000. Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (Tuirán, 2000).



Fuente: CONAPO

Figura 2. Distribución por edades de la población, 2000-2050 (Tuirán, 2000).

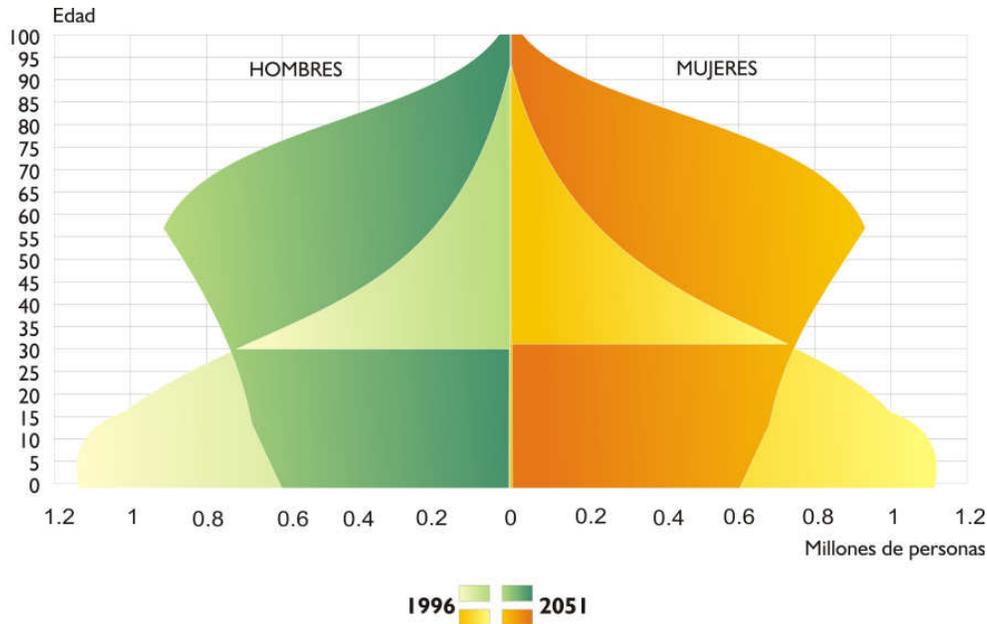


Figura 3. Estructura por edad de la población, 1996 y 2051. Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (Tuirán, 2000).

En el 2005 el promedio de edad de la población era de 24 años (INEGI, 2005) y se espera que incremente a 30 años a finales de la primera década del siglo XXI y a 45 para 2050 (Tuirán, 2000). Por su parte CONAPO (2004) reporta que la evolución de la edad media de la población, pasó de 21.8 años en 1970, a casi 27 años en 2000 y que se prevee que para 2030 México tenga una edad media de 37 años y de poco menos de 43 en 2050. Por su parte, la esperanza de vida seguirá en aumento, al pasar de 75.2 años en 2004 a 76.6 en 2010, 78.5 años en 2020 y 79.8 en 2030 (CONAPO, 2004).

En el 2000, el último censo reportó que México tenía 7.3%, lo que significa en números reales aproximadamente siete millones y medio de adultos mayores (INEGI, 2000), para el 2004, 7.5% (CONAPO, 2004) y para el 2005, el Conteo Nacional de Población declaró que este porcentaje había aumentado a 8.3% (INEGI, 2005). Se prevee que para 2030 se alcancen entre 15 y 17 millones de adultos mayores, llegando así a cifras que actualmente presentan países europeos (INEGI, 2000; Tuirán, 2000) (véase figura 4 y 5).

La población de la tercera edad es la que crece de manera más rápida desde hace quince años. Su tasa de crecimiento en México pasó de 2.5 por ciento anual en 1970, a 3.5 en 2000 y a 3.6 por ciento en 2004. Se prevee que esta dinámica continuará acelerándose hasta alcanzar un

ritmo promedio anual de 4.3 por ciento a finales de la segunda década del presente siglo (CONAPO, 2004).

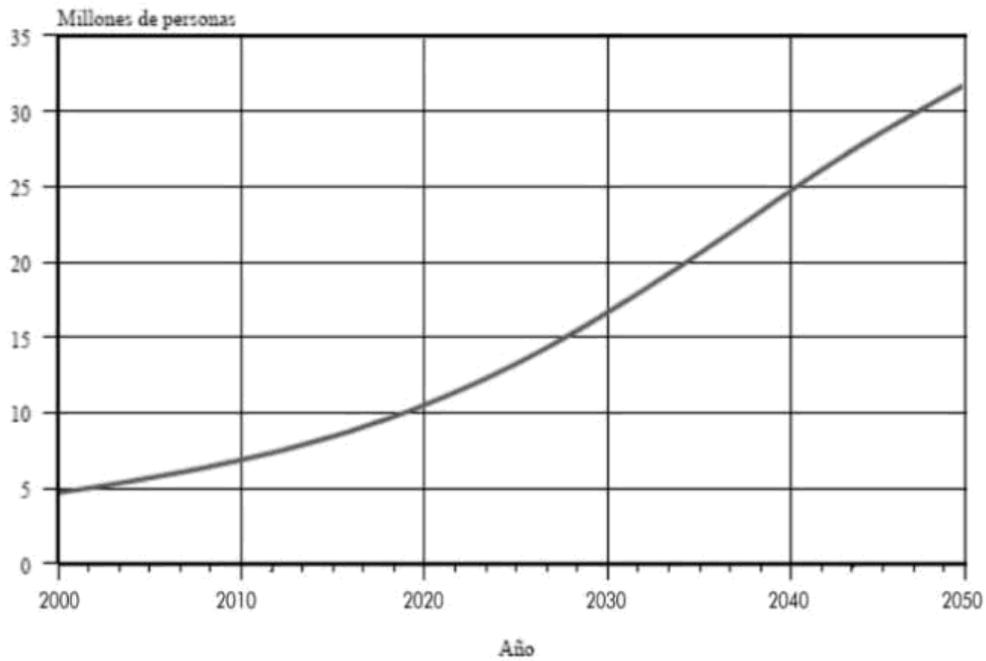


Figura 4. Población de 65 años y más, 2000-2050. Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (Tuirán, 2000).

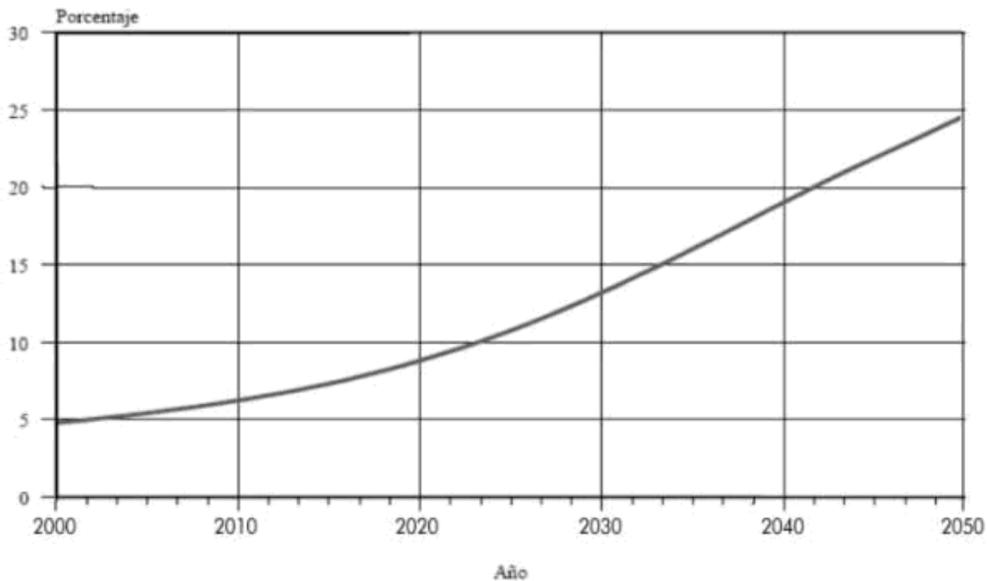


Figura 5. Porcentaje de la población de adultos mayores respecto a la población total, 2000-2050. Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (Tuirán, 2000).

El cambio en la pirámide de población también acelera la transición hacia un perfil epidemiológico dominado por los padecimientos crónico-degenerativos, como el cáncer y las

enfermedades del sistema circulatorio y del corazón (véase figura 6). Este hecho determinará que el peso de la enfermedad y de la muerte siga desplazándose en los próximos decenios hacia los grupos de mayor edad.

En consecuencia, los problemas de discapacidad de los adultos mayores serán cada vez más intensos y visibles en la sociedad. Al respecto se estima que el número de personas con algún rasgo de deterioro funcional en la vejez, crecerá de 2 millones en 2000 a 7.3 millones en 2030 y a 15.1 millones en 2050 (véase figura 7) (Tuirán, 2000). El INEGI señala que para el 2000 existían un 10.7% de adultos mayores con alguna discapacidad. Para el 2004, CONAPO señala que era aproximadamente el 11% el que sufría algún tipo de discapacidad, principalmente de tipo motriz (55.1 %), visual (30.5 %) o auditiva (21.0 %).

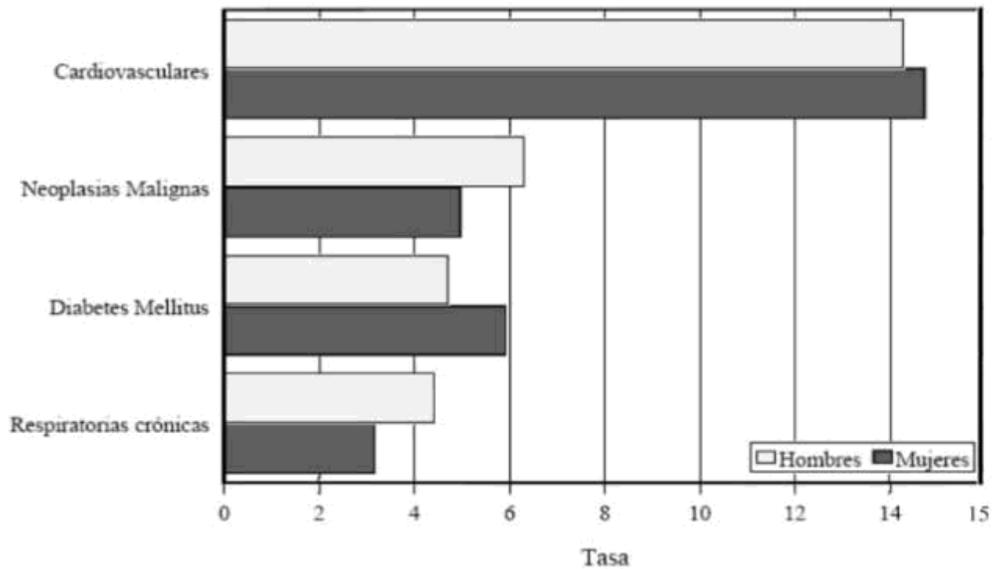


Figura 6. Tasa de mortalidad por causas de muerte entre los adultos mayores según sexo. Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) con base en las estadísticas sobre causas de muerte de la SSA, 1999 (Tuirán, 2000).

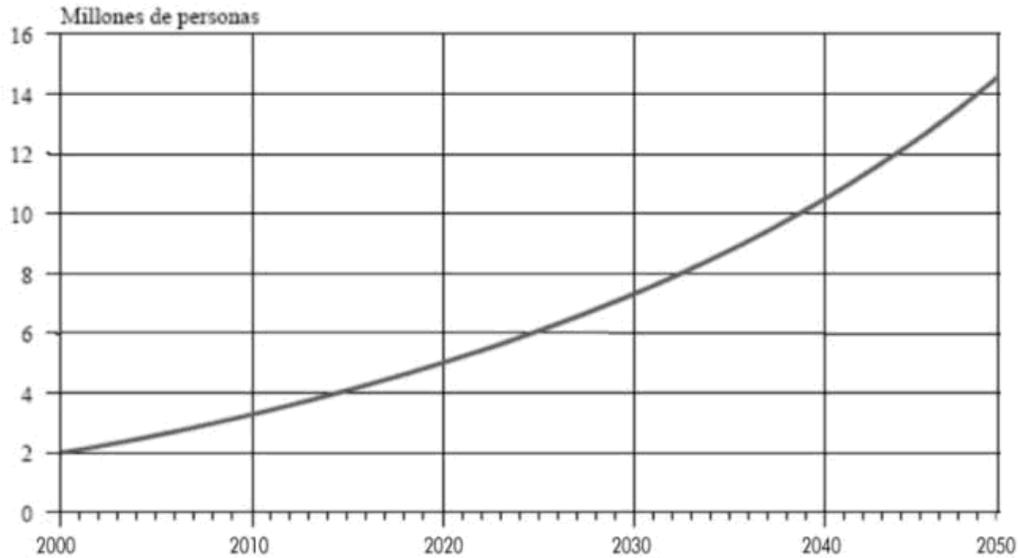


Figura 7. Personas de la tercera edad con algún rasgo de deterioro funcional, 2000-2050. Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (Tuirán, 2000).

Hablando de las características sociodemográficas de este grupo de población, es importante hablar de las tasas de mortalidad (Véase tabla 1 y figuras 8, 9, 10 y 11), ya que son una de las principales causas del aumento en el número de adultos mayores, e influyen de manera importante cuando se habla de intervención e investigación en este grupo de población, ya que es necesario considerarlas previniendo bajas en los grupos experimentales.

Así en la tabla 1 se observa que la probabilidad de mortalidad a partir de los 60 años, es en todas las edades menor en las mujeres que en los hombres, y que la probabilidad va en aumento significativo conforme avanza la edad. Por otro lado, la probabilidad de supervivencia va en decremento también muy significativamente conforme avanza la edad.

Tabla 1. Mortalidad hombres y mujeres. México, 2000.

EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	PROBABILIDAD DE MORTALIDAD	SUPERVIVENCIA Por cada 100,000 hab.	PROBABILIDAD DE MORTALIDAD	SUPERVIVENCIA Por cada 100,000 hab.
60-64	.07	81,204	.04	88,387
65-69	.10	75,647	.06	83,741
70-74	.15	68,048	.09	76,935
75-79	.21	58,035	.15	67,369
80-84	.30	45,659	.22	54,766
85-89	.42	31,828	.32	39,702
90-94	.57	18,460	.45	24,034
95-99	.74	7,955	.63	10,803
100 +	1.00	2,090	.92	2,942

FUENTE: Ham, 2003.

En las figuras 8, 9, 10 y 11, se observa como se ha modificado la mortalidad y la supervivencia de las personas de todas las edades, a través de las épocas y con una proyección al 2050.

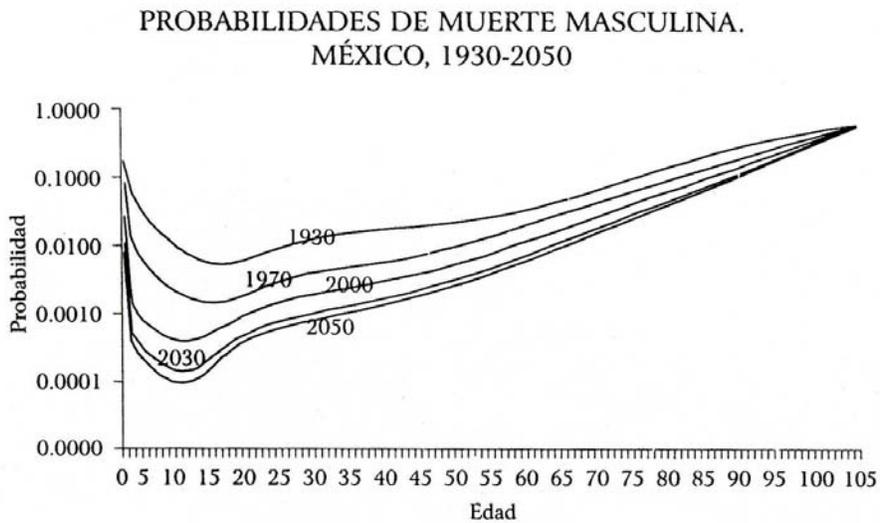


Figura 8. Probabilidad de muerte masculina. México, 1930-2050 (Ham, 2003).

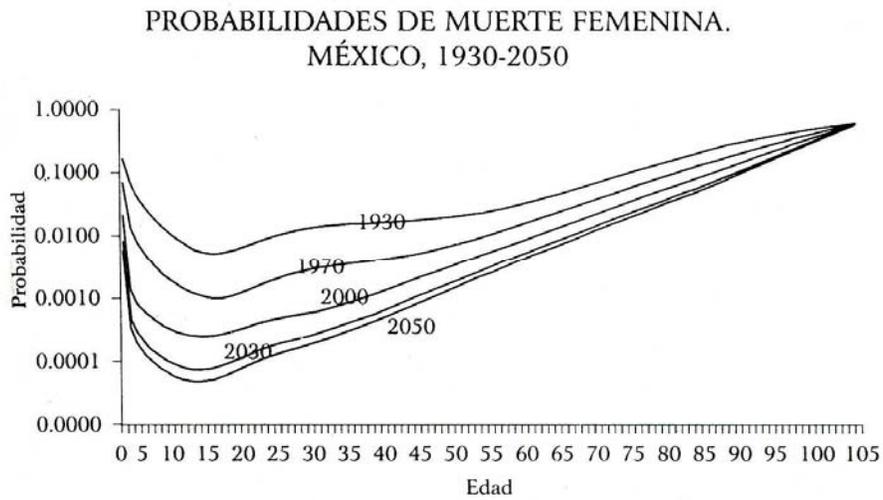


Figura 9. Probabilidades de muerte femenina. México, 1930-2050 (Ham, 2003).

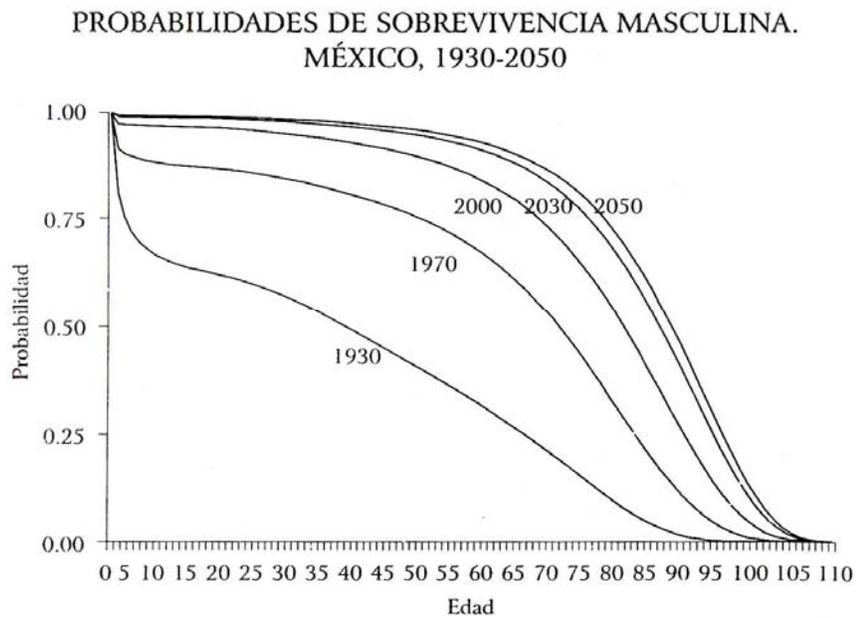


Figura 10. Probabilidades de sobrevivencia masculina. México, 1930-2050 (Ham, 2003).

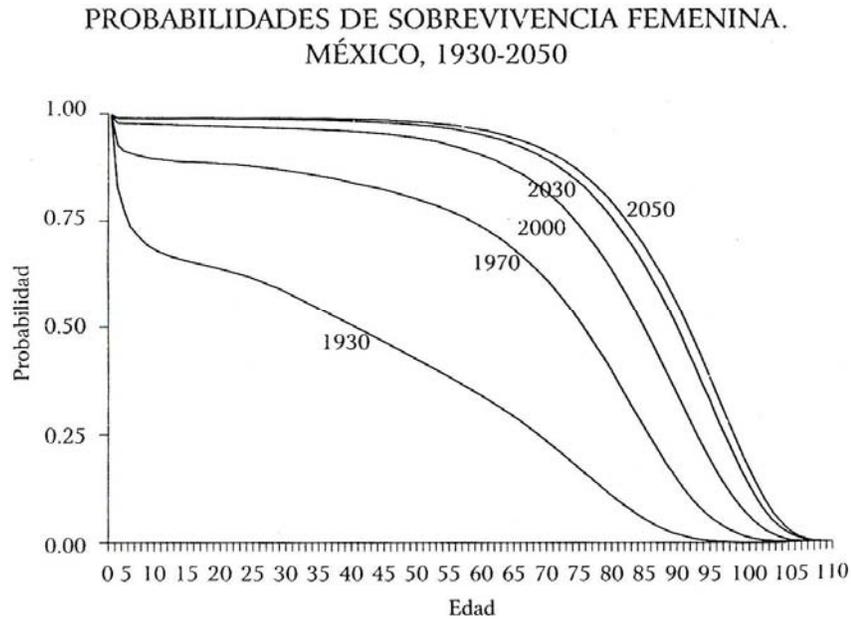


Figura 11. Probabilidades de supervivencia femenina. México, 1930-2050 (Ham, 2003).

A pesar de todos los datos demográficos que se acaban de revisar, por años, las necesidades de este sector de la población han sido relegadas. Ahora el incremento de la población de edades avanzadas es tan rápido y tan importante que rebasa las incipientes actividades de investigación, planeación, prevención, otorgamiento de servicios y de organización política y administrativa para este sector (Ham, 2003).

Esto se vuelve aún más preocupante cuando se observan las características de esta población, en la que el 30.1% es analfabeta, 24.0% de los hombres y 35.6% de las mujeres (lo cual contrasta significativamente con las generaciones más jóvenes, entre quienes el porcentaje de población analfabeta de 15 a 19 años es de sólo tres por ciento) (CONAPO, 2004); con un nivel promedio de escolaridad de 3.4 años de estudio, siendo un poco más elevado en hombres; el 48.1% cuenta con algún tipo de servicio de salud y sólo el 29% es económicamente activo, en su gran mayoría hombres (INEGI, 2000). Para el 2001 sólo el 26.2% de esta población disfrutaba de una pensión o jubilación (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, 2001).

Estas nuevas realidades demográficas y epidemiológicas imponen fuertes presiones con respecto a la cantidad y calidad de los programas y servicios dirigidos a los adultos mayores. Es así, que al prever peores situaciones a futuro, se ha provocado una creciente diligencia de recursos y esfuerzos hacia programas para esta población, y esta tendencia tendrá que seguir

creciendo si se quiere, en medida de lo posible, evitar que sobrepase aún más la demanda y llegar a tener, en un futuro no muy lejano, una cantidad muy grande de adultos mayores enfermos y con una mala calidad de vida.

En relación a esto, De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo (1997) mencionan que también es poco lo que se ha hecho en el campo de la salud mental de los senectos, pero afirman que se puede hacer mucho en el futuro en relación a la promoción de la salud, asistencia, rehabilitación, investigación y enseñanza.

1.2 La vejez.

Si ha existido un sector de la población invisible en nuestra sociedad, éste es el de los ancianos, a quienes eufemísticamente se les ha llamado de distintas formas (viejos, adultos mayores, adultos en plenitud y ancianos), pensando que al cambiar los términos se transforma como por arte de magia una situación de injusticia e inequidad (Morales, 2003).

La vejez, como etapa de la vida, es llamada también tercera edad, ancianidad o adultez mayor. La Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena (ONU, 1982), propuso asumirla a partir de los 60 años, y así es como es considerada también en México. La vejez, históricamente, ha sido vista como sinónimo de enfermedad, y si bien es cierto que esta última etapa de la vida se caracteriza por un proceso de debilitamiento de las funciones físicas y mentales, esto no quiere decir que todos los viejos están enfermos y menos aún que ellos se perciban como tales. Al ubicar al viejo en la categoría de enfermo es más fácil aislarlo, decidir por él y convertirlo en un ser dependiente.

Las personas van cambiando con la edad y al igual que ellas, cambian también los grupos, las sociedades y las culturas se desarrollan en el tiempo. Al efecto del paso del tiempo sobre las cosas y sobre las personas se le llama envejecimiento (Yanguas, Leturia, Leturia, & Uriarte, 1998). Sin embargo este tiempo no pasa igual para todos. El envejecimiento es un proceso individual y diferencial que supone una serie de cambios permanentes e irreversibles en el área biológica, psicológica y social.

En el área biológica, los cambios están orientados principalmente al sistema cardiovascular y músculo-esquelético, así como en órganos de los sentidos, aumentando también la propensión,

como se observó en los datos de morbilidad, a presentar enfermedades crónico-degenerativas. La enfermedad no es condición inevitable de la vejez, pero no cabe duda de que los trastornos físicos son más frecuentes entre las personas ancianas que entre los jóvenes: 86% de los ancianos tienen un problema crónico de salud que requiere la visita regular al médico (Butler & Lewis, 1977). Bazo, García, Maiztegui y Martínez (1999) mencionan que 51% de las personas entre 60 y 64 están enfermas y 71% de los de 85 años en adelante. En México, en los hospitales generales, el 60% de todas las camas están ocupadas por ancianos; y en los de especialidades, el 80% por ciento son personas de más de 60 años de edad (Bravo, 1999).

Se puede decir que, en general, el estado de salud de los hombres es mejor que el de las mujeres, y que las enfermedades terminales en ellos son más cortas. Comenta Morales (2003) que para la gran mayoría de los hombres y las mujeres de nuestra sociedad, su cuerpo es un gran desconocido. En el proceso de envejecimiento el cuerpo se hace presente, pero no por un proceso de identidad o de apropiación positiva, sino a partir de sus condiciones de deterioro. Por lo general, es a través de la enfermedad como se da esta relación con el cuerpo durante el envejecimiento. Para el caso de las mujeres, éstas, en general, aprenden a cuidar el cuerpo de los otros: de los hijos, de los padres, de los hermanos, del marido, pero no se les enseñó a cuidar su propio cuerpo. En contraparte, los hombres esperan que sean otros quienes se encarguen del cuidado de su cuerpo y de su salud; no aprendieron a cuidarse por ellos mismos y muchas veces prefieren ignorar ciertos padecimientos que creen, menoscaban su imagen social.

En el área psicológica, el envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en el funcionamiento cognitivo, pero a diferencia de lo que sucede en las demencias, en el envejecimiento normal los cambios son selectivos y no afectan todas las funciones cognitivas en general (Ostrosky, 1996). Se calcula que en México aproximadamente 30 por ciento de la población mayor de 65 años cae en el grupo de síndrome de deterioro intelectual sin cumplir criterios estrictos de demencia, es decir presentan una funcionalidad de la memoria por debajo de una desviación estándar del rendimiento mnésico de una población de sujetos jóvenes. Y aproximadamente un cinco por ciento quedarían en un extremo con mayor riesgo de presentar una evolución desfavorable (Corte, Ortiz & Ostrosky-Solis, 2007). El deterioro intelectual implica una declinación del funcionamiento cerebral y en especial de las capacidades para procesar (pensamiento abstracto) y para recordar (memoria) (González, Vidales, Camacho, Alexánderon & Alcántara, 1999).

En México, existen pocos estudios encaminados a documentar, la incidencia o prevalencia de las enfermedades mentales en general y de las que condicionan deterioro intelectual en este grupo etario. Conde (1998), por ejemplo, reporta que en los adultos mayores las enfermedades mentales tienen una prevalencia del 40 al 45%, y que esta estadística incluye toda una gama de problemas psicogerítricos reversibles e irreversibles. Por otro lado, en Estados Unidos de Norteamérica se calcula que aproximadamente el 15% de los individuos de más de 65 años cursan con alguna forma adquirida de pérdida de la función cognitiva. Existen informes sobre la incidencia de demencia moderada y severa que señalan que es de 9.1% en el grupo de edad de hasta 54 años, de 10% entre los sujetos de 55 a 64 años y de un 31% en personas mayores de 85 años de edad. Se ha precisado que de una población de 260 millones de personas, aproximadamente 4 millones de individuos tienen enfermedad de Alzheimer (González et al., 1999). Para Botella y Herrero (2000) la prevalencia es de 6-10% entre 65 y 80 años, y del 20-30% en mayores de 80 años.

Por otro lado, Gutiérrez (1996) reporta que en este grupo de edad, los padecimientos demenciales tienen una prevalencia aproximada del 5 a 7% que aumenta rápidamente con la edad, de manera tal que para los mayores de 80 años, la prevalencia es superior al 20%. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina, las tasas de prevalencia oscilan entre 5.9 a un 9% en los mayores de 60 años. La mayor parte de los sujetos afectados por el deterioro intelectual sufren de demencia, y de éstos, una parte significativa, son afectados por la enfermedad de Alzheimer (Gutiérrez, 1996).

Por último en el área social los cambios se manifiestan, en los aspectos económico, laboral y familiar. Con respecto a los dos primeros (como se menciona al final del inciso 1.1), el porcentaje de adultos mayores económicamente activos es muy baja, al igual que los adultos mayores que cuentan con una pensión. En el segundo aspecto, se ha observado que los principales problemas referidos por la gente mayor son los familiares, dentro de los que se encuentran el rechazo, las fricciones, la enfermedad de algún miembro, y la situación económica de los hijos (González-Celis & Padilla, 2006). Sólo el 45.1% de las mujeres vive en pareja y el 54.9% restante es soltera, separada, divorciada y una gran parte viuda (41.4%), sin embargo, en el caso de los hombres sólo el 23.4 % no vive en pareja (INEGI, 2000). En el ámbito familiar, reporta CONAPO (2004), las personas con sesenta o más años residen predominantemente en

hogares de tipo familiar. Sin embargo, es la etapa del ciclo de vida en que se pueden apreciar el mayor número de hogares no familiares, principalmente de personas que viven solas. Cerca de una de cada diez personas en esta edad reside sola, mientras que en el resto de las etapas del ciclo de vida el máximo valor que se alcanza es de 3.3 por ciento (45-59 años). Lo anterior está estrechamente relacionado con la incidencia de la viudez entre los adultos mayores, la cual se aproxima al 29% (CONAPO, 2004). Hay más viudas que viudos no sólo porque las mujeres tienen mayor esperanza de vida, sino porque las mujeres cuando enviudan, por lo general, no desean volver a casarse. Estos números son importantes ya que se ha visto que el matrimonio ayuda a enfrentar mejor la vejez, especialmente para los hombres. Las personas de la tercera edad que viven con su pareja tienen mejor ánimo, más salud mental y física, sus recursos económicos se distribuyen mejor, consiguen más apoyo social y son los que menos ingresan a las instituciones de salud (Morales, 2003). De los 22.3 millones de hogares en el país, 4.2 millones (18.7%) están encabezados por una persona de 60 años o más (CONAPO, 2004).

Durante el envejecimiento, como se puede observar en los datos, afloran las diferencias de género debido a que los hombres y las mujeres acceden de manera desigual a la salud, a la educación, a la alimentación, a los recursos económicos, a las oportunidades de desarrollo personal y al poder de decisión. Se sabe que los papeles de género son construcciones simbólicas que condicionan los valores, las creencias, las prácticas y las conductas de hombres y mujeres, por ello se puede plantear que para la mujer en este periodo se hacen evidentes los patrones reproductivos desfavorables, los efectos de la mala nutrición y las situaciones derivadas de su papel social, centrado en la reproducción y responsable de la vida familiar (Morales, 2003).

Por otra parte, los hombres, por la forma en la que fueron socializados, están más expuestos a sufrir accidentes y son más renuentes a recibir atención médica por la dificultad que tienen para asumirse como enfermos. Parece ser que las mujeres están mejor dotadas para el envejecimiento, porque los diversos papeles que desempeñan a lo largo de su vida las provee de mejores herramientas para ello. En cambio, los hombres, por las actividades laborales desempeñadas durante tantos años, no aprendieron a relacionarse con otras personas fuera de su trabajo y difícilmente desarrollan otras habilidades y aficiones cuando se jubilan. Los papeles tan rígidos, practicados a lo largo de su vida, se convierten en un obstáculo (Morales, 2003).

Debido a la gran serie de cambios que se presentan, se considera que la tercera edad es un período crítico, donde los adultos mayores deben enfrentar una nueva forma de vida que se caracteriza por una serie de pérdidas y situaciones que pueden llegar a ser estresantes para el individuo, como por ejemplo (Botella & Herrero, 2000; Ellis, 1999; Lehr, 1995; Muñoz, 2002; Reig, 2000):

- Una posible pérdida progresiva de objetos necesarios y gratificantes, y soledad.
- La percepción de la involución biológica que trae consigo el envejecimiento.
- La pérdida de la salud.
- La aparición o reaparición de conflictos de su personalidad al disminuir sus defensas.
- Los cambios negativos en la autoimagen y autoestima.
- El sentimiento de inutilidad.
- La disminución de sus relaciones sociales, reduciendo el círculo de su comunicación y de su actividad (la jubilación y sus repercusiones en el ámbito familiar).
- Un estado de temor a su futuro y el afrontamiento del acercamiento a la muerte.
- La sensación de desplazamiento social (rechazo de la sociedad y familia).

“Cuando hablamos de «pérdida» nos estamos refiriendo a cualquier disminución de los recursos de una persona, ya sean personales, materiales, o simbólicos, a los que la persona se encontraba emocionalmente vinculada” (Botella & Herrero, 2000, pag. 229).

Rando (1993) las categoriza como: a) pérdidas físicas; y b) pérdidas psicológicas. Las primeras se refieren a la pérdida de algo que es tangible, mientras las segundas se refieren a la pérdida de algo que es, por definición, intangible o de naturaleza psicosocial. Cuando la pérdida es física, es tan obvia que para la mayoría de personas es prudente pensar que quien la está sufriendo se encuentra desconsolado/a y, por tanto, la red de apoyo social con la que cuenta la persona acostumbra a ser mayor. En cambio, no siempre sucede así cuando la pérdida es psicológica. En este último caso, las personas en general, e incluso la propia persona que la ha sufrido, no siempre son conscientes de que esta pérdida ha tenido lugar y la elaboración del duelo puede ser más complicada. En el caso de los ancianos no sólo encontramos pérdidas físicas sino también algunas pérdidas psicológicas que no necesariamente son identificadas o reconocidas por su entorno familiar y social, como puede ser la pérdida de autonomía e intimidad si se tiene

una enfermedad que además merma sus capacidades físicas y psicológicas, la pérdida de habilidades cognitivas, de la psicomotricidad fina, etc. (Botella & Herrero, 2000).

Existen ganancias y pérdidas a todo lo largo del ciclo de vida; durante los primeros años la mayor parte del funcionamiento del individuo lleva consigo ganancias y muy pocas pérdidas, mientras que durante la vejez ocurre lo contrario, al parecer es hasta la octava década de la vida que llega a una igualdad entre pérdidas y ganancias, y a partir de ahí comienzan a ser más las pérdidas (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez & Zamarrón, 1999). Sin embargo, en un estudio realizado por Triadó y Villar (1997) en España, encontraron que los adultos mayores hacían más referencia a las pérdidas que a las ganancias en la vejez. Ellos concluyen que el envejecimiento es percibido por las personas mayores de su muestra en términos de declive, y plantea de manera interesante dos posturas opuestas ante estos resultados: que los mismos adultos mayores mantienen estereotipos negativos sin base empírica sobre el envejecimiento; o por el contrario que los teóricos arrastrados por excesivo optimismo dejan de lado lo que realmente ocurre al envejecer y se centran en lo que nos gustaría que ocurriera.

Existen diversas posiciones en relación a las ganancias y las pérdidas durante la vejez, y sobre el enfoque que se les debe dar a éstas. De cualquier modo, se sabe que la serie de experiencias negativas (o acontecimientos vitales) que pueden venir con el envejecimiento, en ocasiones funcionan como desencadenantes de vulnerabilidad en el individuo. Esto aunado a la serie de características propias de cada sujeto (personalidad, recursos psicológicos, creencias) y las condiciones sociales no favorecedoras (red social, recursos económicos, servicios de salud, vivienda) pueden convertir a esta etapa en una de las más difíciles de afrontar, con posibilidades de presentar problemas de depresión, ansiedad, fobias, ritos obsesivos o exagerada dependencia hacia miembros de su familia (Fernández-Ballesteros et al., 1999; Muñoz, 2002).

Caetano (1993) menciona que los trastornos de la memoria, de la atención, las modificaciones del sueño y las dificultades de relación con el entorno matizan con un tono característico las quejas somáticas en los adultos mayores y que si a ello se le suman sentimientos de minusvalía y dependencia que pueden existir frecuentemente en el anciano por la pérdida de sus ingresos, el cierre de las perspectivas de vida y la conciencia de todo ellos, se entenderá la aparición de una enfermedad depresiva de tipo reactivo y, en otras circunstancias, la de una enfermedad

melancólica, que probablemente este relacionada estrechamente a la pérdida de la autoestima debido a la sensación de inutilidad (Hernández, 2005)

La salud y el envejecimiento de los adultos mayores está determinado por diversos aspectos de su historia clínica y la incidencia de padecimientos que generan incapacidad y afectan el funcionamiento cerebral. Pero las limitaciones en el estilo de vida, la pérdida de autonomía, la muerte de personas significativas o de bienes o estatus social, la pobreza, el aislamiento, la exclusión, el rechazo y la falta de actividades creativas también son factores importantes de riesgo para el deterioro de la calidad de vida en la vejez (Hernández, 2005; Suárez, Munist & Ruiz, 2004).

Como se dijo con anterioridad, el envejecimiento es un proceso diferencial “no hay viejos con conductas homogéneas, hay personas con todas las diferencias y semejanzas, incluidas en un proceso de envejecimiento sometido a múltiples variables” (Barenblit & Molina, 2004, pag. 34).

Algunas de estas variables serían: la clase social de pertenencia, el nivel de educación, el género, el estilo de vida, el tipo y las condiciones del trabajo desempeñado, el hábitat y el contexto sociocultural en el que el individuo envejece y el impacto de los acontecimientos histórico-sociales que afectan el curso de la biografía personal (Barenblit & Molina, 2004; Oddone & Aguirre, 2004).

Por lo tanto, el proceso de envejecimiento en el mundo no es homogéneo sino que está ligado a las condiciones regionales del desarrollo de los países (Barenblit & Molina, 2004). Y aún dentro de cada país las diferencias son grandes.

“Los procesos de envejecimiento de los países desarrollados y en desarrollo han estado marcados por condiciones históricas, políticas y económicas específicas que dan como resultado procesos complejos y únicos cuya experiencia se procesa colectivamente desde referentes culturales diversos” (Montes de Oca, 2003, pag. 95).

En América latina estas condiciones económicas y políticas generan condiciones de desarrollo que producen empobrecimiento, aumentan la vulnerabilidad de las personas al generar desamparo, pérdida de los lazos sociales y de la solidaridad, disgregación de las familias y

grupos barriales, violentando las necesidades de empleo e ingreso económico, de vivienda y bienestar en general. Cuando el proceso de envejecimiento se inserta en un marco de incertidumbre como el descrito, las condiciones de este proceso se ven vulneradas (Barenblint & Molina, 2004).

El sentido común señala que las personas mayores experimentan vulnerabilidad al estar más expuestas que otros grupos de edad a enfermedades (declive fisiológico), a la pobreza (reducción de los ingresos, jubilación o discriminación laboral) y a la marginación social (disminución del flujo de relaciones sociales). Pero estos factores determinantes de la vulnerabilidad no son propios de la vejez, “no vienen solamente con la edad”, es decir no son explicables por el simple dato cronológico. Dentro del heterogéneo grupo de personas de 60 y más años, la incidencia, características e intensidad de la vulnerabilidad también varían en función de las variables básicas que influyeron en las etapas anteriores de su ciclo de vida, es decir, la edad, la clase social, el género, la etnia y la zona de residencia (Aranibar, 2001), y en función de algunas otras variables psicológicas como creencias, educación, hábitos, estrategias de afrontamiento, auto-eficacia, autoestima. Es posible, entonces, decir que efectivamente hay grupos de adultos mayores con características especiales que los hacen vulnerables, pero también hay grupos de personas mayores que no presentan estas características y por lo tanto no son especialmente vulnerables.

El término vulnerabilidad antes descrito, pero orientado básicamente al aspecto psicológico, es muy utilizado en el estudio del estrés psicológico y la adaptabilidad humana. Se refiere a la suficiencia de los recursos psicológicos o físicos del individuo. Entre los individuos con un nivel de funcionamiento adecuado, la insuficiencia de recursos es condición necesaria, pero no suficiente, para la vulnerabilidad psicológica. Tal insuficiencia convertirá al individuo en vulnerable sólo cuando haga referencia a algo que realmente le importa de forma particular. El grado en que las vulnerabilidades físicas influyen en la vulnerabilidad psicológica del sujeto, dependerá de las consecuencias que tales desventajas le reporten. La vulnerabilidad psicológica no viene determinada solamente por un déficit de recursos, sino por la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de que disponga para evitar la amenaza de tales consecuencias, pero está determinada por la importancia de la amenaza implícita en la situación. Puede concebirse la vulnerabilidad también como una amenaza potencial que se transforma en amenaza activa cuando se considera que realmente

pone en peligro al individuo. La susceptibilidad viene determinada por un conjunto de factores personales, entre los que se incluyen los recursos, los compromisos y las creencias (Lazarus & Folkman, 1986).

Se observa de cualquier modo, que subsiste el hecho fundamental de que los adultos mayores, pueden tener una probabilidad mayor de verse expuestos a acontecimientos negativos que positivos, su reacción tiene mayor base para ser negativa, pero ésta puede compensarse, dependiendo de los recursos psicológicos con los que cuente el sujeto y la estimulación del entorno.

Uno de estos recursos es la resiliencia que “es la capacidad de los seres humanos para sobreponerse a la adversidad y, además, construir sobre ella” (Suárez et al., 2004, pag. 89). Logra resiliencia el adulto mayor que es capaz de admitir y conectarse con sus puntos de vulnerabilidad, por lo que es muy importante la auto-estima, la auto-confianza, los vínculos afectivos amigables, lugares y personas que posibiliten contención, una visión optimista de la vida, capacidad de tomar decisiones, posibilidad de desarrollar responsabilidad y sobretodo el humor y la esperanza (Suárez et al., 2004).

La “crisis” de la Tercera Edad consiste entonces, en ver qué elementos se pueden conservar ante la reducción de posibilidades, “es una puesta a prueba permanente de la posibilidad de conservar” (Suárez et al., 2004, pag. 97) sobre todo aquello que le brinda seguridad. Se trata de vencer los obstáculos y resolver las dificultades que plantea la adaptación a los cambios físicos, psicológicos y sociales que devienen con los años. De este modo, la forma como las personas afronten esta etapa de la vida determinará su adaptación o no a los cambios propios de la edad, traduciéndose, la falta de adaptación, en enfermedad física y/o psicológica (depresión, ansiedad, fobias, ritos obsesivos o exagerada dependencia hacia miembros de su familia), deterioro físico y/o psicológico e incluso la muerte (Buendía, 1994; Muñoz, 2002).

En el proceso de afrontamiento y adaptación, la manera en cómo los adultos mayores y las personas en general evalúan todos los cambios y los acontecimientos en sus vidas es un factor de gran importancia. Parte esencial de esta evaluación son los pensamientos, las creencias, las cogniciones o las ideas, que al ser irracionales (véase inciso 2.3.2 para descripción detallada del

término), los llevan a vivir esta etapa con desagrado e infelicidad (Lazarus & Folkman, 1986) (véase figura 12).

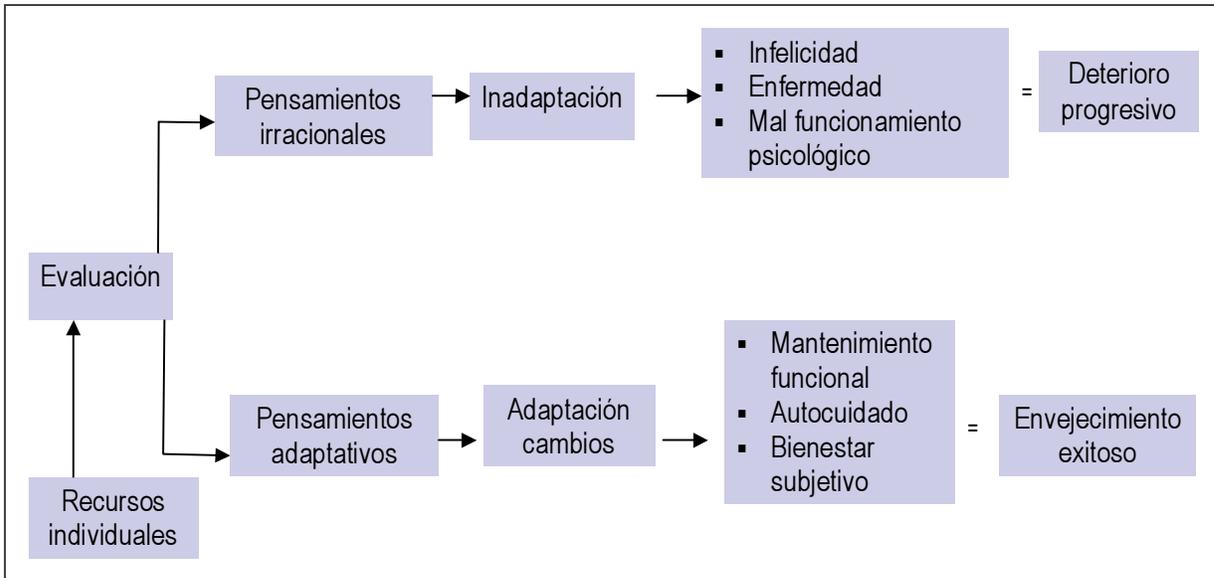


Figura 12. Modelo sobre el proceso de evaluación en la vida del adulto mayor (elaboración propia a partir de Buendía, 1994; Muñoz, 2002; Windle & Woods, 2004).

A partir de estos procesos de adaptación a la vejez es que surgen tres tipos de envejecimiento: el *normal*, el *patológico* y el *exitoso*. El *normal* es aquel que cursa sin patologías físicas o psicológicas inhabilitantes; el *patológico* sería el resultado de un organismo quebrantado por la enfermedad y la discapacidad; y, por último, el envejecimiento *exitoso* es aquel con baja probabilidad de enfermar o de presentar discapacidad y con un alto funcionamiento cognitivo, capacidad física funcional y compromiso con la vida (Fernández-Ballesteros et al., 1999).

Ahondando en la envejecimiento *normal*, desde el plano de los rasgos neuropsicológicos, se caracteriza básicamente por una preservación del lenguaje (diagnóstico diferencial con las demencias primarias) y de las habilidades de razonamiento verbal, frente a la existencia de déficits en las habilidades viso-espaciales, viso-perceptivas y viso-constructivas, déficits específicos de la memoria, entencimiento y deterioro de las denominadas funciones frontales como la capacidad de planificar o desarrollar estrategias y habilidades de cambio en la conceptualización (Jódar, 1994). Tratando de ser más descriptivos decimos que en el proceso normal de envejecimiento cognitivo los principales cambios se manifiestan en las siguientes tres áreas (Botella & Herrero, 2000):

1. Envejecimiento y procesamiento de la información: la ralentización de la velocidad de procesamiento de la información se incrementa a medida que la información se hace más compleja, si bien puede ser contrarrestada por varios factores (por ejemplo práctica).
2. Capacidad de aprendizaje: el conocimiento experto deviene, a) automatizado, b) intuitivo, c) autoconstruido, y d) activo. De hecho, en ausencia de patologías orgánicas que afecten al rendimiento cognitivo, las diferencias en la capacidad de aprendizaje parecen ser debidas a variables tales como el entrenamiento, la formación inicial, más que a la edad por sí misma.
3. Estilos de pensamiento: el pensamiento adulto ha sido caracterizado como postformal. El cual se caracteriza por su capacidad de síntesis dialéctica, relativismo y contextualismo. En este sentido, representa un avance respecto al pensamiento formal adolescente, dado que facilita la resolución de los problemas mal definidos que caracterizan la vida adulta.

La combinación de estos tres factores permite adoptar una actitud de optimismo prudente ante la viabilidad de la psicoterapia en la vejez, ya que el envejecimiento *normal* conlleva una lentitud general de los procesos cognitivos, pero se ve contrarrestada por la mayor base de conocimientos y experiencias construidas por la persona y por formas de pensamiento más adecuadas a la complejidad de dichas experiencias (si bien, lógicamente, esta imagen general reviste una gran dispersión interindividual en función de variables biográficas) (Botello & Herrero, 2000).

En otras palabras, aquellos aspectos del funcionamiento psicológico que tienen una importante base biológica, como la velocidad de procesamiento o la inteligencia fluida (relacionada al proceso de información, a la biología, a la agilidad mental) se produce un declive, incluso aproximadamente a partir de los 30 años; mientras que otras funciones intelectuales mucho más relacionadas a la inteligencia cristalizada, a la transmisión cultural y al conocimiento, no declinan e incluso incrementan hasta los setenta años. Así por ejemplo la rapidez con la que decimos palabras es menor a los sesenta que a los veinte, pero puede ser mayor su número (Fernández-Ballesteros et al., 1999).

El envejecimiento *exitoso*, por su parte, surge como una postura diferente ante la vejez, una que permite ver “el otro lado de la moneda”, lo que sí se tiene, con lo que aún se cuenta, lo que mejoró con el paso de los años; en lugar de lo que se quedó en el camino y nunca regresará. Esta postura considera tanto el declinar físico y psicológico, como el mantenimiento y despliegue positivo de funciones (González-Celis, 2005) y engloba, además, una participación activa del sujeto para mejorar su salud biológica, psicológica y social (empoderamiento); “tratar de hacer lo mejor, con lo que uno tiene”, esto incluye los problemas, las enfermedades y las pérdidas. Para esto, Baltes y Baltes (1990, en Hyer, Kramer, & Sohnle, 2004) proponen tres estrategias adaptativas de respuesta a las demandas cotidianas y al declive funcional: la selección, optimización y compensación (conocido como SOC) que se refieren a seleccionar campos de actuación específicos, optimizar recursos propios y compensar los declives experimentados. A estos Fernández-Ballesteros (como se cita en Fernández-Ballesteros et al., 1999) aumenta la “normalización”, que se refiere a procurar que el sujeto siga manteniéndose en sus contextos habituales.

Para lograr transmitir esta visión del envejecimiento *exitoso*, existe la necesidad de promover el cuidado de la salud, como parte esencial, además de crear una cultura del envejecimiento que ayude a cambiar viejas creencias sociales y ayude a modificar patrones de conducta e ideas arraigadas en los individuos que le ayuden a adaptarse a su nueva vida.

En relación a esta adaptación existen diversos autores que han realizado modelos para explicar la interrelación de los diferentes aspectos del individuo.

El modelo ecológico conductual de ajuste ambiental (Fernández Ballesteros, 1987), muestra que las variables ambientales interactúan con las personales en el pasado e influyen en las variables contextuales y personales que interactúan en el presente, influyendo en la salud y en la conducta (véase figura 13).

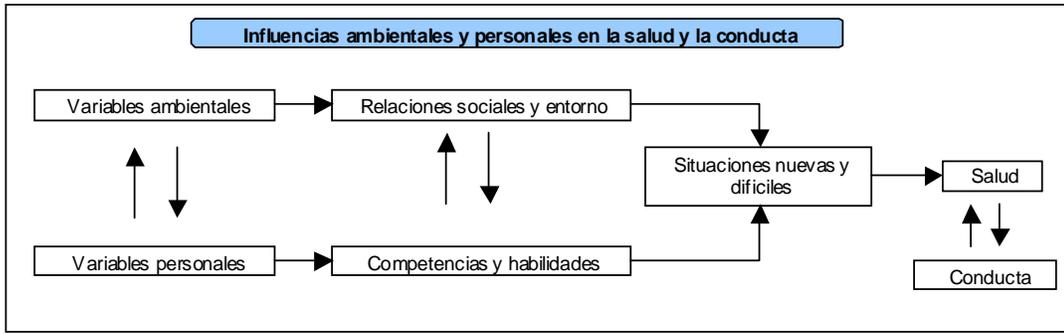


Figura 13. Influencias ambientales y personales en la salud y la conducta (Fernández Ballesteros, 1987).

Por su parte Lazarus y Folkman (1986), resaltan la importancia de la evaluación cognitiva en el afrontamiento. Las evaluaciones que hacemos de los sucesos determinan, en gran medida, la manera en como los afrontamos. La respuesta emocional y conductual desarrollada por un sujeto ante un acontecimiento depende de la forma en que lo analice. Dicho de otro modo, el significado de un acontecimiento para el individuo determina su respuesta emocional y conductual. Mediante la evaluación el individuo evalúa el significado e importancia de la situación para su bienestar (véase figura 14).

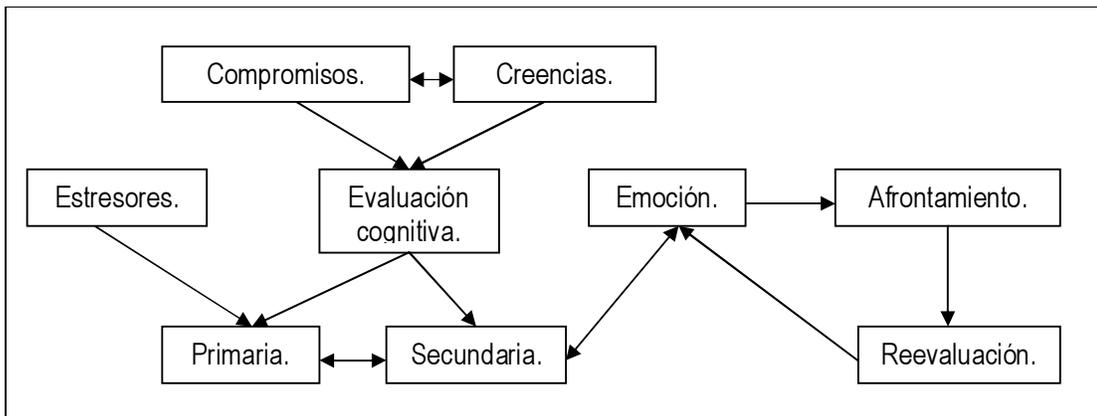


Figura 14. El proceso de afrontamiento (elaboración propia con base en Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986) identificaron tres clases de evaluación cognitiva: primaria, secundaria y reevaluación.

1. La evaluación primaria consiste en la valoración de una situación como:
 - a. irrelevante
 - b. benigno-positiva
 - c. estresante: daño-pérdida, amenaza y desafío
2. La evaluación secundaria es una valoración relativa a lo que debe y puede hacerse. Incluye, la valoración de la posible eficacia de las estrategias de afrontamiento, de la posibilidad de que una estrategia determinada pueda aplicarse de forma efectiva y la evaluación de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto de otras interpretaciones y demandas internas y/o externas.
3. La reevaluación se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de nueva información recibida del propio individuo y/o el entorno.

Entre los factores más importantes que afectan la evaluación cognitiva están los compromisos y las creencias. Los compromisos (necesidades, intenciones, expectativas del valor recibido) son expresión de aquello que es importante para el individuo y determina sus decisiones. Cualquier situación en la que se involucre un compromiso importante, será evaluada como significativa en la medida en que los resultados del afrontamiento dañen, amenacen o faciliten la expresión de ese compromiso. El alejamiento de los compromisos puede llevar a la depresión, sin embargo, también la intensidad con que existen los compromisos establecidos determina el potencial de una acción de ser amenazante, desafiante o perjudicial. Cuanto mayor sea el grado de profundidad al que se halla comprometido un individuo, mayor será el potencial de la situación para amenazarle o dañarle. Por otro lado, esa misma intensidad puede también impulsarle a actuar para reducir la amenaza y ayudarlo a desarrollar recursos para hacer frente a los obstáculos que se le presenten (Lazarus & Folkman, 1986).

Para Lazarus y Folkman, las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente. Son nociones preexistentes de la realidad, que sirven de lente perceptual. En la evaluación cognitiva, las creencias determinan la realidad de cómo son las cosas en el entorno, y modelan el entendimiento de su significado. Muchas veces actúan de modo tácito y, por consiguiente, puede resultar difícil observar su influencia sobre la evaluación. Este efecto se observa con facilidad cuando se produce una pérdida súbita de creencias o bien una conversión a un sistema de creencias diferentes. Se plantean dos principales tipos de creencias (Lazarus & Folkman, 1986):

- Control personal. Pueden ser generales (el grado en que una persona piensa que las situaciones pueden resultar controlables en general y son las que se afectan principalmente cuando esas situaciones son ambiguas) o situacionales (no se limitan a las expectativas sobre el entorno, sino que también pueden referirse a las expectativas de control de las propias respuestas).
- Existenciales. Permiten al individuo encontrar significado y mantener su esperanza en situaciones difíciles. Pueden ser afectivamente neutras, pero también son capaces de generar emociones cuando convergen con un compromiso importante.

Por su parte, Whitbourne y Weinstock (1979) comentan que el concepto de identidad en el adulto mayor proporciona una explicación aceptable de la dinámica de la personalidad en la madurez y de la adaptación a la vejez. La identidad según ellos, se basa en la integración del conocimiento que la persona posee de su potencial físico y mental, de sus ideas, motivos, objetivos, roles sociales y limitaciones. La identidad sirve para organizar la interpretación de las experiencias asignándoles un significado subjetivo que puede ser modificado por la propia experiencia. Si existen contradicciones entre la experiencia y el propio concepto de identidad, el individuo flexible modifica la concepción de sí mismo, de tal forma que la identidad se prueba diariamente en la realidad, ajustándose y modificándose según la información que llega de los demás y así el concepto de nosotros mismos se auto-perfecciona y proporciona mayor seguridad. La identidad se estabiliza con el envejecimiento a medida que la experiencia refuerza la percepción de la misma. Cuanto más tiempo se mantiene la identidad, más seguro está el sujeto de que la percepción de su personalidad es la adecuada, con lo cual se produce el efecto circular: lo que resulta útil para el sujeto se afianza. Por otra parte, el anciano reduce sus posibilidades sociales y se asienta en unas relaciones con el medio ambiente familiar. Teóricamente su identidad se mantiene, ya que objetivamente existen menos riesgos para la misma. La situación se altera cuando el cambio resulta tan importante que el sujeto no puede integrarlo y aparece la crisis de identidad, unos hechos que hacen tambalear los fundamentos de la propia identidad y fuerzan a un replanteamiento. Los factores que provocan la crisis de identidad tienen diversa naturaleza: cambio fundamental en la salud o aptitud física, pérdida de la visión o de un miembro esencial, cambio en la intimidad – muerte del cónyuge -, cambio de residencia, crisis económica individual, colapso de ideas personales, políticas, religiosas, etc.

Los autores citados anteriormente (Fernández Ballesteros, 1987; Lazarus & Folkman, 1986; Whitbourne & Weinstock, 1979) muestran diferentes modelos sobre la adaptación del individuo a su entorno y a su propia vida y características, destacan la importancia de diferentes factores tanto ambientales como personales en este proceso, pero coinciden en que la evaluación de los sucesos de vida es de gran importancia, y que ésta se encuentra determinada por el sistema de creencias, los valores, los pensamientos y la filosofía personal.

El enfoque hacia la evaluación se vuelve esencial cuando consideramos su relación con la aparición y mantenimiento de trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión. Como parte de esta evaluación pueden presentarse pensamientos negativos, irracionales o desadaptativos automáticos que ocasionan en consecuencia emociones también negativas que se vuelven interdependientes de los pensamientos (figura 15). Esto permite que se sostengan los estados anímicos por largos periodos de tiempo y se vean constantemente manifestados en conductas también poco adaptativas.

Parece ser entonces (retomando la figura 12), que la evaluación desadaptativa que se realiza a partir de pensamientos irracionales o disfuncionales, además de actuar como antecedente de los disturbios emocionales (como la depresión o la ansiedad) ocasionando emociones disfuncionales, funciona también como consecuente de los problemas psicológicos ya que estos impregnan de un color diferente las nuevas percepciones y evaluaciones, formándose un círculo vicioso (figura 15).

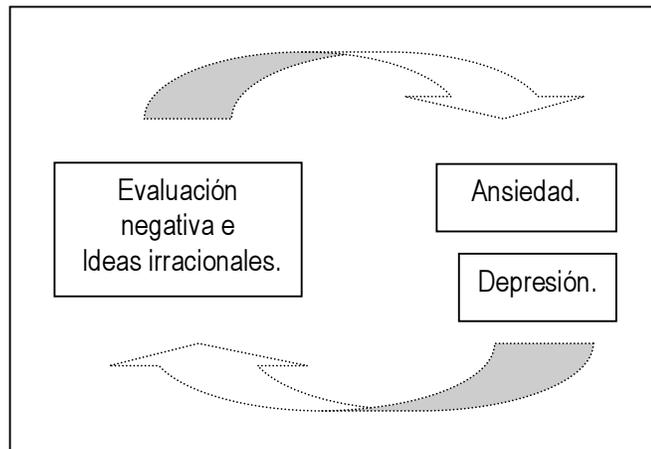


Figura 15. Círculo vicioso entre evaluación negativa e ideas irracionales, y depresión y ansiedad (elaboración propia).

Los resultados de muchas investigaciones reportan relaciones positivas entre depresión e irracionalidad (Alden & Safran, 1978; Beck, Brown, Steer, Eidelson, & Riskind, 1987; Beck, Brown, Steer & Weissman; 1991; Bridges & Sanderman, 2002; Cardeñoso & Calvete, 1999; Calvete & Cardeñoso, 2001; Chadwick, Trower & Dignan; 1999; Heerboth, 1985; Koopmans, Sanderman, Timmerman & Emmelkamp, 1994; Macavei, 2005; Nottingham IV, 1992; Smith, Rausch & Kettmann, 2004), también en adultos mayores (Lam, Brewin, Woods & Bebbington, 1987; Shapiro, Roberts & Beck, 1999). Y es precisamente con la modificación de estas cogniciones disfuncionales que, de acuerdo con la teoría cognitiva, se reducen los síntomas de depresión (Leung & Orrell, 1993).

1.3 Depresión y ansiedad en el adulto mayor.

La depresión es considerada como el desorden psicológico más importante entre los ancianos (Phifer & Murrel, 1986; Rokke, Tomhave & Jovic, 2000). Si bien existen pocos datos consensuados al respecto de la incidencia y prevalencia de trastornos conductuales o emocionales susceptibles de atención psicoterapéutica en los adultos mayores, aún más en México, la mayoría de autores comentan que la prevalencia de dichos trastornos en esta población está entre un 20 y un 45%, siendo la depresión la patología más frecuente (con una prevalencia de entre un 4 y un 6% según la estimación conservadora de Thompson, Gallagher & Breckenridge, 1987).

Por otro lado Durán y Torrado (1993) reportan que en los países desarrollados se considera que cerca del 25% de la población geriátrica sufre una afección psíquica, siendo la depresión la más frecuente, con un índice de morbilidad que oscila entre el 13 y el 20%. Acorde con esto, está lo comentado por Ellis (1999_d), cuando dice que se estima que 15 % de las personas mayores de 65 años, especialmente las mujeres, tienen síntomas depresivos y 10% más pasan por estados severos de ansiedad, problemas de adicción y desordenes de personalidad.

Como se mencionó con anterioridad toda la serie de pérdidas que pueden venir con el envejecimiento, pueden provocar problemas de depresión (Muñoz, 2002), ó procesos de duelo con características muy similares a la depresión clínica, esto es, a pesar de que el duelo no es una depresión ni una enfermedad. El proceso de duelo es una reacción natural, normal y esperable cuando se produce una pérdida. Sin embargo, muy comúnmente se confunde con la

depresión ya que muchas de las conductas normales en un proceso de duelo pueden ser parecidas a las manifestaciones de la depresión. Además, un duelo que no ha sido bien elaborado puede acabar siendo un duelo complicado (o patológico) o derivando en una depresión. De hecho, casi un 50% de las personas que pasan repetidamente por tal proceso desarrollan niveles clínicos de depresión. En cualquier caso, si bien el proceso de duelo puede actuar como detonante de un trastorno depresivo, la depresión puede no estar asociada a un suceso estresante (Botella & Herrero, 2000).

La depresión en el adulto mayor difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. La tristeza y la culpa son de los síntomas menos comunes, en cambio son más frecuentes las quejas físicas y la somatización, la ansiedad y el insomnio, la fatiga y la apatía, la irritabilidad, y la pérdida de atención y las alteraciones cognoscitivas (Durán & Torrado, 1993; Hernández, 2005; Koenig & Blazer, 1996, en Fernández-Ballesteros et al., 1999). Además de que el deterioro de la agudeza sensorial, especialmente de la vista y del oído, a menudo conlleva por sí solo síntomas depresivos, ideas paranoides, inactividad y rechazo a entablar relaciones sociales con otros (Durán & Torrado, 1993).

Algo que resulta evidente, y que provoca gran polémica, es que con el deterioro de la salud los ancianos tienden a experimentar más quejas de tipo somático, y esto lleva a diversos autores (como se cita en Durán & Torrado, 1993) a afirmar que la mayor incidencia de la depresión en la vejez es debida a la presencia de este tipo de quejas más que a la propia sintomatología depresiva y, por tanto, no se podría considerar que la frecuencia de la depresión en este grupo de edad es más elevada.

La ansiedad y la depresión son dos conceptos inseparables, ya que ninguno de los dos está específicamente delimitado. Los pacientes en la consulta hacen uso alternativo y/o intercambiable de ambos conceptos cuando informan de sus padecimientos. Se puede decir, por tanto que la ansiedad está en cierto modo presente en el trastorno depresivo, aunque con manifestaciones muy diversas.

La ansiedad es uno de los desórdenes psicológicos relacionados con el estrés que menos atención ha recibido en gerontología, a pesar de que según Durán y Torrado (1993), hay estudios que demuestran que los síntomas ansiosos se incrementan en la vejez. Existen

personas de edad avanzada muy ansiosas, y también una amplia variedad de estudios que demuestran la utilidad del tratamiento cognitivo-conductual de dicho trastorno en la población geriátrica (Durán & Torrado, 1993).

Aún con los testimonios antes mencionados sigue siendo motivo de controversia si los ancianos son un colectivo con mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos (por ejemplo ansiedad o depresión) que otros grupos de edad (Durán & Torrado, 1993; González-Celis, 2002).

De cualquier modo, la depresión (Beekman et al., 2002) y la ansiedad parecen impactar considerablemente en el bienestar y la discapacidad de los adultos mayores.

1.4 Bienestar subjetivo del adulto mayor.

El concepto de calidad de vida abarca tres dimensiones globales: a) estado funcional; b) acceso a los recursos y oportunidades; y c) sensación de bienestar o bienestar subjetivo. Las primeras dos dimensiones son lo que se conoce como calidad de vida objetiva y la última se conoce como calidad de vida subjetiva (González-Celis, 2005).

Centrándonos en esta última, el bienestar subjetivo se ha definido como satisfacción por la vida, felicidad; valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios (González-Celis, 2002); estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, que se expresa en la correspondencia entre metas deseadas y obtenidas (Lawton, 1983a; 1983b).

El bienestar subjetivo tiene un papel relevante en la calidad de vida del anciano, y es un indicador importante en la experiencia del envejecimiento (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2000; 2001). Este se ve afectado por toda la serie de cambios, pensamientos, sucesos, trastornos, enfermedades y también ganancias que trae consigo el paso a esta etapa de la vida.

Por su parte, la satisfacción es parte importante en la evaluación del bienestar subjetivo y está matizada también por algunas variables de la personalidad, por el nivel de aspiraciones y logro de los mismos, el apoyo social y familiar recibido (Pullium, 1989), y los pensamientos y creencias sobre sí mismos y el mundo que los rodea.

Entonces, tanto el bienestar subjetivo como la satisfacción en la vida están influenciados, por la forma en que los sujetos perciben, analizan y evalúan el mundo interior y exterior. Por lo tanto, las personas mayores pueden reorganizar su escala de aspiraciones, reubicar las pérdidas y así mantener sus niveles de bienestar (Baltes, 1998), sobre todo si se aprende a evaluar de un modo menos fatalista los cambios que se les presentan y a aprovechar sus potencialidades, como lo menciona la visión del envejecimiento exitoso. También la evaluación que hacen los sujetos de su capacidad para realizar actividades de la vida diaria está asociada directamente al bienestar psicológico y a la percepción de su estado de salud (González-Celis, 2005).

Al parecer las formas de evaluación desadaptativa (que se mencionan e incluyen en la figuras 12 y 15) no sólo tienen influencia como antecedente y consecuente de los disturbios psicológicos, sino a su vez afectan en la percepción de bienestar que tienen las personas sobre sí mismos. Así la depresión parece también impactar considerablemente en el bienestar del adulto mayor (Beekman et al., 2002) (figura 16).

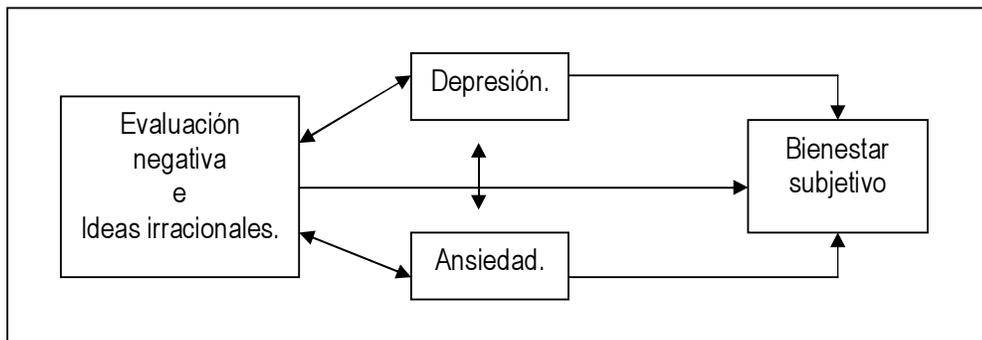


Figura 16. Papel de la evaluación y las ideas irracionales en la depresión, ansiedad y bienestar subjetivo (elaboración propia con base en figura 15).

Pero muchos son los aspectos, además de la ansiedad y la depresión, que pueden estar influyendo para que una persona se perciba como satisfecha y contenta con su estado actual de vida. Como se dijo con anterioridad, en los trastornos emocionales se encuentran presentes pensamientos negativos o irracionales que producen emociones desagradables y por lo tanto conductas desadaptativas, y estos se reflejan también en la evaluación que hace el sujeto de su sensación de bienestar y en la satisfacción que tiene la persona de su propia vida. Así, por ejemplo, Bermúdez, Álvarez y Sánchez (2002) encontraron una correlación negativa significativa entre ideas irracionales, y bienestar psicológico y estabilidad emocional, al igual que Day y

Maltby (2003), que reportan que las creencias irracionales se relacionan positivamente con la depresión, la ansiedad y el neuroticismo, y negativamente con la autoestima, el optimismo, las creencias de buena suerte (a pesar de estas también haber sido clasificadas como ideas irracionales) y por lo tanto con bienestar psicológico.

El apoyo psicológico y social familiar, dicen Quintero y González (1997), también determina la percepción de bienestar subjetivo y junto con las características individuales, personalidad, aspiraciones, motivaciones, valores y preferencias influyen en la calidad de vida de las personas (Pullium, 1989).

Otro estudio referente a esto es el de Windle y Woods (2004). Ellos midieron el bienestar subjetivo en adultos mayores y encontraron que las variaciones en el bienestar fueron asociadas con las dificultades del hogar, aislamiento, soledad, funcionamiento físico, dolor, sistema de soporte y estado civil. Sin embargo, los resultados en general se suman a los estudios que dicen que los recursos psicológicos determinan el proceso de adaptación a las situaciones de cambio que acompañan al incremento de la edad, y previenen consecuencias negativas.

Hablando de recursos psicológicos que se utilizan para percibir y enfrentar al mundo que nos rodea y evaluar las situaciones que suceden en la vida, es que llegamos al punto de qué se ha hecho y qué se hace para aumentar o mejorar estos recursos psicológicos de las personas.

Acorde con lo anterior, según González-Celis (2002), la intervención además de orientarse a disminuir niveles de ansiedad y depresión, debe también dirigirse a potenciar recursos personales y sociales que ayuden a los adultos mayores a formular una re-apreciación de la vida de una manera positiva y satisfactoria de modo que se facilite mantener un adecuado nivel de bienestar y una mejor calidad de vida.

Las intervenciones en este sentido han sido variadas a lo largo de la historia, pero son las técnicas cognitivo-conductuales las que más evidencia empírica de su efectividad han logrado acumular.

2 INTERVENCIONES PSICOTERAPEÚTICAS.

En general la intervención se define como “un proceso de interferencia e influencia que persigue un cambio” (Yanguas et al., 1998, p. 76). Por otro lado, el término psicoterapia según la *American Psychological Association* (APA) hace referencia a: “cualquier terapia usada para tratar desordenes psicológicos que se centre en el cambio de conductas, pensamientos, percepciones y emociones incorrectas que pueden estar asociadas con desordenes específicos” (Gerrig & Zimbardo, 2002 en la página del APA, 2008). Para esta investigación se utilizarán como sinónimos los términos psicoterapia, intervención psicoterapéutica e intervención psicológica.

Las investigaciones actuales en psicología muestran que existe la necesidad de evaluar la efectividad de las intervenciones en general, con el fin de utilizar sólo, lo que hoy se conoce como “Intervención Apoyada en la Evidencia” o “Terapias con Apoyo Empírico”. Bajo esta perspectiva se ha observado empíricamente que las técnicas conductuales y cognitivas-conductuales son eficaces para el tratamiento de la depresión y diversos trastornos de ansiedad. Lamentablemente no existe suficiente evidencia disponible sobre la evaluación de intervenciones con diferentes modelos psicoterapéuticos; con poblaciones sin trastornos psicopatológicos (o sea con fines de prevención o promoción de salud); o con diferentes poblaciones (como adultos mayores). Esto se hace más evidente en países latinoamericanos, por lo que la evaluación de intervenciones se ha convertido en una prioridad (Vera-Villaruel, Valenzuela, Abarca & Ramos, 2005)

2.1 Psicoterapia con adultos mayores.

Específicamente, la intervención psicológica con adultos mayores ha sido presentada, estudiada y discutida por los últimos 80 años con buenos resultados (Contant-Astrom, 1997; Hillman & Stricker, 2002; Knight & McCallum, 1998; Pinquart & Soerensen, 2001; Scazufca & Matsuda, 2002). Existe evidencia empírica de la eficacia de los tratamientos desde diferentes orientaciones: psicodinámica, cognitiva, constructivista y conductual (tanto en forma individual, como grupal) (Botella & Herrero, 2000).

Las técnicas de psicoterapia más usadas en la gente de edad avanzada han sido: orientación a la realidad, terapia de re-socialización, psicodrama, técnicas de modificación de conducta, remotivación, terapia de actitudes y prevención de soledad, combate a la ansiedad y el aburrimiento, combate de pensamientos deformados, detención de cadenas de pensamiento, desensibilización sistemática y solución de problemas (Groues, 1997; Scazufca & Matsuda, 2002). Y se ha visto que estas técnicas psicológicas pueden retardar el desarrollo de la senilidad y resultan en una vida más rica y placentera (Hernández, 2004).

Las intervenciones dirigidas a los adultos mayores, en general, parecen compartir algunos objetivos generales (Botella & Herrero, 2000; Fernández-Ballesteros et al., 1999; Hernández, 2005; Yanguas et al., 1998):

1. Adquirir habilidades (estrategias conductuales y psicológicas que permitan enfrentarse de manera adecuada a diversas situaciones) para el control del estado de ánimo y afrontamiento de situaciones conflictivas.
2. Controlar el estado de ánimo y el humor, y experimentar la relación que existe entre estos y las actividades positivas.
3. Manejo del tiempo libre. Aumentar la frecuencia de actividades positivas y agradables, y su variedad, y disminuir las que no conlleven satisfacción.
4. Fomentar la interacción e integración social y la participación en grupo, promoviendo, entre otros, el sentimiento de cohesión y pertenencia.
5. Aprender y examinar los propios pensamientos y sentimientos, adecuándolos a la realidad, y replanteando ideas, creencias y atribuciones.
6. Aprender y desarrollar habilidades sociales y de comunicación.
7. Reforzar selectivamente. Recibir apoyo en conductas adaptativas y autónomas, y no así en las que expresan dependencia.
8. Prevenir la aparición de problemas físicos y psíquicos, relacionado con la ansiedad y sus síntomas.
9. Reducir los síntomas de ansiedad y mejorar a su vez la salud y el bienestar.
10. Recibir apoyo emocional (no buscar cambio profundo de personalidad).
11. Crear metas vitales.

12. Actualizar potencialidades de tal modo que logre darle a su vida un sentido más completo y digno.
13. Aumentar la productividad.

La mayoría de las intervenciones mencionadas han apuntado hacia la atención de adultos mayores con algún tipo de patología psicológica como la depresión o la ansiedad. A esto, Botello y Herrero argumentan que: “las intervenciones psicológicas en la línea del *counselling*, en las que no se presupone necesariamente una *patología* del paciente, utilizan en gran medida las mismas técnicas pero con una finalidad optimizadora y de desarrollo personal. La psicoterapia y el *counselling*, por tanto, revisten una dimensión ética significativa, dado que intentan contribuir al bienestar y la satisfacción vital de aquellos a quienes sirven. La dimensión de servicio del *counselling* se convierte en una deuda que cualquier sociedad tiene contraída con aquéllos que le han entregado los frutos de toda una existencia. Así, la intervención psicológica en la vejez debería dirigirse más allá de la *curación* de un trastorno, y aspirar como *frontera ética final* a la consecución del sentimiento de integridad existencial que caracteriza a la vejez satisfactoria” (Botella & Herrero, 2000, pag.234).

Por otro lado, en contraste con los esfuerzos de muchos psicoterapeutas dedicados a la atención del adulto mayor, Ellis (1999_d), refiere que en estudios sobre la preferencia de los psicoterapeutas, se observó que preferían atender personas de mediana edad que adultos mayores, por lo que el número de pacientes ancianos en esa muestra de terapeutas era mínimo. Además de lo anterior, el autor reporta que también existe en general renuencia por parte de los adultos mayores para asistir a psicoterapia. Refiere que esto quiere decir que el prejuicio contra el tratamiento psicológico para adultos mayores parece ir en ambos lados.

En la investigación, sobretodo clínica, sucede algo parecido ya que aún sigue siendo limitada la literatura científica centrada en adultos mayores (Rokke et al., 2000), también en México¹. De hecho las personas mayores de sesenta y cinco años han tenido una mínima representación como sujetos experimentales, pese a constituir en 12% de la población mundial (Wisocki & Mosher, 1982). Es por

¹ Cuando se realiza una búsqueda de tesis en la Universidad Autónoma de México en los últimos cuatro años, las investigaciones relacionadas con adultos mayores comparándolas con otros grupos etarios son: el 12% de las que se realizan con niños, 15% de las que se realizan con adultos y 29% de las que se realizan con jóvenes.

eso que es importante destacar que “la relevancia de la investigación sobre la psicología de la vejez y el envejecimiento se debe, esencialmente a las repercusiones sociales del envejecimiento de la población y la contribución de la psicología en el logro de una mayor calidad de vida a todo lo largo del ciclo vital” (Fernández-Ballesteros et al., 1999, pag. 36).

Antes de utilizarse intervenciones psicológicas de manera regular, el tratamiento más común era el farmacológico, pero debido a que la medicación en el anciano tiene características especiales por la disminución del metabolismo del organismo y del cerebro (Wright, 2004), y por lo tanto limitaciones (interacción con otro tipo de medicamentos, desarrollo de tolerancia, acción sobre el sistema colinérgico y cardiovascular impidiendo su normal funcionamiento, etc.), comenzaron a utilizarse las intervenciones de tipo cognitivo-conductual dirigidas a identificar y modificar cogniciones desadaptativas en los adultos mayores.

Los antidepresivos, por ejemplo, han sido utilizados eficazmente en el tratamiento de personas adultas mayores con depresión mayor ya sea en la comunidad o internadas, con o sin dolencias físicas graves en el periodo de crisis y en el mantenimiento del tratamiento, pero las recaídas o recurrencias ocurren con frecuencia. El tratamiento con antidepresivos en esta fase de la vida tiene algunos problemas ya que los viejos muchas veces necesitan de otras medicaciones, y los antidepresivos pueden ser contra-indicados dependiendo de su interacción con otras drogas. Los medicamentos antidepresivos tienen efectos colaterales que pueden ser desagradables, tornando su aceptabilidad o tolerancia difícil (Sczufca & Matsuda, 2002).

Por eso se confirma la idea de que los tratamientos cognitivo conductuales, se volvieron una opción atractiva para esta población. De hecho, muchas personas de edad prefieren abordajes no-medicamentoso para sus problemas de salud (Sczufca & Matsuda, 2002).

Así desde 1970 se han venido aplicando las técnicas de tipo cognitivo-conductual para solucionar algunos problemas relacionados con la actividad social y el funcionamiento independiente que presentan muchos ancianos; y han sido un elemento base en las psicoterapias dirigidas a la depresión y la ansiedad de los adultos mayores (Hyer et al., 2004) y han sido también las técnicas de psicoterapia más estudiadas y aceptadas para este grupo de población. Esto lo sustentan

investigaciones en las que se reportan buenos resultados (Barrowclough et al., 2001; Ellis, 1999d; Floyd & Scogin, 1998; Hyer et al., 2004; Leung & Orrel 1993; Secker, Kazantzis & Pachana, 2004).

2.2 Intervenciones cognitivo conductuales.

Las terapias cognitivas, el modelo psicoterapéutico cognitivo, se inicia hace 50 años con la propuesta del Dr. Albert Ellis. En 1956 este mismo autor inicia una corriente con el nombre de Terapia Racional ("*Rational Therapy*"), después Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC). Algunos años después, en 1962, el Dr. Aaron T. Beck crea una nueva propuesta en psicoterapias que denomina Terapia Cognitiva (TC), después Terapia Cognitivo Conductual (TCC), que muy pronto adquiriría gran prestigio por su eficacia para enfrentar la depresión y la ansiedad. Ambas corrientes, junto con otras nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, están comprendidas en lo que hoy podríamos denominar la "corriente cognitiva conductual" en psicoterapias (Obst Camerini, 2004).

El paradigma de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la mediación cognitiva. Sintéticamente: la reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona.

Con el tiempo se fueron agregando técnicas de tipo conductual a las propuestas de tratamiento cognitivo con el objetivo de ayudar al paciente de una manera más integral, con herramientas más poderosas que lo ayuden a detener los síntomas y a tener más satisfacción en la vida.

Ahora, dentro de estas propuestas de intervención cognitivo-conductuales se utilizan técnicas cognitivas, que enseñan que los patrones de pensamiento son la causa de los síntomas, dando una visión distorsionada de los sucesos, lo que provoca a su vez emociones y acciones negativas; y conductuales, que ayudan a detectar las conexiones entre las situaciones problema y la forma de reaccionar a ellas, enseña como calmar la mente y el cuerpo para lograr sentirse mejor, pensar más claro y tomar mejores decisiones.

De cualquier modo, las características centrales de todas las intervenciones cognitivo conductuales son (Barlow & Cambell, 2000; Ellis, 2003; NACBT, 2005; Obst Camerini, 2004; Winston, 2003):

- Basadas en el modelo cognitivo y de respuesta emocional.
- Enfoque en la cognición.
- Terapias activas.
- De corta duración.
- Centradas en el presente.
- Psicoeducativas.
- Utilización del método socrático.
- Uso de técnicas cognitivas, conductuales y emotivas.
- El entrenamiento en habilidades (cognitivas, conductuales e interpersonales).
- Teoría y técnica dependen del método inductivo.
- Relación terapéutica colaborativa.
- Número de sesiones determinadas.
- Duración de la terapia pactada de inicio.
- Enfoque en un pequeño número de metas claramente especificadas.
- Agenda establecida en cada encuentro.
- Énfasis en cambios monitoreados.
- Biblioterapia.
- Tareas para casa.

Tanto Ellis como Beck están de acuerdo en que básicamente son muy cercanos en sus ideas sobre las creencias, “las diferencias entre sus propuestas parecen ser principalmente en la técnica y el estilo, más que en la perspectiva”, fue lo que comentaron ambos autores en una conferencia que ofrecieron en el 2000 en la *American Psychological Association*, en Washington DC (APA, 2000). En la tabla 2 y la figura 17 se muestran algunas de las principales diferencias entre sus planteamientos.

Tabla 1. Diferencias entre la terapia racional emotivo conductual (Ellis) y la terapia cognitiva (Beck).

AUTOR	NOMBRE	CONCEPTO PRINCIPAL	MODELO	OBJETIVO	TÉCNICAS
Ellis.	TREC.	Ideas irracionales.	ABCDE.	Modificación de ideas irracionales. Autoaceptación incondicional.	Cognitivas, conductuales y emotivas.
Beck.	TC.	Distorsiones cognitivas.	S → P → R.	Corrección de errores cognitivos.	Cognitivas, conductuales y emotivas.

Fuente: Elaboración propia con base en Obst Camerini, 2004.

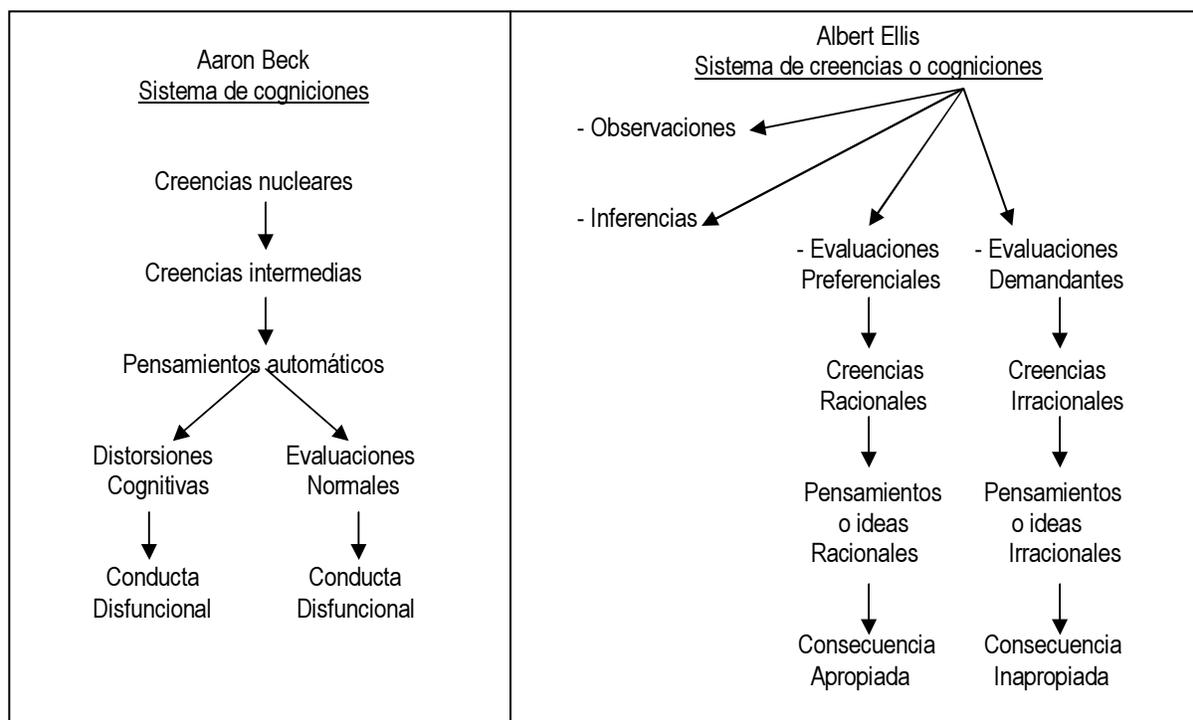


Figura 1. Modelo del sistema de cogniciones según Beck y Ellis (elaboración propia con base en Obst Camerini, 2004).

En 1999, Ellis publicó que la terapia racional emotiva (TREC) general o no preferencial, era sinónimo de terapia cognitivo conductual (TCC), sin embargo que la TREC preferencial o especializada se diferenciaba de la TCC en muchas formas, entre las que se encontraban: cognitivamente, tiene un énfasis filosófico pronunciado, incluye un punto de vista humanístico existencial, se esfuerza por alcanzar generabilidad y larga duración en lugar de cambio sintomático, intenta eliminar todas las auto-clasificaciones, destaca métodos de disputa anti-debeismos y no anti-empíricos, reconoce los aspectos paliativos de la distracción cognitiva, desalienta la solución de problemas que no vaya

acompañada de cambios en el sistema básico de creencias de los pacientes y enfatiza los síntomas primarios y secundarios de los disturbios emocionales; emotivamente, hace hincapié en la discriminación de las emociones apropiadas e inapropiadas, enfatiza métodos de trabajo directo con y en las emociones, alienta enérgicas intervenciones emotivas, y utiliza procedimientos de grupo que en gran medida generan recompensas positivas incondicionales, y no condicionales; y por último, conductualmente, favorece el castigo como reforzamiento, es parcial a la desensibilización en vivo, y se asegura de que el entrenamiento en habilidades sea hecho dentro de un marco filosófico de tratar de ayudar a los pacientes a hacer cambios fundamentales en sus creencias irracionales (Ellis, 1999_c).

A continuación se describirán ambas propuestas teóricas.

2.3 *Terapia racional emotivo conductual (TREC, Albert Ellis).*

La TREC fue creada en 1955 como parte de las ahora tan populares terapias cognitivo-conductuales y ha mostrado tener efectividad en diferente tipo de poblaciones. Desde el comienzo sustentó la teoría de que las personas no llegan a tener problemas emocionales gracias a sus experiencias y condiciones infantiles, sino porque ellos mismos repetidamente crean sus disturbios emocionales presentes y pasados, mayormente debido a las creencias que tienen acerca de lo que rodea sus vidas (Ellis, 1962;1999_d).

Cuando Ellis creó estos métodos, llevaban el nombre de Terapia Racional (TR), lo cambió por Terapia Racional Emotiva (TRE) en 1961, para finalmente quedar como Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) desde 1993 (Ellis, 1999_a;1999_b).

Desde sus inicios, la TREC enfatiza que viejos y jóvenes pueden utilizar sus métodos cognitivo-conductuales para reducir sus trastornos emocionales y conductuales. Los métodos de la TREC están orientados a ayudar a que el adulto mayor alcance auto-aceptación incondicional y alta tolerancia a la frustración. Más tarde, otros terapeutas han enfatizado el valor de esta técnica en el tratamiento de adultos mayores, personas con discapacidad, miedo a morir y enfermedades mortales (Ellis, 1999_d).

Ellis (1999_d), comenta que existen muchas razones para explicar el porqué las personas mayores frecuentemente tienen problemas emocionales y por lo tanto son sujetos potencialmente buenos para psicoterapia. Estas razones son: 1) tienen pobre salud física, por lo que pueden llegar a ser emocionalmente vulnerables; 2) pueden ser sujetos a más estrés y cambios de vida -tales como jubilación, problemas económicos y de movilidad- que la gente joven; 3) frecuentemente carecen de soporte social por parte de la familia, amigos, compañeros de trabajo y vecinos con el que probablemente si contaron en otras épocas; 4) comúnmente son menos eficaces de lo que eran en su adultez y juventud, y no cuentan con los sentimientos de auto-eficacia que alguna vez tuvieron; 5) su movilidad y libertad para cambiar puede ser distinguidamente limitada; 6) pueden haber tenido una historia previa de dificultades en la personalidad, en las relaciones y el afrontamiento que los preparara negativamente para la vejez, por lo que pueden estar ansiosos o deprimidos por la recurrencia.

Un estudio de Faucher y Kiely (1997, en Ellis 1999_d), mostró que la filosofía de la TREC es especialmente funcional en el tratamiento de individuos viejos. Ellos estudiaron a 32 hombres veteranos de guerra bien adaptados y sin depresión, de edades entre 61 y 97 años (media de 80.5 años de edad), que fueron institucionalizados por un pobre estado de salud y/o falta de autonomía física. Midieron las estrategias cognitivas que usaban los sujetos para mantenerse sanos emocionalmente y satisfechos con su vida restrictiva. Se encontró que las estrategias más usadas por estos hombres fue autodeterminación, focalización en lo positivo, pensamiento de solución de problemas, relativización de las demandas de uno, ideación de aceptación, realismo cognitivo y pensamiento altruista. Estas filosofías, las cuales fueron espontáneamente usadas por los hombres mayores hospitalizados para compensar sus restricciones y manteniéndolos relativamente felices, son muy similares a las creencias con las cuales la TREC ha encontrado ser efectiva en el tratamiento de adultos mayores con depresión y ansiedad. Los autores comentan que si las personas en sus años de vejez pueden prevenir problemas emocionales, también pueden ser ayudados a estar menos preocupados cuando tienen aflicciones, y pueden en algunas circunstancias, espontáneamente, ayudar a desarrollar para ellos mismos filosofías de vida más felices. Esto tendería a mostrar que las creencias racionales pueden suplir a las irracionales en esta población.

A pesar de esto, Ellis (1999_d) menciona que todavía nadie sabe qué tipo de terapia cognitivo-conductual es particularmente adecuada para trabajar con los adultos mayores, ya que ni la TREC ni la Terapia Cognitivo-conductual han sido suficientemente investigadas con esta población, y los estudios que se han realizado son con diferentes técnicas o con muestras muy pequeñas. Ellis reporta que existe aún mucho que aprender sobre qué técnicas utilizar con esta población y bajo qué condiciones terapéuticas, ya que los adultos mayores siguen creciendo significativamente y el rol de la terapia en general y de la terapia cognitivo conductual en particular es un campo muy importante para la investigación presente y futura.

2.3.1 Bases de la TREC.

La TREC se basa en la teoría del aprendizaje cognitivo y social, hace hincapié en los determinantes cognitivos de la personalidad que intervienen en la conducta. Esta línea teórica subraya el papel del aprendizaje en los seres humanos, afirmando que éste ocurre primero en escenarios sociales para luego ser matizado por los procesos cognitivos. Ellis (1958) relacionó las estructuras cognitivas con los procesos emocionales y de motivación.

Esta teoría postula que se puede ayudar a las personas a llevar una vida más satisfactoria, enseñándoles a organizar y a disciplinar su mente, es decir, enseñándoles a pensar de manera racional (González, 1999).

Ellis considera que en el ser humano se dan cuatro procesos básicos: percepción, movimiento, pensamiento y emoción; los cuales están interrelacionados en forma integral, de manera tal que cada uno de ellos influye en el otro. La premisa fundamental de la terapia racional emotiva es que el pensamiento y la emoción no difieren sino que se complementan en muchos aspectos; por tanto, las emociones desordenadas mejorarán al cambiar la propia forma de pensar (Ellis, 1958; 2003).

La conducta desadaptativa del sujeto está determinada por su pensamiento irracional. La TREC se fija en cómo los individuos perpetúan ese pensamiento y qué hacer para modificarlo. Para esto, es necesario en primera instancia, mostrarle al paciente que sus ideas son la principal fuente de sus

dificultades emocionales, para después descubrir cuales son las principales creencias irracionales que tiene y enseñarle que otras ideas racionales pueden sustituirlas (González, 1999).

En este tipo de terapia el terapeuta interviene en dos aspectos: mostrarle al paciente cuáles son sus ideas o creencias más utilizadas que se encuentran debajo de sus estados emocionales, ayudarle a cambiarlas por ideas más adaptativas, e instar al paciente a realizar actividades que contrarresten estas creencias irracionales (González, 1999).

Cuando un trastorno emocional está relacionado a problemas de salud, la TREC resulta muy eficaz como forma de intervención psicológica que constituye un tratamiento de elección para intensos y profundamente arraigados sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración.

Es muy común que los adultos mayores se preocupen por sus problemas de salud, ya que como se sabe, la serie de cambios biológicos que se presentan a esta edad traen consigo una involución biológica y con ella enfermedades, achaques y numerosas quejas relacionadas al cuerpo. Ellis y Abrahms en 1980, reportan que aunque tales enfermedades y dolencias para las personas en general abarcan un amplio espectro de deficiente funcionamiento físico, se ha encontrado, que utilizando la TREC, las dificultades emocionales que las acompañan y las hacen más sufridas para los pacientes, pueden ser comprendidas y reducidas en períodos de tiempo cortos.

La TREC cognitivamente, disputa activamente las ideas irracionales. Empíricamente, pregunta dónde está la evidencia de que las personas mayores deben ser o hacer las cosas tan bien como las hacían cuando eran más jóvenes y más hábiles. Lógicamente, cuestiona si ellos siempre o con frecuencia hicieran las cosas mal, esto los haría personas inadecuadas. Pragmáticamente, les permite preguntarse a sí mismos qué resultados alcanzarán si se repiten la idea de que ellos deben ser y hacer las cosas tan bien como cuando eran más jóvenes (Ellis, 1999_d).

La TREC puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve porque constituye un enfoque que, por una parte es amplio y múltiple, es decir, emplea varios métodos cognitivos, emotivos y conductuales en forma

integrante y; por otra, es una terapia filosófica y teórica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes. Esto muestra claramente a esas personas cómo fijar la atención en esas filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas. La razón principal para usar la TREC en lugar de cualquier otra forma de psicoterapia es que la TREC está especialmente diseñada para tener eficacia terapéutica y estimula de modo particular la terapia de plazo relativamente corto, además de que ha demostrado considerable efectividad clínica y está respaldada por gran cantidad de investigación experimental (Ellis, 2003; Ellis & Abrahms, 1980).

Como se dijo con anterioridad, la TREC sustenta la teoría de que las personas llegan a sus problemas emocionales principalmente debido a las creencias irracionales que tienen acerca de lo que rodea sus vidas.

En este caso, no se quiere decir que los adultos mayores presenten específicamente más ideas irracionales que otros grupos de edad, por lo menos este punto no ha sido probado por la literatura, sino que, al igual que en otras edades, las personas adoptan formas de pensamiento que les ayudan a caer en formas de vida poco saludables. La cantidad de estos pensamientos negativos en los sistemas cognitivos de las personas, dependerá de diferencias individuales y no generacionales, pero provocan de igual manera consecuencias desagradables en el individuo que las experimenta. La diferencia con algunas otras etapas de la vida, es que en los adultos mayores han sido aun menos estudiadas.

2.3.2 Creencias racionales e irracionales.

Las ideas irracionales, como concepto, son parte esencial de la TREC. El concepto fue adoptado por Ellis a mediados del siglo pasado (Ellis, 1957) y se refiere a: las creencias injustificadas, absolutistas e inconsistentes con los hechos externos, que generan emociones inadecuadas (elaboración propia con base en Ellis, 1962; 1999_a; 1999_d; Ellis & Abrahms, 1980; Ellis & Dryden, 1987).

La TREC intenta ser científica al enseñar a los pacientes a describir, analizar y poner a confirmación sus propias teorías acerca de sí mismos y de los demás; a discutir sus propias ideas, a descubrir lo que los lleva a resultados buenos o positivos (ideas racionales) y a descartar aquellos que los llevan a

consecuencias malas o desadaptativas (ideas irracionales). Por tal motivo uno de los principales principios de la TREC es establecer cuáles son las creencias irracionales de la persona.

Las creencias racionales son evaluadas tanto por su adaptabilidad como por ser manifestaciones personales no absolutas (Ellis & Dryden, 1989). Ellis y Abrahms (1980), definen las ideas racionales, los sentimientos apropiados y los comportamientos afectivos como aquellos que ayudan a la sobrevivencia y la felicidad de los humanos.

Cuando se habla en el discurso de la TREC que una persona es racional, se refiere a que ha decidido vivir con felicidad por: 1) aceptar lo que en realidad existe en el mundo real; 2) tratar de vivir amigablemente en un grupo social; 3) relacionarse íntimamente con unos cuantos miembros de su grupo social o comunidad; 4) comprometerse en un trabajo productivo y agradable; y 5) participar en empresas recreativas elegidas por selección y que van desde los deportes hasta las artes y las ciencias (Ellis & Abrahms, 1980).

Cuando los seres humanos valoran algo de forma relativa y lo aprecian como adaptable, experimentan emociones que indican placer y a veces también disgusto, tristeza, fastidio y preocupación. Estas últimas no son emociones necesariamente deseables, pero se consideran respuestas apropiadas con respecto a los sucesos negativos activadores, siempre y cuando no interfieran de modo significativo en la obtención de los objetivos personales (González, 1999). Esto difiere de la experimentación de ciertas emociones disfuncionales o contraproducentes como los sentimiento de culpa, depresión, inutilidad o rabia, ya que éstas actúan de modo inapropiado, tales emociones inadecuadas proceden en gran parte de hipótesis anti-empíricas y no comprobables de que las cosas deben o tienen que ser distintas de lo que son (Ellis & Abrahms, 1980).

Las creencias irracionales son cuestiones de interpretación personal no adaptables en absoluto con respecto al acontecimiento activador. Las emociones que acompañan a este tipo de creencias pueden expresarse como depresión, cólera y culpabilidad. Estas expresiones de emociones perjudiciales que se presentan con valoraciones exageradas, son inadecuadas incluso para un suceso activador negativo, en la medida que dificultan el logro de los objetivos personales. Las creencias irracionales contribuyen a la aparición de comportamientos perjudiciales que mantienen o intensifican los

problemas, mientras que las racionales promueven conductas útiles para la solución de problemas (González, 1999). La irracionalidad o el sentir y actuar inapropiadamente también consiste en interferir sin justificación en la vida de alguien o en causarse daño innecesariamente (Ellis & Abrahms, 1980).

Algunas de las creencias irracionales suelen derivar de una exigencia u obligatoriedad básica. Algunas de las creencias irracionales más frecuentes, de acuerdo con Ellis (1999_d) y Ellis y Harper (1975) son las siguientes:

- Las personas deben ser amadas y aprobadas (por lo que hacen y no por logros verdaderos) por casi todos los individuos que conocen y encuentran. No caerle bien a los demás implica tener una debilidad o un defecto.
- Tú debes tratarme amable y justamente, de otra manera eres condenable.
- Yo debo obrar bien, de otra manera, yo soy una persona inadecuada.
- Hay justificaciones para creer que se es víctima de las circunstancias externas y que no se puede hacer mucho frente a la suerte de la vida. Muchas de las dificultades humanas tienen su origen en el exterior, y la causa y soporte de la infelicidad está en las cosas mismas y no en el modo de percibir las.
- Las condiciones bajo las que vivo deben de ser cómodas, de otra manera la vida es terrible y no puedo soportarla.
- Todos los problemas tienen una solución. Son debilidades el comprometerse a aceptar menos de lo que se desea. Si no se da solución a todos los problemas, se es culpable.
- Los individuos tienen muy poco control sobre sus propias emociones y sentimientos.

Las distorsiones cognitivas más comunes expresadas en forma de debeísmos son las siguientes (la clasificación se elaboró con base en Beck, 1976; Ellis, 1962; Ellis & Dryden, 1987):

1. Pensamiento extremista de todo-o-nada. Se ven las cosas en categorías de blanco y negro, si el rendimiento de la persona no es perfecto, se considera a sí mismo un fracaso total.
2. Generalización excesiva. Se considera un hecho negativo aislado como una pauta que no tiene fin.

3. Descalificar lo positivo y concentrarse en lo negativo. Se niegan las experiencias positivas y se insiste en que esos aspectos “no cuentan” por una u otra razón. De esta manera se puede mantener una creencia negativa aunque la experiencia cotidiana la contradiga. Se saca un detalle negativo aislado de su contexto y se fija la atención exclusivamente en él, de manera que la visión de la realidad se oscurece, como una gota de tinta que tiñe un vaso de agua clara.
4. Sacar conclusiones precipitadas. Se realiza una interpretación negativa aunque no existan hechos negativos que apoyen de una manera convincente la conclusión.
 - a. Lectura del pensamiento. Se concluye arbitrariamente que alguien está reaccionando de manera negativa hacia la persona y ésta no se molesta en comprobarlo.
 - b. Adivinar el futuro. Se anticipa que las cosas van a salir mal, y se está convencido de que la predicción es ya un hecho establecido.
5. Magnificar (catastrofizar) o minimizar. Se exagera la importancia de las cosas o se reducen las cosas de una manera inadecuada hasta que parecen insignificantes (las propias cualidades deseables o las imperfecciones de otra persona).
6. Razonamiento emocional. Se asume que las propias emociones negativas reflejan necesariamente la forma en que las cosas son realmente: “yo lo siento así, por lo tanto debe ser verdad”.
7. Reglas y “deberías”. Se intenta motivar a sí mismo mediante “deberías” y “no deberías” como si tuviera que ser hostigado y amenazado antes de poder pretender hacer algo. Los “tendría que” y “habría que” son también ofensas. Su consecuencia emocional es la culpabilidad. Cuando se dirigen las afirmaciones de “debería” hacia otros, la persona siente enfado, frustración y resentimiento.
8. Etiquetar. Esta es una forma extrema de sobregeneralización. En lugar de describir el error, sea propio o ajeno, la persona añade una etiqueta negativa: a sí misma “soy un perdedor”, o al otro “es una desagradecida”. El etiquetado erróneo implica describir un acontecimiento con un lenguaje viciado y cargado emocionalmente.
9. Personalización. La persona se ve a sí misma como la causa de algún acontecimiento negativo o positivo externo por el que, de hecho, no ha sido responsable en primer lugar. O considera que las cosas que suceden alrededor están relacionadas directamente a su persona.

De estos debeísmos emanan cuatro formas principales de pensamiento irracional o componentes (Wessler & Wessler, 1980; Ellis & Abrahms, 1980; González, 1999):

1. *Demandas*: Son exigencias infantiles, que se expresan en términos de “debe”, “tiene que”, “debía”, “tendría que”. Estas se pueden expresar en términos de necesidad de amor, necesidad de aprobación, competencia y capacidad, o reglas, que implican la certeza de que hay leyes absolutas y universales.
2. *Catastrofización*: Se exageran las consecuencias de ciertos hechos o se espera un desastre, sobretodo si las cosas no son como uno cree que “deberían” ser.
3. *Incapacidad personal*: Se refiere al hecho de no tener control sobre la gran mayoría de las situaciones, es decir, pensar que el control de la situación no está en las manos de la persona, por eso es mejor que las condiciones de la vida sean buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que se quiera sin mucho esfuerzo o incomodidad. Pueden ser de control externo, comodidad y ocio, y manejo de conflictos.
4. *Condenas*: Se refiere a acusaciones o evaluaciones de situaciones, cosas o personas (incluyendo uno mismo). Se enfoca típicamente en características específicas, conductas o efectos evaluados de acuerdo con algún estándar o valor deseado.

Las ideas irracionales por lo común son oraciones no expresadas, ya que son suposiciones o expectativas de las que las personas no se percatan, las sostienen, pero no se las dice ni a sí mismas, ni al grupo, ni al terapeuta, esto provoca que en ocasiones los individuos actúen o reaccionen basándose solo en información parcial o distorsionada, respondiendo con frecuencia a situaciones de manera automática, sin percibirlas (Ellis & Harper, 1975).

2.3.3 Medición de las ideas irracionales.

Como un intento de conocer las mejorías logradas a través de la intervención con terapia cognitiva conductual y para fines de investigación, han sido creados diferentes instrumentos para medir estas ideas irracionales o creencias negativas.

Uno de los principales es el *Irrational Beliefs Test* (IBT, Prueba de Creencias Irracionales) (Jones, 1969) fue realizado con fines clínicos y de investigación. El IBT fue traducido en México y utilizado en dos Tesis de Licenciatura en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (Flores, 2001; Quiroz, 2001) con población adulta, sin embargo en ellas no se especifica la referencia completa del trabajo de traducción ni de validación del instrumento, sólo se menciona que fue un trabajo realizado en las instalaciones de la UNAM, plantel Zaragoza, ubicado en la Ciudad de México. Esta versión cuenta con 100 reactivos el original y 50 la versión corta, con cinco opciones de respuesta que van de totalmente en desacuerdo a completamente de acuerdo y está basado en las 10 ideas irracionales básicas o distorsiones cognitivas que planteó Ellis originalmente, pero no se cuenta con mayor información sobre esta versión corta utilizada. En el estudio de Quiroz (2001), esta versión del IBT mostró ser sensible a los cambios ocasionados por un tratamiento de terapia racional emotiva en pacientes cardiopatas. En el caso del estudio de Flores (2001), se aplica a 320 sujetos de entre 25 y 65 años y se realiza un análisis factorial, resultando una versión de 24 reactivos con seis factores (en vez de 10 como el original) y con *alfas de Cronbach* por factor que iban de 0.50 a 0.61; además de encontrar que los pacientes con enfermedad psicósomática presentaban más ideas de catastrofización y más evaluaciones punitivas hacia la gente que comete errores.

Con este mismo instrumento Cardeñoso y Calvete (1999) y Calvete y Cardeñoso (2001) obtuvieron ocho y siete factores sucesivamente, y encontraron, por medio de ecuaciones estructurales, asociaciones significativas entre las creencias y la resolución de problemas sociales; así como entre la necesidad de aprobación de los demás, el perfeccionismo y la indefensión acerca del cambio y los síntomas depresivos en una muestra de estudiantes universitarios.

En 1977, Shorkey y Whiteman, crearon el *Rational Behavior Inventory* (RBI, Inventario de Conducta Racional) con estudiantes universitarios y profesionistas. Fue diseñado con fines de evaluación, planificación de tratamiento, y evaluación de pacientes que acudían a Terapia Racional Emotiva (RET). Ellos encontraron once escalas de Guttman por medio de un análisis factorial, los factores obtuvieron coeficientes de reproductibilidad de 0.90 o mayores y coeficientes de escalabilidad de 0.60.

También entre los principales instrumentos se encuentra el *Irrational Beliefs Inventory* (IBI, Inventario de Creencias Irracionales) que fue utilizado por diversos investigadores (Alden & Safran, 1978;

Bridges & Sanderman, 2002; Heerboth, 1985; Koopmans et al., 1994; Smith et al., 2004) y correlacionado con medidas altas de depresión y ansiedad.

La última versión del IBI (Koopmans et al., 1994) se derivó del *Rational Behavior Inventory* (RBI) (Shorkey & Whiteman, 1977) y del *Irrational Beliefs Test* (IBT). Comenzó con 137 reactivos y terminó con una versión de 50 reactivos de los que se obtuvieron cinco factores que mostraron tener confiabilidad y validez.

El estudio realizado por Bridges y Sanderman (2002) fue realizado comparando estudiantes de Estados Unidos y Alemania. Ellos encontraron cinco factores: preocupación, rigidez, necesidad de aprobación, problemas de evitación e irresponsabilidad emocional. Las *alfas de Cronbach* de las dimensiones fueron de 0.69 a 0.84 en ambas muestras.

La versión del IBI obtenida por Smith et al. (2004), contó con tres factores: egocentrismo deformado fue definido por dos reactivos relacionados a autoridad y al asunto de que los eventos deberían ser siempre como uno los desea; exageración/catastrofización fue definido por dos reactivos que representan la tendencia a ver los cambios como abrumadores y catastróficos; y baja autoestima fue definida por dos reactivos que expresan que uno tiene sentimientos inaceptables hacia sí mismo que podrían llevarnos al aislamiento o a la exclusión.

La *Attitudes and Beliefs Scale 2* (ABS2) (DiGiuseppe, Leaf, Exner & Robin, 1988, como se cita en Macavei, 2005) contó con tres factores. El primero contiene procesos de creencias y tiene cuatro niveles: demandas, auto eficacia o auto derrotismo, baja tolerancia a la frustración y catastrofización. El Segundo factor incluye información del contenido/contexto y tiene tres niveles representando creencias sobre afiliación, logro y comodidad. Y el tercer factor determinaba si el reactivo está funcionando como racional o como irracional. La escala es una medida validada sobre las cuatro creencias irracionales centrales de la TREC. Tiene consistencia interna y validez discriminante para norteamericanos (DiGiuseppe, Robin, Leaf, & Gormon, 1989, como se cita en Macavei, 2005) y para población rumana (Macavei, 2002, en Macavei, 2005).

El instrumento realizado por Cardeñoso y Calvete (2004), (*Irrational Beliefs Scale*, IBSA, Escala de Creencias Irracionales) fue destinado para adolescentes e incluyó una escala de irracionalidad y seis sub-escalas de ideas irracionales: necesidad de aprobación/éxito, desamparo, propensión a la culpa, evasión de problemas, intolerancia a la frustración y justificación del uso de violencia. El análisis factorial confirmatorio mostró que la estructura sugerida para el instrumento fue adecuada.

El *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ, Cuestionario de Pensamientos Automáticos) (Hollon & Kendall, 1980) cuenta con 30 reactivos con cinco opciones de respuesta sobre la ocurrencia de pensamientos negativos automáticos.

El *Cognition Checklist* (CCL, Lista de Chequeo de Cognición) (Beck et al., 1987) es un instrumento para diferenciar cogniciones sobre ansiedad y depresión.

El *Survey of Personal Beliefs* (SPB, Encuesta de Creencias Personales) (Demaria, Kassinove & Dill, 1989) es una prueba que mide pensamiento irracional basada en la teoría racional emotiva de la personalidad, incluye un factor de racionalidad general y subescalas que miden cinco categorías de creencias irracionales: catastrofización, baja tolerancia a la frustración, “debos” dictatoriales autodirigidos, “debos” dictatoriales dirigidos por otros, auto-preocupación. El alfa total fue de 0.89 y por factor entre 0.57 y 0.72. En 1992 se obtuvieron medidas para el SPB en población psiquiátrica, obteniendo datos de confiabilidad, y de validez convergente por medio de correlaciones significativas entre creencias irracionales y depresión, desesperanza y ansiedad (Nottingham IV, 1992).

Beck et al. (1991) crearon un instrumento *Disfunctional Attitudes Scale* (DAS, Escala de Actitudes Disfuncionales) para medir creencias que contribuyen al humor depresivo, pero al parecer con limitaciones para la clínica y la investigación, ya que no fue útil para detectar la mediación cognitiva en el tratamiento de la depresión (Floyd & Scogin, 1998).

Por último, Chadwick et al. (1999) desarrollaron el *Evaluative Beliefs Scale* (EBS, Escala de Creencias Evaluativas) que mide evaluaciones negativas en las personas adultas. El instrumento contiene tres factores: ideas sobre sí mismo, ideas sobre los demás e ideas sobre lo que creo que los demás piensan de mí. Con alfas entre 0.86 y 0.92.

La tabla 3 resume los principales instrumentos de ideas irracionales creados hasta ahora.

Tabla 2. Instrumentos de ideas irracionales.

NOMBRE	CITA	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO
<i>Irrational Beliefs Test (IBT).</i>	- Jones, 1969.	100 reactivos el original y 50 la versión corta, con 5 opciones de respuesta que van de totalmente en desacuerdo a completamente de acuerdo y está basado en las 10 ideas irracionales básicas que planteó Ellis originalmente.
	- Calvete & Cardeñoso, 2001; Cardeñoso & Calvete, 1999.	Con estudiantes universitarios confirmaron el modelo de medida de la versión corta del IBT y encontraron ocho y siete factores sucesivamente: necesidad de aceptación, altas auto-expectativas, culpabilización, control emocional, evitación de los problemas (los dos anteriores se volvieron irresponsabilidad emocional en el segundo estudio), dependencia, indefensión acerca del cambio y perfeccionismo.
<i>Rational Behavior Inventory (RBI).</i>	- Shorkey & Whiteman, 1977.	Con estudiantes universitarios. Instrumento para la evaluación, la planificación del tratamiento, y la evaluación de pacientes de Terapia Racional Emotiva (RET).
<i>Irrational Beliefs Inventory (IBI).</i>	- Alden & Safran, 1978. - Heerboth, 1985.	Con una población de adolescentes y adultos de mediana edad. Fue correlacionado con medidas altas de depresión y ansiedad.
	- Koopmans et al., 1994.	Muestra de estudiantes universitarios. Se derivó del RBI y del IBT. Primera versión 137 reactivos y última versión de 50 reactivos. Cinco factores. Woodward, Carless y Findlay (2001) realizaron el estudio con edad media.
	- Bridges & Sanderman, 2002.	Para estudiantes universitarios de Estados Unidos y Alemania. Ellos encontraron cinco factores: preocupación, rigidez, necesidad de aprobación, problemas de evitación e irresponsabilidad emocional.
	- Smith et al., 2004.	Grupo de estudiantes universitarios. Con tres factores: el egocentrismo, exageración/catastrofización y baja autoestima.
<i>Attitudes and Beliefs Scale 2 (ABS2).</i>	- DiGiuseppe et al., 1988 (como se cita en Macavei, 2005).	72 reactivos con tres factores. La escala permite la evaluación de la irracionalidad, racionalidad, demandas, auto derrotismo, tolerancia a la frustración y catastrofización.
<i>Irrational Beliefs Scale for Adolescents (IBSA).</i>	- Cardeñoso & Calvete, 2004.	Con estudiantes universitarios. Se incluyó una escala de irracionalidad y seis sub-escalas de ideas irracionales: necesidad de aprobación/éxito, desamparo, propensión a la culpa, evasión de problemas, intolerancia a la frustración y justificación del uso de violencia.
<i>Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ).</i>	- Hollon and Kendall, 1980.	Con estudiantes universitarios. 30 reactivos que miden la frecuencia de ocurrencia de pensamientos automáticos negativos asociados con depresión. Se obtuvieron cuatro factores.
<i>Cognition Checklist (CCL).</i>	- Beck et al., 1987.	Sin validez con adultos mayores. 26 reactivos de auto-reporte, con dos sub-escalas sobre cogniciones de ansiedad y depresión.
<i>Survey of Personal Beliefs (SPB.)</i>	- Demaria et al., 1989.	Para personas de edad media. Cinco factores: catastrofización, deberías de auto-dirección, otros deberías, baja tolerancia a la frustración y auto-eficacia.
	- Nottingham IV, 1992.	Para pacientes psiquiátricos obtuvo datos de confiabilidad y validez, obteniendo correlaciones significativas con depresión, ansiedad y desesperanza.
<i>Disfunctional Attitudes Scale (DAS).</i>	- Beck et al., 1991.	40 reactivos sobre creencias que contribuyen al humor depresivo. Ejemplo: "Es difícil ser feliz, a menos de que uno sea bien parecido, inteligente, rico y creativo".
<i>Evaluative Beliefs Scale (EBS).</i>	- Chadwick et al., 1999.	Con pacientes deprimidos encontraron datos de confiabilidad y validez concurrente con depresión y ansiedad.

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 3, las ideas irracionales han sido medidas en diferentes poblaciones y relacionadas a diferentes padecimientos físicos y psicológicos, pero sólo fuera de México, y en pocas ocasiones, como se dijo con anterioridad, han sido evaluadas en adultos mayores.

Tal es el caso del estudio realizado por Fontecilla y Calvete (2003), quienes al examinar la influencia de la edad en la racionalidad de las personas, encontraron, utilizando el *Irrational Beliefs Test* (IBT), que los adultos mayores españoles fueron más racionales en creencias relacionadas a la irresponsabilidad emocional e incapacidad para el cambio y fueron más irracionales en ideas referentes a auto-expectativas y culpabilidad. Los hombres, jóvenes y viejos, mostraron más altas calificaciones en culpabilidad y perfeccionismo. Las mujeres mayores resultaron menos irracionales que los hombres en auto-expectativas y necesidad de aprobación.

En el estudio realizado por Shapiro et al. (1999) encontraron que los pensamientos automáticos negativos de los adultos mayores estaban compuestos por tres factores: ansiedad, pérdida social y pensamientos de inutilidad, y que estas últimas estaban asociadas con síntomas de ansiedad ($r = 0.52, p < 0.001$) y depresión ($r = .54, p < 0.001$).

En un estudio longitudinal, en el que se midió a sujetos entre 21-68 años y se les realizó otra aplicación pasados 20 años, encontraron que mayores calificaciones en fatalismo predecían mayores dificultades en tareas cognitivas diarias y mayor enfermedad en la 2ª aplicación (Caplan & Schooler, 2003).

Ellis (1999_d) reporta que es fácil encontrar creencias irracionales y disfuncionales en la vejez, pero no es fácil diferenciarlas de las filosofías autoderrotistas en la juventud y la adultez. Esto es porque la irracionalidad y el conflicto humano están muy presentes en todas las edades. Lo que se debe buscar, según el autor, es qué creencias irracionales especiales tienen los adultos mayores relacionadas al hecho de envejecer.

Los pacientes adultos mayores de 70 a 90 años, utilizan las siguientes variaciones de las principales ideas irracionales. Ellos regularmente incluyen dos debeísmos opuestos, creen que deben ser superiores a otros y universalmente amados por otros (Ellis, 1999_d):

Ideas irracionales de auto-menosprecio:

- Yo debo hacer las cosas tan bien como las hacía antes, cuando yo era más joven y más hábil, de otra manera soy una persona inadecuada.
- Yo debo de ser más joven y más atractivo de lo que soy.
- Yo no debo de ser físicamente débil ni deficiente.
- Yo debería de haber logrado más cosas de las que logré en mi vida.
- Yo no debo verme tan ansioso y débil como ahora me veo.
- Yo no debo morir y ser olvidado.

Ideas irracionales que producen hostilidad:

- Otras personas deben tratarme amable y justamente especialmente por mi edad y las limitaciones y discapacidades que van con ella. Cuando me tratan de manera ruin son muy malas personas.
- Mis familiares y amigos no deben descuidarme y deben tratarme tan bien como lo hacían cuando era más joven.
- Otras personas deberían tratarme tan bien como lo hacían cuando yo era más joven y más hábil.
- Las personas no deberían discriminarme o menospreciarme por mi edad y mis flaquezas.

Ideas irracionales de baja tolerancia a la frustración:

- Las condiciones de mi vida deben ser tan buenas como eran previamente, y es horrible y no puedo soportar que no sean así.
- Los problemas y dificultades de la vejez no deberían de existir y es muy difícil vivir con ellos.
- Necesito más placer y emoción; sin ello la vida es muy aburrida.
- Necesito más compasión y amor; especialmente de aquellos que me importan.
- Yo debería tener el trabajo que solía tener para llenar mi vida y hacerla más interesante.
- Yo debería tener la buena salud que solía tener y no estar enfermo y discapacitado.
- Yo no debería tener que ser tan dependiente de otros como lo soy ahora.
- Yo no debería tener que morir y ser privado de la vida.

Como se ha dicho con anticipación, a pesar: de que los adultos mayores deprimidos tienen más cogniciones negativas que los sujetos no deprimidos, y que estas cogniciones no están relacionadas con las adversidades sociales (Lam et al., 1987); de que con la modificación de estas cogniciones

disfuncionales se reducen los síntomas de depresión (Leung & Orrell, 1993); y de que la depresión es mediada por patrones de pensamiento depresivo (Floyd, & Scogin, 1998). La investigación en población adulta mayor no ha ahondado de manera propositiva en el efecto mediático de estos pensamientos depresivos en esta población. Es claro en la tabla 3 y en los párrafos anteriores, que no ha sido desarrollado, hasta el día de hoy, un instrumento que mida ideas irracionales en una población mexicana adulta mayor. Es por esto que, considerando la importancia que las ideas irracionales tienen en nuestra forma de evaluar el mundo interior y exterior, en el presente estudio se observa la necesidad de desarrollar y utilizar un instrumento confiable y válido que, midiendo ideas irracionales, considere aspectos culturales de los adultos mayores en México, por lo que, al no existir uno con tales características, se desarrolla un instrumento original basándose en la teoría de Ellis sobre las formas principales de ideas irracionales: demandas, incapacidad personal, condenas y catastrofización (Ellis & Abrahms, 1980; González, 1999; Wessler & Wessler, 1980) (anexo 1).

2.3.4 EI ABC.

Ellis en 1962, utilizó el modelo ABC para conceptualizar los problemas psicológicos de sus pacientes. Sintéticamente y gráficamente resumió su teoría en lo que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B" (Obst Camerini, 2004) y donde:

- "A" (por "*Activating Event*") representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).
- "B" (por "*Belief System*") representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.
- "C" (por "*Consequence*") representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

Y se representa así: **A → B → C.**

Este esquema sirve para entender y subrayar el papel de las creencias (como una valoración o evaluación constante de los acontecimientos) en la conducta humana y modificarla.

Actualmente, en este modelo las relaciones se consideran más complejas que en el esquema original del ABC, siendo todos los elementos relacionados e interactuantes. En un análisis más profundo, se explica que las relaciones no son ni exclusivas ni lineales ni unidireccionales como en el esquema anterior, pero que éste es el modelo básico y más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos (Obst Camerini, 2004).

"A" se considera como lo percibido por la persona, y, en cierta manera, "creado" o "construido" mediante su selección, inferencias, supuestos, sistemas de atribución, etc. siempre condicionado por sus metas "G" ("*goals*") y sus esquemas, elementos estos pertenecientes al sistema cognitivo ("B"): es decir, $B \rightarrow A$.

También se acepta que el tinte emotivo ("C") en parte modifica y determina los esquemas utilizados y consiguientes distorsiones cognitivas ("B") para la construcción de "A": o sea, $C \rightarrow B$.

También las emociones y conductas modifican directamente las situaciones: o sea, $C \rightarrow A$.

Además, existen estímulos ("A") que en un primer instante generan una respuesta condicionada ("C") que recién luego puede ser procesada por el sistema cognitivo: o sea, $A \rightarrow C$.

Con respecto a las consecuencias o reacciones (conductas y emociones, C), la TREC distingue entre las "apropiadas" ("funcionales" o "no perturbadas") y las "inapropiadas" ("disfuncionales", "perturbadas" o "auto-saboteadoras") (véase figura 17 columna derecha). Menciona que si la interpretación o evaluación que hace una persona de un acontecimiento es incorrecta, las consecuencias emocionales y conductuales pueden resultar inappropriate o desagradables.

Las emociones (o conductas) disfuncionales o inappropriate se caracterizan por causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación; llevar a (o implicar) comportamientos "auto-saboteadores" (contrarios a los propios intereses u objetivos); dificultar (o impedir) la realización

de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios; estar asociadas a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas.

Con respecto a "B", se ejemplifica en algunas cogniciones (Ellis & Dryden, 1987) (figura 17 columna derecha):

- Observaciones (no evaluativas) que se limitan a lo observado.
- Inferencias (no evaluativas) que incorporan hipótesis o supuestos que pueden ser acertados u erróneos.
- Evaluaciones preferenciales.
- Evaluaciones demandantes o "deboperturbadoras" ("*musturbatory*").

La TREC afirma que en el fondo de una alteración psicológica está la tendencia en los humanos a realizar evaluaciones absolutas sobre los hechos que se van percibiendo a lo largo de la vida, las cuales se verbalizan en forma de debeísmos. Estas creencias son las consideradas irracionales ya que obstaculizan a las personas en la realización de sus metas y propósitos más importantes. Esta técnica adopta una posición anti-absolutista evitando los *debo* y los *tengo*.

La TREC considera que las personas sanas en el aspecto psicológico, poseen el rasgo principal de una filosofía relativista que reconoce que los seres humanos tienen una gran variedad de deseos, preferencias, anhelos, etc.; pero si estos valores se convierten en dogmas e imposiciones, sería probable que adquirieran una alteración psicológica.

Según Ellis y Dryden (1987) la filosofía del deseo tiene tres derivaciones, consideradas racionales por ayudar a la persona a alcanzar sus metas. Esas derivaciones son las siguientes:

1. *Evaluar o analizar lo negativo*, que es lo contrario a las creencias de desolación o tremendista. Aquí cuando una persona no consigue lo que quiere, reconoce la parte mala al evaluarla en un conjunto que va del 0 al 100%, pero sin caer en una valoración irreal. No todas las consecuencias de nuestra conducta son de cero.

2. *Tolerancia*, la cual es la alternativa racional a las creencias de inquietud debidas a la incomodidad o a la sensación de no poder soportar algo. En este caso la persona reconoce que ha sucedido un acontecimiento no deseable, sabiendo que era posible que ocurriera. Sitúa al acontecimiento en un continuo de valoración para determinar qué tan malo fue y procura cambiar el suceso indeseable o aceptar la realidad si no la puede modificar, para empezar a perseguir otra.
3. *Aceptación*, que es la alternativa racional a las creencias de denigración. Aquí la persona acepta que tanto ella misma como los demás puedan fallar, que los seres humanos tienen limitaciones; se aceptan las condiciones de vida tal y como son. La gente sigue una filosofía de aceptación al reconocer que el mundo es complejo y funciona de acuerdo con leyes que a menudo escapan a su control, sin embargo la aceptación no implica resignación. Para la filosofía racional, una persona debe asumir que todo lo que existe debe existir pero con el conocimiento de que no tiene porque existir para siempre; se incita a la persona a hacer intentos para cambiar la realidad puesto que quien se resigna a una situación, no suele intentar modificarla.

Para la TREC la salud psicológica implica (Ellis & Dryden, 1987):

1. Interés en sí mismo.
2. Interés social.
3. Autodirección.
4. Alta tolerancia a la frustración.
5. Flexibilidad.
6. Aceptación a la incertidumbre.
7. Comprometerse en ocupaciones creativas.
8. Pensamiento científico.
9. Arriesgarse.
10. Hedonismo de larga duración.
11. Antiutopía.
12. La propia responsabilidad de sus alteraciones emocionales.

Los cambios más duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que incluyen una reestructuración filosófica de las creencias irracionales. El cambio a este nivel puede ser específico o general: el específico significa que los individuos modifican sus exigencias absolutistas irracionales por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta; el cambio filosófico general, supone que la persona adopta una actitud no devota hacia los acontecimientos vitales.

Para lograr un cambio filosófico a cualquier nivel, es necesario que las personas (Ellis & Dryden, 1987):

1. Se den cuenta de que ellas mismas crean sus propias perturbaciones psicológicas, y aunque, las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, en general estas tienen un papel secundario en el proceso de cambio.
2. Reconozcan por completo que las personas tienen la capacidad de cambiar de manera significativa estas perturbaciones.
3. Comprendan que sus alteraciones emocionales y conductuales, por lo general, provienen de creencias dogmáticas, irracionales y absolutistas.
4. Detecten sus creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales.
5. Refuten estas creencias irracionales usando métodos lógico-empíricos.
6. Trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales.
7. Continúen este proceso de enfrentarse a las creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de sus vidas.

La idea del cambio del pensamiento irracional se inicia con la intervención del terapeuta enseñando a los pacientes el análisis y sustitución del pensamiento irracional. Ellis y Dryden (1987) proponen cinco pasos a seguir:

1. Identificación de las ideas irracionales.
2. Establecer en la persona la concepción de la responsabilidad personal sobre las emociones.
3. Instruir a la persona sobre las principales concepciones irracionales acerca del mundo y de la gente, demostrando el porqué son irracionales.

4. Presentar alternativas más racionales y menos autoderrotistas que puedan sustituir a los patrones de pensamiento irracional.
5. Capacitar al sujeto para que, por sí sólo pueda cambiar su pensamiento irracional, demostrar sus fallas lógicas, encontrar argumentos racionales y cambiar sus emociones perturbadas.

De forma práctica puede trabajarse los cinco pasos anteriores por medio del ABC, agregando el punto D (el debate racional de los pensamientos) y teniendo como consecuencia un punto E (nuevas consecuencias emocionales).

Los terapeutas racional emotivo conductuales afrontan y discuten las creencias creadoras de trastornos de las personas, en forma mucho más activa y enérgica que los terapeutas de la mayoría de las demás escuelas. Claramente hacen ver a sus pacientes que sus filosofías son irracionales y contraproducentes, les explican cómo éstas crean trastornos emocionales, les enseñan el modo de atacarlas en los terrenos lógicos y empíricos y, por último, les instruye en cómo desecharlas. Subrayan especialmente la reestructuración cognitiva o la discusión (Ellis & Abrahms, 1980).

Es necesario tener a los pacientes trabajando para que cambien por sí mismas en los intervalos entre una sesión y otra, y se hace mediante la asignación de tareas específicas consecutivas. Estas pueden ser cognitivas, emocionales o conductuales. En el curso de la asignación de tareas se emplean técnicas como el condicionamiento operante o el autocontrol.

Muy parecido a esto pero en relación a la TCC, Hays (1995) menciona que debido a que al parecer los adultos mayores están menos familiarizados con la psicoterapia, es útil comenzar con una explicación de las propuestas y aproximación general de la TCC, enfatizando el rol activo que debe jugar el paciente en la definición del problema, creación de un plan y elaboración de tareas en casa. El paciente puede hacer notas de resumen al final de cada sesión para ser repasadas en casa y el lenguaje usado en las sesiones debe ser claro para todos.

Desde el punto de vista emotivo la TREC es en especial confrontativa y evocativa, ya que se adopta un enfoque razonable a los problemas de los pacientes y se persuade para que se expresen

francamente y pongan de manifiesto sus verdaderos sentimientos, sin importar lo doloroso que los mismos puedan parecer (Ellis & Abrahms, 1980).

Cognitivamente la TREC emplea la confrontación filosófica directa, muestra a los pacientes cómo se trastornan ellos mismos y no son trastornados por otros o por las situaciones. De un modo directo y activo se les enseña que cada vez que experimentan una emoción o un comportamiento negativo esto solo procede indirectamente de alguna experiencia activante, más bien, de manera concreta, surge de sus interpretaciones, filosofías, actitudes o creencias. Entonces se muestra a los pacientes a discutir científica y lógicamente sus creencias irracionales y a persistir en esto hasta que de modo consistente se llegue a efectos cognitivos, emocionales y conductuales (Ellis & Abrahms, 1980).

2.4 Terapia cognitiva (TC, Aaron Beck).

Aaron Beck inició el desarrollo de la terapia cognitiva en 1962 en la Universidad de Pensylvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente (Obst Camerini, 2004).

Al igual que la TREC, "la terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación" (Beck, 1964; Ellis, 1962).

En otras palabras, las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos (Obst Camerini, 2004):

1. Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".
2. La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
3. Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
4. La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

2.4.1 El sistema cognitivo.

Para Beck el modelo cognitivo se representa por la relación:

$$S \rightarrow P \rightarrow R$$

Siendo "S" el estímulo o situación, "P" el sistema y procesamiento cognitivo (pensamientos) y "R" la respuesta o reacción.

Las reacciones pueden ser: emotivas, conductuales o fisiológicas. Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal ("lo que me estoy diciendo a mí mismo") y/o visual (imágenes) (Obst Camerini, 2004).

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. Las creencias más centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos) y constituidas por: reglas (normas), actitudes y supuestos.

Los pacientes tienden a cometer persistentes errores en su forma de pensar, eso es lo que Beck llama distorsiones cognitivas, y con frecuencia se observa este desvío negativo sistemático en la forma de procesar el conocimiento en los pacientes que padecen un trastorno psicológico. Estas distorsiones son lo que Ellis llama ideas irracionales (Obst Camerini, 2004) (véase figura 17 columna izquierda).

2.5 El grupo psicoterapéutico.

Yanguas et al. (1998) mencionan que la psicoterapia con adultos mayores, además de realizarse de forma paralela y complementaria en los niveles cognitivo y conductual, debe realizarse preferentemente de forma grupal y con la suficiente flexibilidad como para adaptarse a las características diferenciales y a distintos ritmos de cada participante.

Pero antes de poder hablar de las intervenciones psicoterapéuticas de tipo cognitivo conductual de grupo, es importante definir los conceptos principales de grupo y grupo psicoterapéutico.

Un grupo surge cuando dos o más individuos se reúnen, en torno a un centro de interés común (Battegay, 1978). Villa (2002) define al grupo como “un conjunto de individuos unidos por mutua atracción interpersonal, y por la satisfacción también mutua de sus propias necesidades” (pag. 11).

El grupo proporciona un sentimiento de seguridad, amparo y unión, indispensable para un desarrollo favorable a cualquier edad. En la edad adulta no es la excepción, los individuos no pueden prescindir de su entorno humano. A través de las reacciones del grupo en el que se halla inmerso, logra hacerse conciente de sí mismo, consigue perfeccionarse únicamente cuando se encuentra unido a otras personas que muestran interés por su conducta, manifestaciones y reacciones.

Los efectos que el grupo produce se ponen de manifiesto, cuando ciertos sujetos que antes no participaban o vivían distanciados entre sí, se ordenan, gracias a la experiencia de una atmósfera común que les envuelve, dentro de la colectividad. Es precisamente esa experiencia o vivencia, lo que arranca al individuo de su soledad o aislamiento, incluso puede poner en contacto a sujetos retraídos que desconfiaban de las personas, y darles la oportunidad de establecer comunicación con los demás (Battegay, 1978).

“Un grupo psicoterapéutico es una asociación de tres o más miembros que actúan, terapéuticamente, al unísono” (Battegay, 1978, pag. 120). La meta de un grupo psicoterapéutico es el autoexamen, la maduración y el desarrollo interior de cada elemento. Se encamina al esclarecimiento de los conflictos y problemas de sus miembros mediante el instrumental representado por el grupo.

Los grupos psicoterapéuticos que se desenvuelven dentro del campo clínico pueden ser grupos primarios (las relaciones interpersonales se llevan a cabo directamente cara a cara y con gran frecuencia) o artificiales (se forman con un propósito específico, se desintegran después de alcanzada la meta).

Dentro de estos grupos existen diferentes tipos (Battegay, 1978) que se muestran en la figura 18.

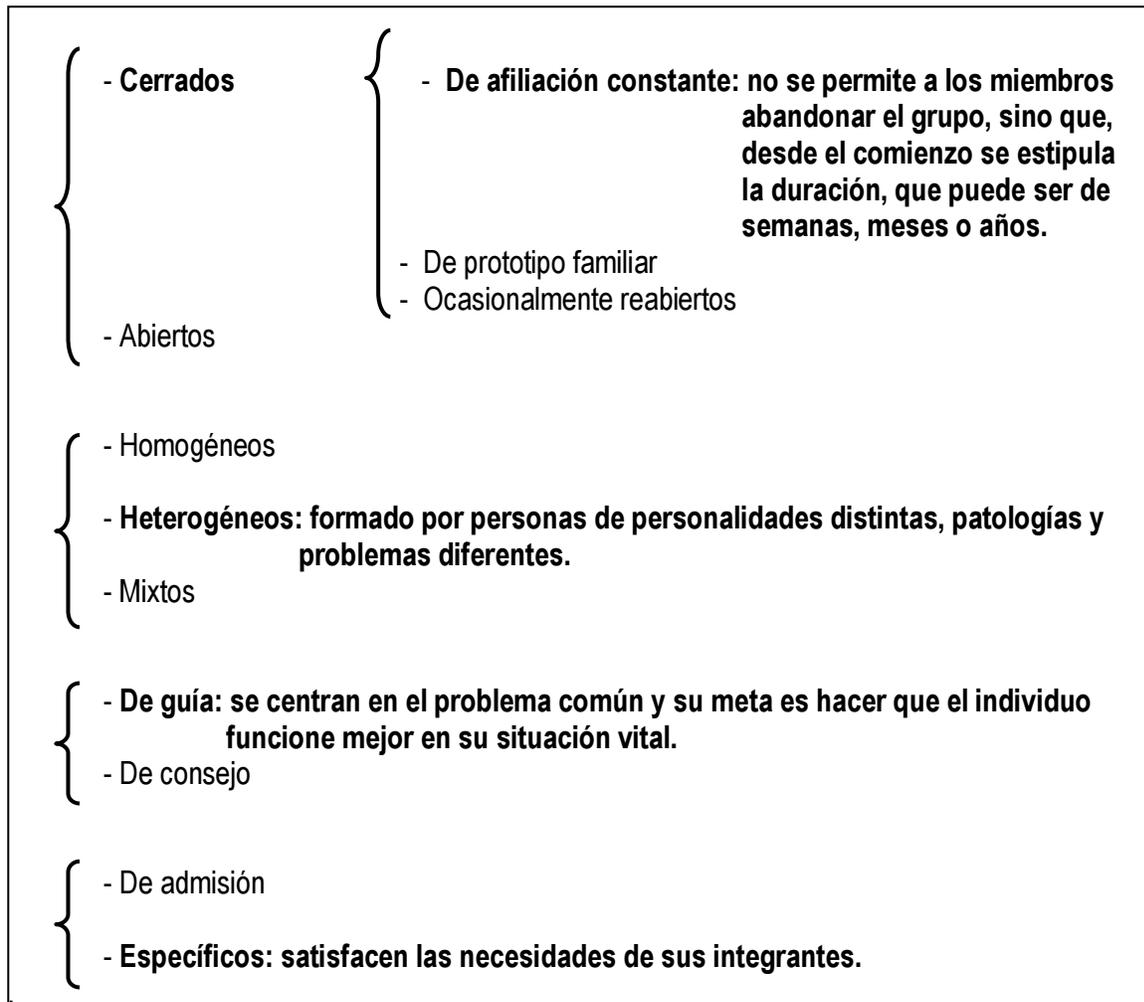


Figura 2. Tipos de grupos psicoterapéuticos (elaboración propia con base en Battegay, 1978) (en negritas las características de los grupos que se utilizan en esta investigación).

2.5.1 Aspectos de la psicoterapia de grupo.

El concepto *psicoterapia de grupo* o *grupo psicoterapéutico* engloba determinados métodos de tratamiento que en presencia de uno o varios terapeutas estimulan la labor autocentrada de los socios. Algunos de estos métodos son: el psicodrama, psicoterapia analítica de grupo, psicoterapia de actividades de grupo, métodos focales y la que se utiliza en esta investigación, psicoterapia de grupo directivo-sugestiva.

El terapeuta mantiene una actitud reservada, incluso en los grupos directivos-sugestivos en los que el psicoterapeuta sabrá dejarle también al grupo, por lo menos, una parte de la labor terapéutica que se ha de realizar.

En el grupo terapéutico se establecen interacciones emocionales y/o intelectuales múltiples que pueden ir en todos los sentidos, entre los integrantes del grupo, de los individuos hacia el terapeuta y viceversa, y pueden ser verbales o no verbales. Este tipo de interacción permite que los sujetos fijen su atención en lo social.

El grupo impregna una carga de realidad que ayuda a que los miembros abandonen su actitud y modos de comportamiento anormales antes que en una relación terapéutica dual. Los condicionamientos aberrantes suelen ser reconocidos y ceden una vez sometidos a la influencia de las normas de grupo, lo que quiere decir que el grupo es capaz de presentarles a los pacientes las normas que rigen en el mundo exterior.

Al introducir en los grupos psicoterapéuticos a pacientes que sufren de trastornos en su vida de relación, les ofrece un campo de entrenamiento en el que puedan aprender a ejercitar una conducta adecuada. Los antiguos modos de comportamiento se van descondicionando así, en beneficio de otros nuevos.

Es importante que, no se trate al individuo como ser aislado, sino como a un elemento constitutivo de un grupo sometido en bloque a los beneficios de la terapéutica. Sobre todo en esta etapa de vida, en que los lazos familiares se relajan, el grupo ofrece seguridad, refuerzo y apoyo (Battegay, 1978).

La esfera comunitaria les permite a sus integrantes (Battegay, 1978):

- Salir de sí mismos y aproximarse a los demás, con el fin de superar las estrecheces de su individualidad.
- Reconocer, a través del mutuo coloquio, los propios límites y las propias oportunidades.
- Descubrir el abanico de posibilidades de despliegue que existen, en toda colectividad y en los diferentes componentes de la misma.
- Les impide perderse en un laberinto de cosas indefinibles.

No puede tomarse al grupo en conjunto como un paciente, se “curan” individuos, no grupos. El grupo es, simplemente, el medio que mejor configura y refuerza el tratamiento, además de ampliar las referencias sociales.

Battegay (1978) al citar a Kurt Lewin comenta, que aunque podría creerse que los individuos aislados son más dúctiles, las experiencias obtenidas muestran que es más fácil educar a los individuos unidos a un grupo. Parece que la acción del grupo sobre el individuo es más efectiva que la acción del terapeuta solitario.

Existen, según Battegay (1978), cinco etapas evolutivas no necesariamente sucesivas e irreversibles en la psicoterapia de grupo:

1. Contacto exploratorio. Al inicio, los integrantes tantean con cautela la actitud de los demás. Si se ven defraudados, consideran el hecho como una demostración más de que no es posible confiar en los propios semejantes; pero si son recibidos con un gesto de buena voluntad y un deseo auténtico de colaboración, tal vez entonces se abran. Hernández (2005) menciona que una reacción típica al inicio de la terapia de grupo es la ambivalencia; la angustiante vulnerabilidad que va unida al mostrar los sentimientos internos ante un grupo puede oscurecer la promesa implícita del apoyo de éste, especialmente al principio de su formación.
2. Regresión. Cuando los individuos ya han establecido contacto, esperan por regla general que el terapeuta les proponga un tema de discusión, los adoctrine y resuelva de antemano sus dificultades, sin que tengan que realizar por parte suya ningún esfuerzo.

3. **Catarsis.** Los encuentros del grupo psicoterapéutico favorecen la expresión de sentimientos reprimidos. Así es como se activan y movilizan emociones que de otro modo no habrían podido manifestarse. La catarsis permite la libre expresión de los sentimientos. Por sí sola ayuda a liberar al paciente de la carga emocional y le permite comenzar a ver los problemas desde otras perspectivas. La catarsis de uno de los individuos promueve la participación de los demás. A menudo, los sentimientos que afloran en la catarsis son los que dan mayor cohesión al grupo.
4. **Comprensión íntima.** Dentro del grupo terapéutico, los individuos tienen ocasión de reconocerse a sí mismos, en las reacciones de sus compañeros y del conjunto. Las respuestas a los sentimientos de un individuo iluminan las emociones fundamentales latentes en los demás.
5. **Transformación.** Los distintos procesos que tienen lugar dentro del grupo terapéutico en los planos afectivo e intelectual, conllevan una constante transformación tanto de los sujetos como de la colectividad. La transformación que se da, entre los participantes de un grupo terapéutico, obedece a tres criterios:
 1. Maduración de la personalidad.
 2. Incremento de la capacidad de autoafirmación y predominio de la propia opinión.
 3. Aumento del sentido de la realidad.

En los grupos psicoterapéuticos se utilizan tácticas de manejo grupal que favorecen el desarrollo del proceso grupal. Dichas tácticas son (González, Monroy & Kupferman, 1987):

a) Tácticas de iniciación y comunicación.

Este es el primer encuentro y marca el inicio de las sesiones sucesivas. El terapeuta es el encargado de saludar a cada integrante del grupo, si es posible por su nombre y debe ser un saludo cordial y hospitalario, sin exagerar.

- **La presentación.** La relación interpersonal es el primer paso para la integración de un grupo, y dicha integración es la finalidad principal de la presentación de los individuos de grupo que

contribuyen a romper el hielo del principio, disminuir las tensiones y hace notar que ninguno de los integrantes del grupo ha de pasar inadvertido. Además proporciona una primera idea de los valores personales y de la motivación de cada uno de los participantes para integrarse al grupo. En las situaciones en las que el conductor ya efectuó una entrevista previa con cada uno de los participantes, la presentación favorece el conocimiento entre los integrantes del grupo y reafirma el conocimiento del terapeuta acerca de cada sujeto.

- *Rapport*. Encontrarse por primera vez con un grupo de personas completamente desconocidas, a quienes el sujeto deberá confiarles en lo sucesivo sus sentimientos más profundos, provoca en éste una situación de angustia, incomodidad y desconfianza, por lo que el terapeuta debe en primer lugar, ocuparse del sentimiento compartido de confianza y comprensión.

Los miembros del grupo perciben este *rapport* como una atmósfera de interés y comprensión, en donde los sentimientos de ser aceptado y aceptar a los demás, por medio de la empatía que el terapeuta promueve en el grupo, son primordiales para el trabajo. El terapeuta juega un papel muy importante en el establecimiento del *rapport* y del subsiguiente trabajo grupal, manifestando interés por sus pacientes y viviendo las actitudes que estos presenten.

- Actitudes socioculturales predisponentes. La mejor manera de iniciar el trabajo es haciéndoles ver que al participar en grupo se encuentran frente a una relación humana natural, tan sencilla como cualquier otra de la vida diaria. El terapeuta debe aclarar que no hay nada misterioso en la consulta, esclarecer las dudas de los participantes con respecto a tiempo, dar alguna idea de cual será su método a seguir y recalcar la confidencialidad entre todos los participantes. Esto debe quedar definido en la primera sesión, aunque a veces hay que recalcarlo a lo largo del proceso.
- Arreglos físicos. El establecimiento de un lugar apropiado para las necesidades que considere el terapeuta para la realización del trabajo, es un factor determinante.

La disposición más adecuada en grupo es en círculo incluyendo al terapeuta, sin mesas o escritorios que limiten la comunicación y la relación entre los participantes. Las sillas o sillones

deben ser iguales para todos, y deben de considerarse también factores como la buena ventilación y e iluminación.

b) Tácticas de Estructuración.

Es conveniente proveer al grupo con estructuras visibles y explícitas que favorezcan la salud mental de sus miembros. La estructura de un grupo equivale al itinerario para un viajero, el cual permite saber de antemano cuáles son los puntos que va a tocar y el tiempo que va a permanecer en ellos. La estructura favorece y protege a los miembros del grupo de cualquier desviación de la técnica.

- Estructura de lugar. El lugar de reunión debe quedar claro a todos los miembros desde la primera reunión. De ser posible se debe respetar el mismo lugar para todo el tiempo que dure el proceso.
- Estructura de horario. El horario de reunión debe de quedar claro. El terapeuta debe de ser puntual con el inicio y la terminación de la sesión. Esto permite a los integrantes saber que con cierta precisión las reuniones tienen un ritmo, un principio y un final.
- Estructuración del proceso grupal. El terapeuta da instrucciones precisas de cuánto durará el proceso de grupo y cada una de las etapas.
- Estructuración de acciones. Se permite la expresión de todos los afectos siempre y cuando sea en forma verbal o preverbal, pero nunca con acciones motoras agresivas ya sea hacia los miembros del grupo o hacia el terapeuta.
- Estructuración de roles. Es necesario estructurar los roles, empezando por el terapeuta y observador silencioso, si es que existe.
- Estructuración de actitudes fundamentales durante el proceso. Desde el inicio del grupo, los miembros deben estar concientes de lo importante que es su actitud responsable y personal en el éxito del proceso, adoptando lo siguiente:

1. Investigación hacia sí mismos.
2. Comprensión.
3. Dar a las diferentes emociones un valor y una realidad.
4. Evitar el temor a ser juzgados.
5. Desechar el temor a ser juzgados por las experiencias pasadas.
6. Respeto

c) *Tácticas Reflexivas.*

Las tácticas reflexivas se utilizan con el propósito de generar un mayor sentimiento de comprensión mediante el proceso terapéutico. Pueden ser utilizadas en el manejo de grupos con el fin de mejorar e incrementar las relaciones entre todos los participantes, y son las siguientes:

- Reflejo de sentimiento. El conductor da a cada miembro del grupo la sensación de ser comprendido y respetado. Se trata de sacar a la luz la intención, la actitud o el sentimiento inherentes a las palabras del sujeto. El propósito es conducir a los integrantes del grupo a pensar sobre sus sentimientos e ideas como parte de su propia personalidad y no como fuera de ellos.
- Reflejo de Actitud. La situación en la cual se ponen de manifiesto sentimientos o actitudes que no derivan directamente de las palabras del paciente, sino que pueden deducirse razonablemente de la comunicación de su contexto.
- Reflejo de pensamiento. Esta técnica ayuda a las pacientes a percibir mejor, no solamente sus sentimientos y actitudes sino también sus pensamientos. Los miembros pueden analizar sus propios pensamientos y expresarlos como parte de sí mismos.
- Reflejo de la experiencia. Ayudar al individuo a descubrir y a utilizar directamente sus conductas no verbales.
- Compartir experiencias. El terapeuta se esfuerza por compartir con los miembros de su grupo las experiencias de éstos en el momento preciso del encuentro grupal.

- Identificación de sentimientos. La tarea del terapeuta es localizar los sentimientos, sean positivos, negativos o ambivalentes, y en estos últimos detectar las aparentes contradicciones y reflejarlas a los integrantes, evitando así tensión y ansiedad.

d) Tácticas de aceptación.

Son sencillas y fáciles de manejar, su objetivo es expresar actitudes de aceptación del terapeuta a los miembros del grupo cuando el material que refieran sea muy doloroso. La aceptación puede manifestarse con algunas frases o palabras breves como “ajá”, “sí”. Otros elementos como son la expresión facial y los movimientos de la cabeza afirmativos, el tono emocional y la inflexión de la voz, la distancia y postura del conductor en relación a los participantes.

e) Tácticas de alentamiento.

Es un tipo de recompensa que produce un efecto de refuerzo en el comportamiento y promueve la espera de otras recompensas en el futuro. Existen diferentes premisas en las que se apoya esta táctica:

1. Animar a explorar las nuevas ideas de los participantes o probar diferentes modos de conducta.
2. Reducir directamente la angustia y la inseguridad.
3. Reforzar las nuevas formas de conducta.

f) Tácticas de catarsis.

La catarsis es utilizada como un método de abreacción o de externalizar la emoción. Es la liberación de las emociones reprimidas cuando se consigue que el sujeto hable de su problema y enfrente abiertamente su causa. Esto trae como consecuencia el alivio de una excitación anormal.

El uso de la catarsis se va haciendo más oportuno conforme avanza el proceso grupal, ya que con el tiempo los miembros del grupo adquieren mayor comprensión y capacidad de control de sí mismos.

Existen dos tipos: catarsis inmediata que se provoca espontáneamente y catarsis mediata que es provocada por el conductor.

g) Tácticas de silencio.

El silencio también habla y todo terapeuta debe aprender a oír lo que en los silencios se dice. Para que el silencio pueda ser utilizado por el terapeuta con eficiencia y profesionalismo, siempre debe tener una connotación de aceptación, y estar incluido en el ritmo de los afectos y conversaciones del grupo.

Puede ser usado para que los miembros del grupo inicien el trabajo. Cuando un grupo se encuentra en desorden y perdiendo el tiempo respecto a su meta, el conductor se calla, y así, transmite la motivación a trabajar. También lo puede utilizar el terapeuta para transmitir un “*insight*” a los miembros del grupo, significa que alguien del grupo o el grupo comprende algo que se estaba elaborando previamente. El terapeuta puede utilizar el silencio para apresurar una sesión grupal o para darle un ritmo menos rápido del que lleva. Puede utilizarlo también lícitamente hasta no lograr el control deseado de él mismo y del grupo, salvando así su actitud profesional. El silencio de los miembros del grupo también puede tener diversos significados:

1. En las primeras sesiones: resistencia.
2. Cuando se ha llegado al final de una idea y se está elaborando qué decir.
3. Sí se está sintiendo o pensando algo hostil que prefieren no verbalizar.
4. Cuando hay algo doloroso que no se quiere expresar.
5. Actitudes pasivas y roles de seguidor.
6. Cuando se ha trabajado o elaborado algún punto, los miembros del grupo esperan que el conductor apruebe, testifique o explique lo sucedido.
7. Después de haber expresado algo con gran contenido emocional, uno o varios miembros del grupo pueden guardar silencio para recobrar y seguir adelante.
8. La angustia o el miedo pueden paralizar la conducta verbal de los individuos.

h) Táctica de contextualización.

Cuando el terapeuta coloca los problemas de los participantes en contextos diferentes a aquellos en que ellos mismos los han podido colocar.

i) Tácticas de terminación.

Pueden ser utilizadas para poner fin a una unidad de trabajo, finalizar una determinada reunión o al dar por terminada la labor realizada por el grupo.

Para finalizar una sesión de trabajo se requiere de:

1. Establecer límites de tiempo.
2. Elaboración de un resumen breve de las actividades realizadas.
3. La referencia al futuro (sobre todo si algún miembro se siente ansioso o con deseos de prolongar la sesión).
4. Las actitudes y ademanes del terapeuta y de los participantes.
5. Dejar alguna tarea para realizar en casa.
6. La disminución gradual de la entrevista grupal.

Para la terminación de un grupo Brammer y Shostrom (1968) proponen:

1. Preparación verbal.
2. Elaboración de un resumen definitivo.
3. Orientación a los participantes acerca de los refuerzos posteriores.
4. Despedida oficial cordial y en tono de confianza.

La información antes expuesta brinda elementos que orientan hacia el manejo grupal psicoterapéutico. Una vez definidos tales conceptos, se puede entonces abordar la necesidad imperiosa de asumir a la psicoterapia grupal como una forma de intervención psicológica que “mata dos pájaros de un tiro”: costo y beneficio.

2.6 Intervención cognitivo conductual de grupo en adultos mayores.

Desde el inicio de este escrito se ha venido hablando del cambio en la curva de la población, del incremento cada vez mayor de adultos mayores y de cómo este ha rebasado los esfuerzos que se vienen realizando en el país, sobretodo en la última década. El caso de la atención psicológica no es la excepción. Ésta regularmente se lleva a cabo en forma individual, lo cual provoca, entre otras cosas, una insuficiencia en la atención, ya que el número de psicólogos clínicos dedicados a esta población regularmente es demasiado pequeño. El caso más contundente se evidencia en el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, instancia gubernamental de asistencia a este grupo etario), en donde a pesar de contar con una infraestructura de 31 delegaciones estatales, 1,342 subdelegaciones municipales, 139 coordinaciones municipales, 4,720 clubes de la tercera edad a nivel nacional, cuatro centros culturales en el D. F., cuatro centros de Atención Integral en el D. F. y 13 unidades gerontológicas distribuidas en el Distrito Federal, Guanajuato, Zacatecas y Oaxaca, se cuenta únicamente, según el Dr. A. Marín (Subdirector de Supervisión y Certificación), con cuatro psicólogos clínicos dedicados específicamente a la psicoterapia individual, tres en diferentes centros de atención integral y uno sólo en albergues y residencias (comunicación personal, Enero de 2006).

Se ha observado que parece existir un amplio grado de acuerdo en que con las personas de la tercera edad es preferible utilizar terapia de grupo en lugar de individual por: la insuficiencia de terapeutas en el área de la atención clínica al adulto mayor; el aumento paulatino de este grupo etario; la relación costo-efectividad del grupo de tratamiento (Yanguas et al., 1998); y, el valor que puede tener el grupo para combatir la soledad, considerada por muchos como un antecedente primario de la depresión en la tercera edad (Hartford, 1980).

Leszcz (1998) menciona que el grupo de terapia juega un papel muy importante en el tratamiento de los adultos mayores, ya que éste ha mostrado efectos significativos y durables para problemas de depresión, con efectos comparables a la farmacoterapia. Por otro lado, se ha visto que en terapia de grupo las personas mayores disminuyen su grado de deterioro y progresan en su apariencia e higiene personal, así como en el interés social, el funcionamiento mental y las relaciones interpersonales (Hernández, 2005). Todas las terapias de grupo comparten ventajas en cuanto a los costos económicos y que permiten mostrar a los pacientes que no son los únicos que tienen problemas.

Existen estudios que han mostrado éxito al aplicar terapia cognitivo conductual a grupos de adultos mayores (Beutler et al., 1987; Cappeliez, 2001; Leung & Orrell, 1993; Morin, Kowatch, Barry & Walton, 1993; Rokke et al., 2000; Steuer et al., 1984; Thompson et al., 1987; Young, 1998).

Ellis y Grieger (1977) ha enumerado varias ventajas adicionales al formato grupal para la terapia cognitivo-conductual. La primera parece derivarse de la naturaleza educacional o didáctica de la terapia cognitivo-conductual y del hecho de que las explicaciones e instrucciones son más fácilmente dadas a los pacientes en un formato grupal. La segunda ventaja es que, dado que la terapia cognitivo-conductual requiere que el paciente tome conciencia de sus cogniciones inadaptativas, el terapeuta puede ser ayudado por comentarios y sugerencias de otros miembros del grupo. Por último, ciertas técnicas conductuales auxiliares utilizadas en la terapia cognitivo-conductual como el ensayo conductual y la toma de riesgos, requieren el formato de grupo.

Sank y Shaffer (1993), mencionan siete ventajas del formato de grupo frente al tratamiento individual cognitivo-conductual: aprendizaje vicario, promover la independencia, aprendizaje de los compañeros, aprendizaje mediante la ayuda a otros, tener problemas similares, compromiso público y estímulo a través del éxito de otros.

Aunque en sus inicios la TREC fue creada para terapia individual, muy pronto Ellis descubrió que también podía ser adaptada perfectamente a grupos de trabajo, por lo que en 1959 comenzó a desarrollar grupos de terapia. En 2000 (Ellis, 2000), plantea que la finalidad de la TREC tanto grupal como individual es enseñar a los pacientes que no sólo se evalúan y se culpan por lo que hacen sino que además se menosprecian por hacerlo y hacen lo mismo con los demás.

Debido a su énfasis psicoeducativo y a sus fundamentos filosóficos, la TREC subraya la terapia de grupo y las competencias, empleando un enfoque cognitivo-emotivo-conductual, en vez del enfoque unilateral empírico y abreactivo que utilizan muchas terapias de grupo. En los grupos de la TREC, la mayor parte del tiempo de cada sesión se destina al manejo de los problemas individuales de los miembros (Ellis, 2000); se hace mucha discusión cognitiva y de resolución de problemas, pero los miembros también llevan a cabo tareas de toma de riesgos, ataque de la vergüenza, autorrevelación, desempeño de papel y otros ejercicios emotivo-conductuales para ayudarse a comprender que lo que

ellos consideran un comportamiento “vergonzoso” y “terrible” en realidad es sólo “poco afortunado” e “inconveniente” (Ellis & Abrahms, 1980).

En este sentido, las técnicas de terapia cognitivo-conductual de grupo surgieron como parte de la tendencia a crear intervenciones más cortas y económicas y con formatos más psicoeducativos. Es reflejo de una corriente cada vez mayor de proveer al paciente con un marco complementario de técnicas cognitivo-conductuales que éste puede utilizar para afrontar un amplio universo de problemas (Sank & Shaffer, 1993). La aplicación de este modelo de intervención psicoterapéutica en adultos mayores se ha revelado especialmente eficaz, pues aúna las ventajas del formato de grupo (apoyo social, interacción) con el elevado grado de estructuración de las sesiones, cosa que facilita su seguimiento por parte del paciente anciano (Botella & Herrero, 2000).

La intervención de TREC en grupos pequeños, debe tener como propósito (González, 1999):

- Comprender las raíces de sus síntomas y funcionar mejor en sus relaciones “intra” e interpersonales.
- Entender las dificultades de otros miembros del grupo y servirles de ayuda.
- Minimizar sus perturbaciones básicas para que se sientan bien emocionalmente y se trastornen mucho menos que cuando se unieron al grupo.

La TREC de grupo también permite alcanzar un camino conductual y filosófico para aceptar la realidad desagradable, renunciar a los pensamientos mágicos y sabotadores, tomar la responsabilidad total de sus propias dificultades emocionales y abandonar cualquier forma de autoevaluación; todo esto para aprender a aceptarse a sí mismos y a otros como seres humanos que pueden fallar y cometer errores .

Aún con lo anterior, siguen siendo muy pocas las investigaciones reportadas en la literatura sobre terapia cognitivo conductual de grupo, y aún menos las que se refieren a población de 60 años y más.

En la tabla 4 se resumen los artículos relacionados al tema.

Tabla 3. Antecedentes empíricos de TCC y TREC de grupo en adultos mayores.

CITA	¿QUÉ HIZO?	¿CON QUIÉN LO HIZO?	¿QUÉ OBTUVO?
Cappeliez, 2001.	Terapia cognitiva de grupo.	Adultos Mayores con depresión.	Disminución en los síntomas depresivos, sujetos con depresión severa presentaron síntomas depresivos residuales, sujetos con perfil melancólico presentaron pobre repuesta al tratamiento.
Rokke et al., 2000.	Terapia de grupo educacional y de autocontrol.	Adultos mayores con depresión.	Disminución de la depresión en el curso de tratamiento con mantenimiento de los cambios a un año de seguimiento. Los participantes de ambos tratamientos mejoraron comparados con el grupo control.
Young, 1998.	TCC de grupo.	Adultos mayores.	En general no encontraron efectos estadísticamente significativos en discapacidad, depresión, calidad de vida y utilización de servicios de salud, pero mejoró significativamente el estatus de salud de los individuos que estaban menos deprimidos después de entrar al programa.
Leung & Orrell, 1993.	TCC de grupo.	Adultos mayores con depresión.	Los resultados sugieren que la terapia de grupo cognitivo conductual de corto tiempo puede promover un retorno a la independencia y a la recuperación de episodios depresivo mayores. El seguimiento a un año mostró en general mantenimiento.
Morin et al., 1993.	TCC de grupo.	Adultos mayores con insomnio.	Obtuvieron mejoras en el dormir de los sujetos después de la intervención. Las ganancias terapéuticas fueron mantenidas a 3 y 12 meses.
Beutler, et al., 1987.	Terapia cognitiva de grupo.	Adultos mayores con depresión mayor.	Eficacia para reducir síntomas de depresión. Los beneficios del tratamiento continuaron durante la fase de seguimiento a un año.
Thompson et al., 1987.	TCC de grupo	Adultos mayores con depresión.	70% de remisión de depresión y substanciales mejorías.
Steuer et al., 1984.	TCC de grupo	Adultos mayores con depresión y ansiedad.	Mejoraron las medidas de depresión y ansiedad.

Fuente: Elaboración propia.

En la literatura no se encontraron publicados artículos sobre investigaciones con terapia cognitivo conductual de grupo en adultos mayores mexicanos, sin embargo, podemos encontrar tesis tanto de licenciatura como de posgrado que trabajan con este tipo de población. Tal es el caso de la intervención de grupo realizada por Quiroz (2001) en pacientes cardiopatas. En la que comparando un grupo con y sin intervención (ocho sesiones de TREC) encuentra diferencias "intra" grupo en algunas ideas irracionales (cinco de los diez factores $p < 0.05$), ansiedad ($p < 0.01$ rasgo; $p < 0.05$ estado) y depresión ($p < 0.01$).

Por su parte Rivera (2007) aplicó un tipo de TREC que el autor llama cristianamente orientada (TRECCO) en un grupo de adultos mayores y comparó sus avances con otro grupo que sólo recibió una intervención espiritual. La intervención llamada TRECO constó de 12 sesiones sobre cuestiones espirituales educativas principalmente y reestructuración cognitiva sólo en la primera sesión. El autor elabora un manual para esta intervención pero no queda claro si es para el terapeuta o para el

paciente. Los resultados muestran avances en ambos grupos en el nivel de desajuste psicológico global, pero no se encontraron diferencias significativas entre los dos tipos de intervención.

González- Celis (2002) realiza un taller de promoción de salud para fortalecer la autoeficacia de un grupo de adultos mayores de entre 55 y 74 años y lo compara con un grupo control. El taller constó de ocho sesiones y fue realizado con técnicas psicoeducativas y dinámicas vivenciales, e incluyó temas como autocuidado, asertividad, solución de problemas, autoeficacia y apoyo social familiar. La autora encontró diferencias significativas entre sus evaluaciones pre-post de calidad de vida, bienestar subjetivo, depresión y algunas de las categorías de autoeficacia.

Villafuerte (2001) realizó también un taller sobre asertividad con un sólo grupo de 15 adultos mayores con aplicaciones pre-post, que incluyó 10 sesiones de una hora cada una, en las que principalmente se incluyeron técnicas psicoeducativas, visualizaciones creativas y juegos vivenciales. Los resultados muestran diferencias significativas entre las dos aplicaciones en la variable asertividad.

En 2004, Caballero lleva a cabo un estudio en el que desarrolla un taller de 11 sesiones (90 min. cada una) sobre temas educativos del cuidado de la salud y dos sesiones de entrenamiento en relajación. El autor comparó adultos mayores hipertensos y diabéticos, y encontró que el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el estado de salud y la percepción de la calidad de vida aumentó en ambos grupos, pero la ansiedad, la depresión y la percepción de salud sólo mejoraron en el grupo de diabéticos.

Por último, Flores (2004) desarrolla un taller de autoestima de cinco sesiones (dos horas cada una) para un grupo de adultos mayores en el que logra diferencias significativas comparándolo con un grupo control y en las aplicaciones pre-post de autoestima y asertividad.

Como se puede observar los antecedentes muestran buenos resultados de las intervenciones cognitivo conductuales en grupo en adultos mayores. Por tal razón, en este estudio se propone un tipo de intervención cognitivo conductual de grupo rápida y eficiente, que adaptada a las características de los adultos mayores, echa mano de las técnicas cognitivas, conductuales y emotivas que a

continuación se describen (Bellack & Hersen, 1987; Ellis, 2003; Ellis & Abrahms, 1980; González, 1999; Sank & Saffer, 1993; Winston 2003):

2.6.1 Técnicas cognitivas.

- Reestructuración cognitiva. Técnicas dirigidas a modificar los pensamientos o creencias específicas que provocan las respuestas psicoemocionales y conductas desadaptativas. Entre los procedimientos de reestructuración cognitiva se encuentran: la terapia racional emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck.
- *Reframing*. Re-atribuir o re-asignar significados a los sucesos o cosas, rescatar lo bueno de las cosas malas. En el caso de los adultos mayores es de gran importancia por los numerosos cambios y/o pérdidas que pueden presentarse en esta etapa de la vida.
- Métodos psicoeducativos. Implican la enseñanza de nuevos conocimientos que ayuden al sujeto a modificar su conducta y/o sus pensamientos y emociones.
- Tareas cognitivas. Estas tareas ayudan a modificar la preocupación de los pacientes en torno a ideas irracionales. Se llevan a cabo registros o análisis en casa que se sirven para identificar, refutar y corregir creencias.
- Métodos de imaginación. Utilizado en este caso como método de distracción para manejo emocional.
- Resolución de problemas. Método a través del cual un individuo aprende a utilizar un efectivo conjunto de habilidades cognitivas para enfrentarse a situaciones interpersonales problemáticas. Se lleva a cabo por medio de ocho pasos (identificación del problema, formulación de metas, generar alternativas, evaluar las alternativas, toma de decisiones, verificación, preparación para la implementación, e implementación y resultado).

2.6.2 Técnicas conductuales.

- Entrenamiento en relajación. Serie de técnicas que se le enseñan al sujeto para que logre por sí mismo llegar a un estado de relajación. Sólo se mencionan algunas de las técnicas para este fin, como son: la relajación autógena, la respiración diafragmática y la respiración profunda.

- Biblioterapia. Se refiere al uso de material escrito para ayudar a los pacientes a cambiar sus pensamientos, sentimientos y conducta.
- Economía de fichas. Como forma para reforzar una conducta, el paciente tiene que recolectar fichas, puntos, firmas, sellos, etc. por medio de la repetición de la conducta esperada, para al final de cierto periodo establecido, recibir el premio pactado.
- Activación conductual. Se le pide al paciente realice una serie de tareas o actividades que sean realistas y agradables para él, y se le otorga retroalimentación continua. Ayuda a cambiar la falta de motivación y la inactividad.

2.6.3 Técnicas emotivas.

- Juego de roles (*role-playing*). Es muy utilizado en el entrenamiento en habilidades sociales, pero en este caso se utiliza como un arma grupal para llegar a conclusiones lógicas y racionales acerca de los pensamientos de los integrantes de grupo. Se utiliza desde diferentes perspectivas, con participación de diferentes integrantes del grupo y del terapeuta.
- Aceptación incondicional. Aceptación incondicional como parte del cambio filosófico necesario para la reestructuración cognitiva.
- Calor y apoyo. Dentro de un grupo estos dos principios son esenciales para la cohesión.

2.7 Manualización de las intervenciones psicológicas.

Después de haber sido descritas las técnicas que utiliza la psicoterapia cognitivo conductual, es importante acentuar que la literatura refiere que uno de los criterios más relevantes para determinar si un tratamiento está basado en la evidencia, y así asegurar su efectividad, es precisamente el que la intervención cuente con un manual claramente descrito y puesto a prueba (Vera-Villaruel et al., 2005).

En relación a esto, Chambless y Hollin (1998) reportan que los proyectos de investigación para los cuales no fue escrito y seguido un manual de tratamiento son de limitada utilidad. Por lo que no aportan información a su campo de conocimiento, ya que los investigadores no pueden replicar una intervención que no está definida. Estos autores mencionan que los manuales de tratamiento deben ser una descripción extensa de la aproximación de tratamiento que los terapeutas están siguiendo, y

que dependiendo del tipo de tratamiento que se está probando, deben contener esquemas de intervención sesión por sesión, o deben describir principios básicos y fases del tratamiento con ejemplos de intervención. Refieren que estos manuales no son suficientes por sí solos, que necesitan ser complementados con entrenamiento y supervisión al ser aplicados, y que deben de proveer una descripción clara y explícita de los tipos de técnicas y estrategias que constituyen la intervención.

3 JUSTIFICACIÓN.

La consideración de los siguientes aspectos fue base indispensable para la selección del grupo de estudio, la estrategia de intervención y la forma de evaluación:

- La transición demográfica se ve reflejada en el aumento del número de adultos mayores en México y en el mundo.
- La vejez es una etapa en la que confluyen cambios y pérdidas en el área biológica, psicológica y social, y es de gran importancia los recursos individuales, sociales e instrumentales con los que cuenta cada individuo para evaluar, afrontar y adaptarse a todos estos sucesos.
- Las creencias o ideas son parte esencial de la evaluación de los cambios y acontecimientos de la vida. Si estas ideas son irracionales llevan a los adultos mayores a vivir esta etapa con desagrado e infelicidad (Lazarus & Folkman, 1986).
- La depresión es el desorden psicológico más importante entre los ancianos (Durán & Torrado, 1993; Ellis, 1999; Phifer & Murrell, 1986; Rokke, Tomhave & Jovic, 2000; Thompson, Gallagher & Breckenridge, 1987).
- Los síntomas ansiosos se incrementan en la vejez (Durán & Torrado, 1993).
- El bienestar subjetivo tiene un papel relevante en la calidad de vida del anciano, y es un indicador importante en la experiencia del envejecimiento (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2000; 2001).
- La acumulación de desventajas está presente en la mayoría de los adultos mayores mexicanos de esta generación producto de su historia de vida y condiciones sociales (que se ven reflejadas en sus aspectos bio-psico-sociales actuales).
- La insuficiencia en la atención a los adultos mayores está explicada, en parte, por el aumento acelerado de este sector y por un histórico abandono a sus necesidades.
- Existe poco desarrollo de investigación empírica en general, y particularmente clínica (específicamente psicoterapia cognitivo conductual de grupo) dirigida a esta población, en comparación con otros grupos de edades.
- La psicoterapia cognitivo conductual de grupo en adultos mayores aúna las ventajas del formato de grupo (apoyo social, interacción) con el elevado grado de estructuración de las sesiones, y esto facilita su seguimiento por parte del paciente mayor (Botella & Herrero, 2000).

- La manualización de las intervenciones con descripción clara y explícita de las fases, técnicas y estrategias del tratamiento sesión por sesión, es un medio para fortalecer su efectividad y replicabilidad.

Con base en los puntos anteriores es que se propuso la intervención cognitivo conductual de grupo manualizada por ser rápida, eficiente, tener bajos costos, altos beneficios, y apoyar el aspecto social del adulto mayor de manera importante. Además de ayudarlo a desarrollar habilidades para controlar sus estados de ánimo, aceptar su realidad, mejorar sus relaciones, renunciar a los pensamientos negativos, mágicos y sabotadores, y tomar la responsabilidad total de sus propias dificultades emocionales. Y se decidió medir las ideas irracionales, la ansiedad, la depresión y el bienestar subjetivo por ser variables presentes e influyentes en el adulto mayor y que han sido medidas en la literatura, en parte, como medio para conocer las mejorías logradas a través de la intervención con terapia cognitiva conductual.

4 MÉTODO.

En este capítulo se describe el desarrollo del método de esta investigación dividido en dos estudios. En la descripción del método del primer estudio se incluyeron dos fases: la primera, referente a la creación y validación del Cuestionario de Ideas Irracionales, describe como fue creado el CII, y la muestra, los instrumentos, el orden y la forma en la que fue aplicado; la segunda, relacionada a la descripción de las ideas irracionales de los adultos mayores de la muestra, menciona los objetivos de esta fase, la definición de variables a considerar y el diseño. La descripción del método del estudio dos, que se refiere a la evaluación de la intervención cognitivo conductual de grupo manualizada en adultos mayores, incluye los objetivos específicos del estudio, las definiciones de las variables, el tipo de diseño, la descripción de los grupos participantes, los instrumentos utilizados, el procedimiento y un resumen de las sesiones de intervención (el manual completo de descripción de sesiones se encuentra en el anexo 7).

4.1 Objetivo general.

Adaptar un manual de intervención cognitivo conductual de grupo a adultos mayores mexicanos y evaluar la efectividad de esta intervención manualizada en las ideas irracionales, la depresión, la ansiedad y el bienestar subjetivo.

4.2 Estudio 1.

4.2.1 Fase I. Validación del Cuestionario de Ideas Irracionales en adultos mayores (CII).

4.2.1.1 Objetivo específico.

Desarrollar y someter a prueba un instrumento que sea confiable y válido, el cual mida ideas irracionales en adultos mayores (Cuestionario de Ideas Irracionales, CII).

4.2.1.2 Participantes.

Para tal propósito se utilizó un grupo no probabilístico, por cuotas, accidental (Hernández, Fernández & Baptista, 2001; Kerlinger & Lee, 2002).

Los datos sociodemográficos se obtuvieron a partir de la aplicación de la HDS (Hoja de Datos Sociodemográficos) (ver anexo 6). La muestra constó de 423 personas adultas mayores entrevistadas en la Ciudad de México entre 2005 y 2006 en los siguientes lugares de aplicación (tabla 5):

Tabla 1. Lugares de aplicación de la muestra para validación de CII.

LUGAR DE APLICACIÓN	SUJETOS
Lugares públicos, plazas, parques, clínicas de salud, y oficinas de atención ciudadana en diferentes delegaciones del distrito federal.	208
Caja de Previsión para Trabajadores a Lista de Raya del D.F. (Captralir).	51
DIF 24 "León Guzmán".	82
Centro de Seguridad Social Contreras.	26
Iglesias en diferentes delegaciones.	30
Casa Hogar para Ancianos Candy y Centro Gerontológico Vicente García Torres.	11
Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar Miguel Hidalgo (UAPVIF).	15
TOTAL	423

La edad de los sujetos fue entre 58 y 86 años, con un promedio de 70 años y una desviación estándar de siete y una distribución por grupo de edad como se muestra en la tabla 6. Siete de cada 10 fueron mujeres.

Tabla 2. Distribución de la muestra por grupo de edad.

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
58-69	209	49.4
70-79	170	40.2
80-86	44	10.4
Total	423	100.0

El 54% de adultos mayores no viven en pareja (viudos, divorciados, separados o solteros), y el restante 46% son casados o en unión libre. Estas cifras son coherentes con la información censal (INEGI, 2000). Cuando comparamos por sexo, entonces se puede observar que acorde con los datos sociodemográficos presentados al inicio de la investigación, existe un mayor número de mujeres que no tienen pareja, sólo el 38.3% de ellas vive en pareja, comparado con el 65.8% de los hombres.

También se puede observar en la tabla 7 que el mayor porcentaje de mujeres es viuda, mientras el mayor porcentaje de los varones es casado y únicamente un porcentaje pequeño de adultos mayores vive sólo. Cuando hacemos la comparación por sexo, vemos que el porcentaje mayor (40%) de mujeres vive con sus hijos y el de hombres (60%) con pareja.

Tabla 3. Porcentajes de estado civil según sexo.

	Soltero	Casado	Con pareja	Separado	Divorciado	Viudo
Femenino	11.3%	37.0%	1.3%	6.0%	3.3%	41.0%
Masculino	7.3%	64.2%	1.6%	4.1%	1.6%	21.1%
Total	10.2%	44.9%	1.4%	5.4%	2.8%	35.2%

El 88% de los adultos mayores entrevistados reciben algún ingreso económico, y la tabla 8 muestra de quien lo reciben. Cabe mencionar que los datos de la tabla 8 son no mutuamente excluyentes, ya que a esta pregunta se puede responder con más de una opción. Asimismo es importante señalar que la única fuente de ingresos con la que contaba el 9% de los adultos mayores, era la ayuda del Gobierno del Distrito Federal, y sólo el 41% de los adultos mayores, menos de la mitad, refirieron que el ingreso que percibían satisfacía sus necesidades.

Tabla 4. Fuentes de ingreso de la muestra.

Hijos	Esposo/a	Algún otro familiar	Trabajo, negocio o renta	Pensión	Gobierno del D.F.
18%	7.2%	.9%	17.1%	40.2%	18.3%

Cuando hablamos de analfabetismo, se puede observar en la tabla 9 que el número de mujeres de la muestra que no saben leer y escribir es más elevado que el de hombres.

Tabla 5. Analfabetismo de la muestra, clasificación por sexo.

	¿Sabe leer y escribir?	
	No	Si
Femenino	14.0%	86.0%
Masculino	8.9%	91.1%
Total	12.6%	87.4%

Se observa que la mayoría de adultos mayores de la muestra, tanto hombres como mujeres, han estudiado hasta nivel primaria. Y en lo que respecta a la escolaridad por sexo, se puede observar cambios en la distribución, ya que existen más hombres que estudiaron nivel profesional (tabla 10).

Tabla 6. Escolaridad en la muestra, clasificación por sexo.

Escolaridad	Porcentaje Mujeres	Porcentaje Hombres	Total
Ninguno	17	14.6	16
Primaria	63.3	64.2	64
Secundaria	16.3	15.4	16
Bachillerato o Profes.	3.3	5.7	4
Total	100	100	100

La actividad principal de la muestra, como se observa en la figura 19, son las labores del hogar para las mujeres y la jubilación en el caso de los hombres (sólo podían escoger una de las actividades como principal).

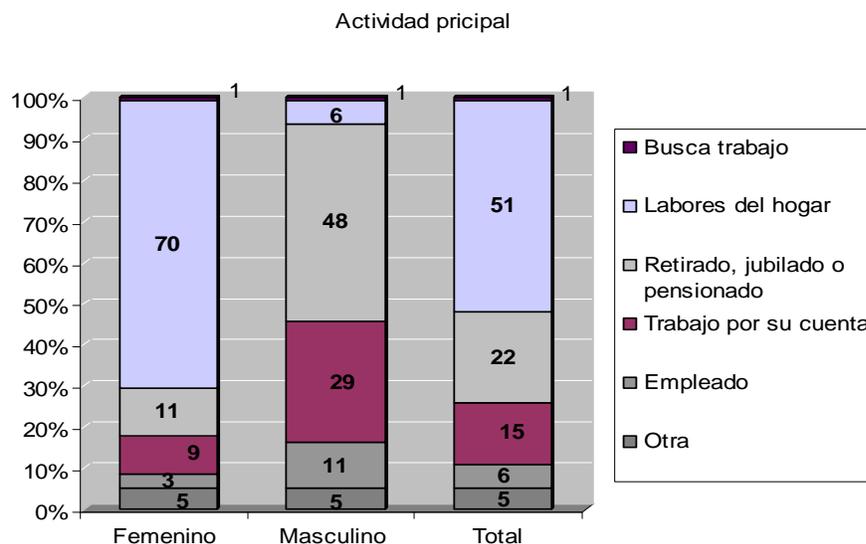


Figura 1. Actividad principal de los adultos mayores por sexo.

Las actividades más comunes en el tiempo libre fueron: ver T.V. y escuchar música, pero cuando dividimos por sexo se observa que las mujeres dedican buena parte de su tiempo a las manualidades y quehaceres del hogar (figura 20).

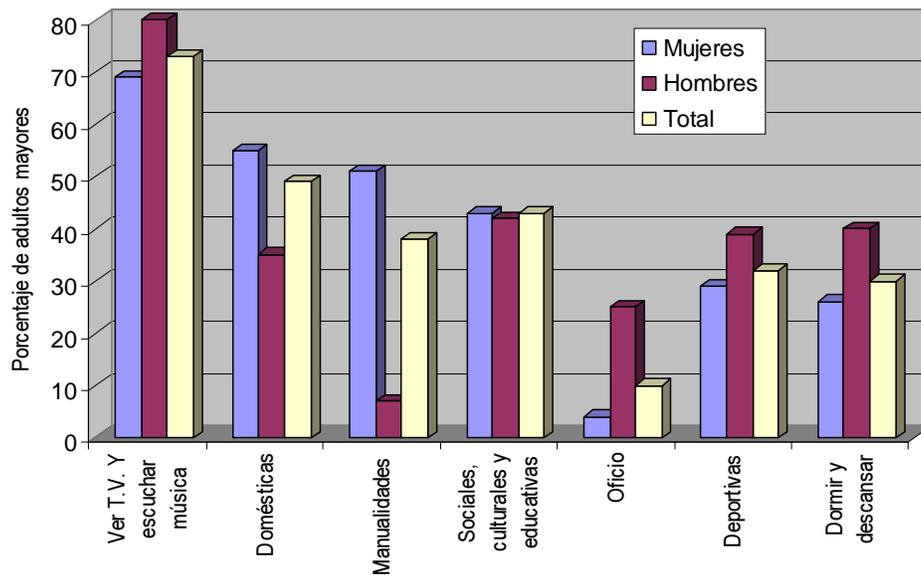


Figura 2. Distribución de actividades de tiempo libre de los adultos mayores por sexo.

Sólo el 37% de los hombres asistía a algún grupo de la tercera edad, mientras que el 61% de las mujeres lo hacía.

De estas personas que asisten a grupo, el 90% le dedicaba al menos una vez a la semana. En primer lugar estuvieron los grupos de tipo recreativo, con el 55% y le siguieron los de tipo religioso con el 20%.

El 75% del total de adultos mayores estaba enfermo en el momento del estudio, el 81% de las mujeres y el 61% de los hombres, lo que también se asemeja a la literatura (Bazo et al., 1999; Butler & Lewis, 1977). El 70% de las enfermedades fueron crónico-degenerativas y el 70% del total de sujetos ingería algún medicamento.

Por otro lado el 33% de la muestra refirió que sus principales problemas en este momento eran los familiares (lo cual concuerda con lo dicho por González-Celis & Padilla en 2006), luego los económicos con 26%, salud con 23%, emocionales con 6%, soledad con 4%, vivienda con 2%, e inseguridad con 1%.

4.2.1.3 Instrumentos.

Deterioro Intelectual: Estado Mental Breve Modificado (Minimental de Folstein) (Gutiérrez, 1996). 11 reactivos.

Ansiedad: Inventario de Ansiedad de Beck -*Beck Anxiety Inventory (BAI)*- (Robles, Varela, Jurado, & Paez, 2001). 21 reactivos.

Bienestar Subjetivo: Escala de Bienestar Subjetivo -*Philadelphia Geriatric Center (PGC)*- (Lawton, 1975, versión traducida y retraducida por González-Celis, 2002). 23 reactivos.

Ideas Irracionales: Cuestionario de Ideas Irracionales (CII) primera versión. Creación de instrumento en esta investigación (véase anexo 1 para la versión final). 77 reactivos.

Depresión: Escala de Depresión Geriátrica -*Geriatric Depression Scale (GDS)*- (Yesavage et al., 1983), versión corta en español. 15 reactivos.

El Minimental o Examen Breve del Estado Mental (*Mini-Mental State Examination, MMSE*), brinda datos sobre deterioro intelectual. Fue desarrollado por Folstein en 1975 y es seguramente la prueba más utilizada en los trabajos de investigación. Es una escala breve que explora las funciones de: orientación, memoria, atención lenguaje y cálculo. Su aplicación en promedio requiere cinco a diez minutos. Una persona con alta escolaridad debe obtener por lo menos 28 puntos y cinco errores son permisibles en alguien con educación secundaria (Gutiérrez, 1996). Corte et al. (2007) obtuvieron en una muestra de adultos mayores de 55 a 85 años, una sensibilidad del instrumento del 57% y una especificidad de 82.9%.

Fue adaptado a México por el Grupo de Consenso Nacional sobre Síndrome de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales -GRUCONSDI FUNSALUD- (Gutiérrez, 1996). Una calificación menor a 23 sugiere un deterioro intelectual leve y una calificación inferior a 17 puntos un déficit grave. Todos los reactivos son positivos y a mayor calificación menor deterioro, menor calificación mayor deterioro.

El inventario de Ansiedad de Beck (*The Beck Anxiety Inventory, BAI*) después de ser traducido y aplicado a una población de estudiantes mexicanos, se determinaron los datos normativos y las propiedades psicométricas en una muestra de 1000 sujetos mexicanos de entre 15 y 80 años de edad. Se obtuvo una *alfa de Cronbach* de 0.83. Los puntajes entre 21-26 se consideran como ansiedad

mínima; de 27-36, ansiedad leve; de 37-51, moderada; y de 52-84, severa (Robles et al., 2001). Las respuestas se califican de 1 a 4.

La Escala de Bienestar Subjetivo (*Philadelphia Geriatric Center, PGC*) para ancianos, es una medida multidimensional del bienestar subjetivo global. La original constó de 22 reactivos con opciones de respuesta “acuerdo-desacuerdo” y fue desarrollada por Lawton en 1972, pero más tarde se realizó una revisión quedando la versión final con 17 reactivos dicotómicos con opciones de respuesta “si-no”, cuatro reactivos repetidos y dos preguntas abiertas, para dar un total de 23 (González-Celis, 2002).

Se tienen datos de coeficientes de *alfa de Cronbach* de 0.85 para la subescala de insatisfacción soledad; 0.81 para la subescala agitación; y de 0.85 para la subescala de actitud hacia su propia vejez (González-Celis, 2002). Como se observa se definió el bienestar subjetivo como un constructo multidimensional con tres factores. Puede ser autoadministrada o aplicada individualmente.

El factor uno que se refiere a agitación, incluye ocho reactivos. El factor dos, actitud hacia su propio envejecimiento, se compone de siete reactivos. Y el factor tres, soledad-insatisfacción, tienen ocho reactivos, seis con opción de respuesta dicotómica “si-no” como el resto de la escala y dos reactivos abiertos.

La calificación se obtiene sumando un punto por cada respuesta dicotómica de bienestar valorada positivamente, para cada subescala, y con puntajes de 0 a 2 para las preguntas abiertas, siendo 25 puntos la máxima calificación y 0 la mínima. Puntajes entre uno y 10 refieren un bienestar subjetivo pobre, de 11 a 19 regular y de 20 a 25 bueno.

La Escala de Depresión Geriátrica (*Geriatric Depression Scale, GDS*) de Yesavage et al. (1983), es una escala para evaluar síntomas depresivos que puede ser autoadministrada y el tiempo aproximado de aplicación es de 10 min. Esta escala está diseñada para ser utilizada en población de adultos mayores. En su versión corta consta de 15 reactivos y la larga de 30. Tiene opciones de respuesta dicotómicas “si-no”. Tiene 10 reactivos positivos y 5 negativos. Se suman los puntajes de los reactivos, siendo la calificación más alta de 15 puntos. Puntuaciones de 0-5 puntos indica normalidad, de 6-9 depresión leve, y mayor a 10 depresión establecida. Los autores reportan un *alfa* de 0.94 para la versión larga (Yesavage et al., 1983). Por su parte, en una muestra de adultos mayores mexicanos se

obtuvo una consistencia interna de *alfa de Cronbach* de 0.5474 y un coeficiente de estabilidad temporal de $r = 0.673$ ($p < 0.035$) (González-Celis, 2002).

4.2.1.4 Procedimiento.

Para la construcción del CII, se comenzó por definir el constructo ideas irracionales: creencias injustificadas, absolutistas e inconsistentes con los hechos externos, que generan emociones inadecuadas (elaboración propia con base en Ellis, 1962; 1999_a; 1999_d; Ellis & Abrahms, 1980; Ellis & Dryden, 1987), y las diferentes dimensiones, basadas en las cuatro principales formas de ideas irracionales: *demandas*, exigencias infantiles, que se expresan en términos de “debe”, “tiene que”, “debía”, “tendría que”, se pueden expresar en términos de necesidad de amor, necesidad de aprobación, competencia y capacidad, o reglas, que implican la certeza de que hay leyes absolutas y universales; *incapacidad personal*, se refiere al hecho de no tener control sobre la gran mayoría de las situaciones, es decir, pensar que el control de la situación no está en las manos de la persona, por eso es mejor que las condiciones de la vida sean buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que se quiera sin mucho esfuerzo o incomodidad, pueden ser de control externo, comodidad y ocio, y manejo de conflictos; *condenas*, se refiere a acusaciones o evaluaciones de situaciones, cosas o personas (incluyendo uno mismo), se enfoca típicamente en características específicas, conductas o efectos evaluados de acuerdo con algún estándar o valor deseado; y *catastrofización*, en el que se exageran las consecuencias de ciertos hechos o se espera un desastre, sobretodo si las cosas no son como uno cree que “deberían” ser (Ellis & Abrahms, 1980; González, 1999; Wessler & Wessler, 1980).

Se elaboraron reactivos para cada dimensión (77 en total) basándose en las definiciones antes mencionadas; en ideas, vocabulario y refranes detectados en cinco años de experiencia de la autora en el trabajo directo con la población; y de acuerdo a las sugerencias para el fraseo de los reactivos incluidas en la literatura (ej. Preguntas sencillas, una sola idea por reactivo, etc.) (Reidl, s. f.).

Los reactivos que se elaboraron para cada dimensión son los que se muestran en la tabla 11:

Tabla 7. Reactivos del CII por dimensión.

Demandas.

- 4. Me importa mucho que mi familia apruebe todo lo que hago.
- 8. Yo tengo que poder con todo.
- 12. Debo de ser el/la mejor en todo lo que hago.
- 16. Evito hacer cosas en las que soy malo(a).
- 20. Me molesta que las personas se equivoquen.
- 24. Siempre hay una forma de hacer las cosas.
- 28. Las cosas son buenas o malas, sin puntos medios.
- 33. Las cosas se hacen bien o mejor se dejan de hacer.
- 35. Cuando tengo un logro en mi vida necesito que los demás me lo reconozcan.
- 37. Me importa poco lo que los demás piensan de mi (-).
- 42. Odio fracasar en algo.
- 46. Las personas fuertes rara vez piden ayuda.
- 48. Hay una solución correcta para cada cosa.
- 52. Cuando la gente se equivoca es porque es tonta.
- 59. Quiero que todos me estimen.
- 67. Rara vez pido ayuda.

Incapacidad personal.

- 1. Cuando me va mal en la vida es porque Dios así lo quiere.
 - 5. El gobierno tiene la culpa de los problemas de la gente.
 - 9. Cada quien labra su propio destino (-).
 - 13. Los demás me han impedido salir adelante.
 - 17. Los demás tienen la culpa de que yo me sienta mal.
 - 21. Está bien depender de alguien más fuerte que uno.
 - 25. La felicidad depende de cada quien (-).
 - 30. Las personas que no creen en Dios están perdidas.
 - 34. La suerte determina la vida de las personas.
 - 40. Antes de tomar una decisión le pido consejo a alguien cercano.
 - 43. Siempre se necesita contar con alguien más grande que nos ayude.
 - 47. Sería muy feliz si no tuviera que trabajar.
 - 51. Soy más feliz cuando tengo poco que hacer.
 - 55. Cuando tengo un problema prefiero hacer de cuenta que no existe.
 - 57. Creo que la vida es más sencilla si le damos vuelta a los problemas.
 - 61. Es difícil que yo salga adelante sólo(a) sin la ayuda de alguien.
 - 64. Trato de resolver los problemas cuando se me presentan (-).
-

Condenas.

2. Me siento muy mal cuando no se castiga a los que se lo merecen.
6. La gente que comete errores merece lo que le pasa.
10. Las cosas nunca son como deberían ser.
14. Acepto las cosas como son aunque me disgusten (-).
18. Rara vez logro ser lo suficientemente bueno(a) en lo que hago.
22. Yo tengo la culpa de que a mis hijos les vaya mal.
26. Odio que las cosas me salgan mal.
31. La vida es injusta con algunas personas.
36. He tenido una vida muy difícil que me ha impedido salir adelante.
38. Cuando estoy ausente todo se viene abajo.
41. El que nace para maceta no pasa del corredor.
44. Es casi imposible vencer las influencias del pasado.
50. El pasado hay que dejarlo atrás (-).
54. Llegada cierta edad es casi imposible cambiar mi forma de ser.
56. Yo se lo que es mejor para mi familia.
58. Las personas inmorales deben ser castigadas.
60. A palo dado ni Dios lo quita.
62. Creo que lo importante es ver hacia delante (-).
65. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro (-).
68. Me doy cuenta cuando las personas están hablando mal de mí.
70. La gente sobrevalora la influencia del pasado (-).
72. Tengo que hacer las cosas yo mismo(a) para que salgan bien.
74. Si mi familia hiciera caso de mis consejos, serían mejores personas.
76. A veces creo que las personas están en contra mía.

Catastrofización.

3. Es terrible tener que pedir ayuda.
7. Sería terrible para mí perder el aprecio de mis seres queridos.
11. Es horrible cuando alguien me critica.
15. Soy una persona con muy mala suerte.
19. La vida me ha tratado mal.
23. Lo desconocido me causa mucho temor.
27. Rara vez exagero los problemas (-).
29. Yo se cuando le caigo mal a alguien.
32. Es muy difícil que las cosas cambien.

-
39. Para que preguntar si ya sabes lo que te van a contestar.
45. Regularmente me preocupo mucho por cosas que aún no suceden.
49. Le doy a los problemas sólo la importancia que tienen (-).
53. A veces pienso que ya nada tiene solución.
63. Es mejor malo conocido que bueno por conocer.
66. Yo sé cuando algo me va a salir mal desde antes de hacerlo.
69. Me siento muy mal cuando le caigo mal a alguien.
71. Es horrible desconocer lo que va a pasar en el futuro.
73. Antes todo era mejor.
75. Presiento cuando algo muy malo va a suceder.
77. Hay personas que me tienen mala fe.
-

(-) reactivos negativos en los que la irracionalidad se encuentra en una respuesta negativa.

Inicialmente el instrumento era de tipo Likert con cinco opciones de respuesta que iban de TA (totalmente de acuerdo) a TD (totalmente en desacuerdo), pero posterior al primer piloteo, que fue realizado de manera individual en forma de entrevista en el verano de 2006, se revisaron las indicaciones, se observó la comprensión de los reactivos y las opciones de respuesta, y se detectó que era necesario modificar algunos aspectos. La versión final aplicada fue con respuestas dicotómicas de “sí” y “no”, que resultaban más comprensibles para los adultos mayores; se cambiaron las instrucciones aumentándose una frase en la que se explica que las preguntas no pueden ser modificadas y que se tienen que responder tal cual se encuentran escritas; y se quitaron, de acuerdo a lo observado en este primer piloteo, algunos reactivos que no eran comprendidos o resultaban repetitivos.

El orden de los reactivos en el instrumento se realizó al azar y las instrucciones se redactaron de la siguiente manera:

Lea con mucho cuidado cada una de las siguientes afirmaciones y responda la opción de respuesta “sí”, si se encuentra de acuerdo con esa afirmación, o la opción de respuesta “no”, si no está de acuerdo con lo que dice tal afirmación.

Marque la opción deseada con una X, como se indica en el siguiente ejemplo:

	SI	NO
Todas las manzanas son rojas		X

Ahora lea con cuidado y responda la opción deseada para cada afirmación. Recuerde que no se puede modificar la pregunta, sólo límitese a responder si está de acuerdo o no con la afirmación que se encuentra escrita en el papel.

Después del primer piloteo se realizaron los cambios pertinentes (arriba mencionados) y un mes después se comenzó la aplicación a los adultos mayores de la muestra por medio de entrevista individual con duración aproximada de 20-30 min., con ayuda de 12 encuestadores previamente capacitados. Se les aplicó la Hoja de Datos Sociodemográficos (HDS) de 27 reactivos (ver anexo 6), junto con una batería compuesta por las cinco pruebas mencionadas en el inciso 4.2.1.3 (Minimental de Folstein, BAI, PGC, CII y GDS).

Todos los instrumentos (excepto la HDS y el Minimental) se aplicaron con tarjetas de repuesta que permiten a los adultos mayores ver con letra grande y clara acompañada de un ícono representativo, las opciones a elegir.

El orden de aplicación fue igual para todos los sujetos y es el mismo que se utiliza en la numeración de la tabla 11.

En una primera parte se aplicaron todos los instrumentos mencionados a 160 sujetos, en la siguiente sólo se aplicó el CII, el Minimental y la HDS a 263 más para tener un total de 423 aplicaciones (cantidad que se obtiene a partir de multiplicar el número de reactivos del CII, 77, por cinco y sumándole el 10% precautorio), las necesarias para obtener un índice de confiabilidad para el CII. Por último, y pasado aproximadamente un mes, se aplicó una vez más el CII a 110 sujetos que fueron parte de la primera parte de la aplicación, para obtener el coeficiente de estabilidad temporal (tabla 12). Se realizó discriminación de reactivos por medio de la prueba de frecuencias y “t” de Student entre altos y bajos, se obtuvo un coeficiente de consistencia interna por dimensión y otro general, un coeficiente de estabilidad temporal para todo el instrumento, validez convergente con depresión y divergente con bienestar subjetivo.

Tabla 8. Aplicación de los instrumentos por número de sujetos.

Aplicación Parte I	Aplicación Parte II	“Re-test”
160 sujetos	263 sujetos más = 423	En una segunda ocasión, después de un mes a sujetos de la fase 1 = 110
- HDS - Minimental - BAI - PGC - CII - GDS	- HDS - Minimental - CII	- CII

4.2.2 Fase II. Descripción de las ideas irracionales de los adultos mayores de la muestra.

4.2.2.1 Objetivos específicos.

- Evaluar las ideas irracionales de un grupo de adultos mayores.
- Comparar y establecer diferencias tomando como variables los datos sociodemográficos para las mediciones obtenidas en el CII.

4.2.2.2 Definición de variables.

- Variable Dependiente: Ideas irracionales.
- Variables Independiente: Datos sociodemográficos.

4.2.2.2.1 Definición conceptual.

Ideas irracionales: creencias injustificadas, absolutistas e inconsistentes con los hechos externos, que generan emociones inadecuadas (elaboración propia con base en Ellis, 1962; 1999_a; 1999_d; Ellis & Abrahms, 1980; Ellis & Dryden, 1987).

Datos sociodemográficos: nombre, teléfono, sexo, edad, estado civil, con quien vive, ingresos, escolaridad, analfabetismo, vivienda, actividades del tiempo libre, pertenencia a grupo o asociación, enfermedad, medicamentos y principales problemas.

4.2.2.2.2 Definición Operacional.

Ideas irracionales: respuestas al CII. Creación dentro de esta investigación (anexo 1).

Datos sociodemográficos: respuestas al HDS ((nombre, teléfono, sexo, edad, estado civil, con quien vive, ingresos, escolaridad, analfabetismo, vivienda, actividades del tiempo libre, pertenencia a grupo o asociación, enfermedad, medicamentos y principales problemas) (anexo 6).

4.2.2.3 *Diseño.*

Ex post-facto, transeccional, correlacional, grupos intactos (Hernández et al., 2001).

4.2.2.4 *Participantes.*

Muestreo no probabilístico, por cuotas, accidental (Hernández et al., 2001; Kerlinger & Lee, 2002). 423 personas adultas mayores de 58-86 años con características descritas en el inciso 4.2.1.2.

4.2.2.5 *Instrumentos.*

Como se mencionó en el punto 4.2.1.3, se formó una batería de cinco instrumentos (Minimental de Folstein, BAI, PGC, CII y GDS) más la HDS.

4.2.2.6 *Procedimiento.*

El procedimiento de aplicación se encuentra descrito en el inciso 4.2.1.4 y en la tabla 12. Después de la aplicación se analizaron los datos por medio de medidas de dispersión, tendencia central, análisis de frecuencias, índices de correlación de Pearson o Spearman según fue el caso y “t”s de Student para determinar diferencias significativas.

4.3 *Estudio 2.*

4.3.1 *Objetivos específicos.*

- Adaptar una intervención cognitivo conductual de grupo manualizada a las características específicas de los adultos mayores.
- Evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual de grupo manualizada en las ideas irracionales, la depresión, la ansiedad y el bienestar subjetivo de adultos mayores a partir de aplicaciones “pre-post”.

4.3.2 Definición de variables.

- Variables Dependiente: Ideas irracionales; Depresión, Ansiedad, Bienestar subjetivo, Actividades instrumentales y actividades avanzadas de la vida diaria.
- Variable Independiente: Intervención cognitivo conductual de grupo manualizada.
- Variables moderadoras: Sociodemográficas, Deterioro intelectual.

4.3.2.1 Definición Conceptual.

Ideas irracionales: creencias injustificadas, absolutistas e inconsistentes con los hechos externos, que generan emociones inadecuadas (elaboración propia con base en Ellis, 1962; 1999_a; 1999_d; Ellis & Abrahms, 1980; Ellis & Dryden, 1987).

Depresión: síndrome caracterizado por la tristeza, la pérdida de interés y placer, y la ansiedad. Los síntomas físicos pueden incluir dificultad para dormir, pérdida del apetito y de la libido, falta de energía y fatiga fácil. Se presenta sentimiento de incapacidad y de ineficacia con respecto al presente, de desesperanza al futuro y de inutilidad y fracaso respecto al pasado (Davison & Neale, 2000; Gaylord & Zung, 1989;).

Ansiedad: reacción emocional compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psicológicas y orgánicas en el sujeto; implica sensaciones conscientes de temor o miedo, tensión, aprehensión, nerviosismo, preocupación, anticipación de peligro o amenaza, excitación fisiológica; habitualmente sin facultad para describir una amenaza determinada que pudiera explicar estas sensaciones (Davison & Neale, 2000; Spielberger, Pollans & Worden, 1984).

Bienestar subjetivo: la estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, satisfacción que se expresa o concreta en la correspondencia entre metas obtenidas y deseadas, entre cuánto esperaba realizar en la vida y cuánto ha logrado (Lawton, 1983a; 1983b).

Actividades instrumentales y actividades avanzadas de la vida diaria: Las actividades de la vida diaria se dividen en actividades básicas, instrumentales y avanzadas. Las básicas se refieren a actividades primarias de autocuidado y movilidad que permiten el grado de autonomía e independencia elemental necesario para que la persona pueda vivir sin ayuda continua de otros; incluyen comer, vestirse, aseo personal (APTONA, 2004; Devesa & Garay, s.f.). Las instrumentales son actividades que permiten al individuo adaptarse a su entorno y vivir de forma autosuficiente en su medio habitual; incluyen actividades como telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transportes, manejar la medicación, manejar el dinero (APTONA, 2004; Universidad Autónoma de Madrid, 2001). Por último, las avanzadas son aquellas conductas más elaboradas que están en relación con el estilo de vida del sujeto, pero no son indispensables para el mantenimiento de la independencia, permiten al individuo cumplir con su papel en la sociedad, mantener la salud mental y gozar de buena calidad de vida, y comprenden las actividades laborales, el deporte, y actividades sociales de mayor intensidad como son las aficiones, los viajes y la participación social (APTONA, 2004; Devesa & Garay, s. f.).

Intervención cognitivo conductual de grupo manualizada: conjunto de técnicas psicoterapéuticas adaptadas a grupo, que se encargan de ayudar a los miembros a comprender las raíces de sus síntomas modificando y desarraigando sus ideas irracionales; a superar sus sentimientos y conductas inapropiadas; a funcionar mejor en sus relaciones "intra" e interpersonales; a entender las dificultades de otros miembros del grupo y servirles de ayuda; y a minimizar sus perturbaciones básicas (Ellis, 1962; 1999^a; 1999^d; Ellis & Abrahms, 1980; Ellis & Dryden, 1987). Estas técnicas son desarrolladas en un manual en el que se describen, sesión por sesión, las actividades, ejercicios y tareas para casa,

Variables Sociodemográficas: nombre, teléfono, sexo, edad, estado civil, con quien vive, ingresos, escolaridad, analfabetismo, vivienda, actividades del tiempo libre, pertenencia a grupo o asociación, enfermedad, medicamentos y principales problemas.

Deterioro intelectual: una amplia clasificación psicopatológica que indica una declinación del funcionamiento cerebral, particularmente de las capacidades para procesar (pensamiento abstracto) y recordar (memoria). Es un término operativo, empleado para permitir un enfoque sindromático del problema del deterioro cerebral (Gutiérrez, 1996; González et al., 1999).

4.3.2.2 Definición Operacional.

Ideas irracionales: respuestas al CII. Creación dentro de esta investigación (anexo 1 versión final).

Depresión: respuestas al GDS (Yesavage et al., 1983), versión corta en español.

Ansiedad: respuestas al BAI (Robles et al., 2001).

Bienestar subjetivo: respuestas al PGC (Lawton, 1975, versión traducida y retraducida por González-Celis, 2002).

Actividades instrumentales y actividades avanzadas de la vida diaria: repuestas al Registro Conductual creado dentro de esta investigación (anexo 2) que incluye algunas actividades que pueden verse modificadas con la intervención.

Intervención cognitivo conductual de grupo manualizada: manual de seis sesiones grupales, dos por semana, de psicoterapia cognitivo conductual de grupo de dos horas de duración (ver resumen de sesiones inciso 4.3.7 y manual de descripción de sesiones anexo 7).

Variables Sociodemográficas: respuestas a la HDS (nombre, teléfono, sexo, edad, estado civil, con quien vive, ingresos, escolaridad, analfabetismo, vivienda, actividades del tiempo libre, pertenencia a grupo o asociación, enfermedad, medicamentos y principales problemas) (anexo 6).

Deterioro intelectual: respuestas al Minimental de Folstein.

4.3.3 Diseño.

Cuasi-experimental. Diseño de grupo control con un grupo experimental y dos replicas, “pre-post”, no equivalente, con dos seguimientos, comparación “intra” e inter grupo (Campbell & Stanley, 2001).

0 ¹	x ¹	0 ²	0 ³	0 ⁴	
		0 ¹	x ¹	0 ²	0 ³
			0 ¹	x ¹	0 ²
			0 ¹	---	0 ²
				0 ³	0 ⁴

x¹ = Intervención cognitivo conductual.

0¹²³⁴ = Observaciones.

4.3.4 Grupos.

Se utilizaron grupos no probabilísticos, por cuotas, accidentales (Hernández et al., 2001; Kerlinger & Lee, 2002). Los criterios de inclusión fueron, adultos mayores que asistieran al DIF 24 “León Guzmán” y al centro cultural del ISSSTE “Miguel Alemán”. El criterio de exclusión fue la inasistencia a más de dos sesiones.

Se realizó un piloteo previo a la aplicación del diseño, este se realizó con un grupo de 8 personas, todas mujeres de edades entre 53 y 76 años de edad, pertenecientes al grupo de adultos mayores del DIF 24. Este primer piloteo sirvió para realizar adaptaciones al manual de sesiones y al manual del participante.

Ya en la aplicación del diseño los grupos de la investigación se formaron con personas adultas mayores de entre 57 y 85 años, distribuidos como se muestra en la tabla 13.

Tabla 9. Número de pacientes por grupo y aplicación.

Grupo.	Pacientes intervención.	Pacientes primer seguimiento.	Pacientes segundo seguimiento.
Grupo 1.	9	6	7
Grupo 2 (replica 1).	10	9	5
Grupo 3 (replica 2).	5	4	2
Total de pacientes en Grupos con intervención.	24	19	14
Total de pacientes en Grupo control (sin intervención).	13	12	10

A continuación se describirán las características de los cuatro grupos de acuerdo a cada variable.

4.3.4.1 Grupo 1.

Las nueve participantes del grupo uno fueron mujeres, de edades entre 61 y 84 (Media de 69.2), con estado civil en la tabla 14.

Tabla 10. Distribución de estado civil en el grupo 1.

Categoría	Soltero	Casado	Con pareja	Separado	Divorciado	Viudo	Total
Número	0	3	1	0	1	4	9
Porcentaje	0	33.3%	11.1%	0	11.1%	44.4%	100%

A la pregunta de con quién vive, solo dos refirieron vivir solos y uno con algún familiar o amigo (Figura 21).

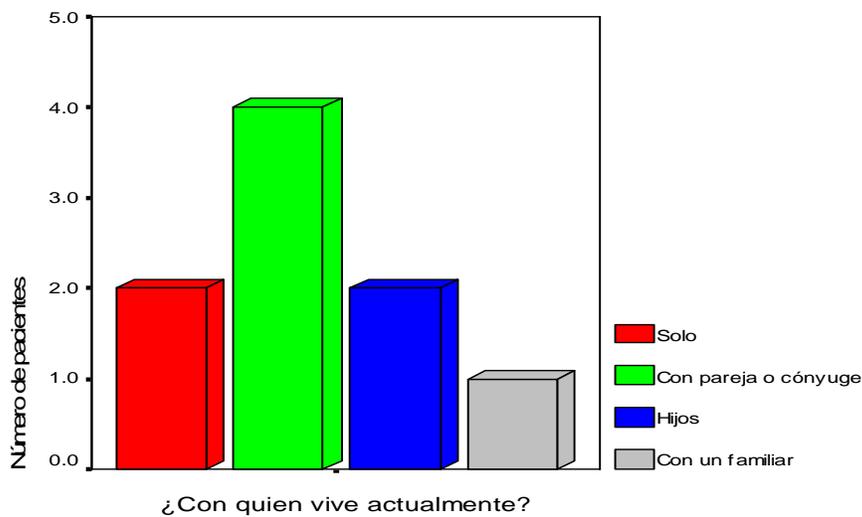


Figura 3. Distribución de residencia del grupo 1 experimental.

Todas contaban con algún tipo de ingreso económico que era proporcionado en su mayoría por una pensión ya fuera de ellas o del esposo fallecido, y sólo una tenía como única fuente de ingresos el dinero del programa del Gobierno del Distrito Federal (Figura 22). El 78% (siete mujeres) de ellas creían que ese dinero satisfacía sus necesidades.

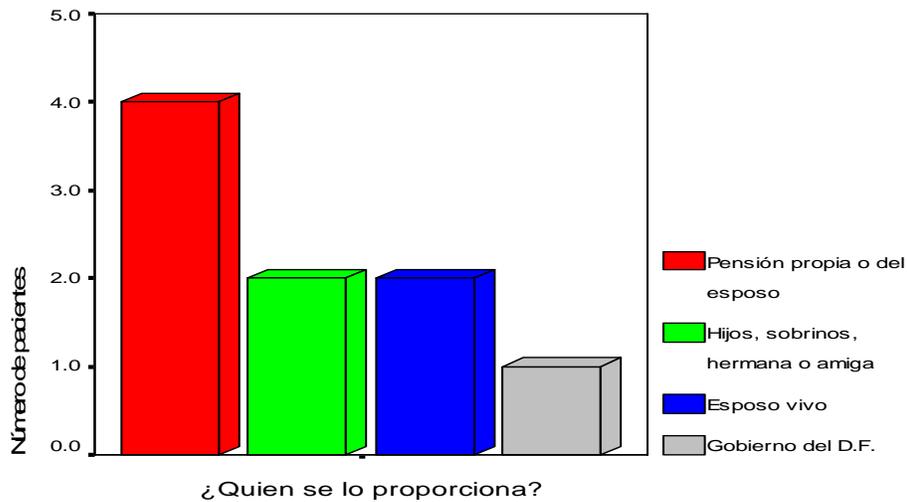


Figura 4. Fuente de ingresos grupo1 experimental.

Dos de ellas no sabían leer ni escribir, y su nivel máximo de estudios era: dos mujeres habían estudiado hasta la secundaria, cinco hasta primaria, y dos más no tenían ninguna escolaridad.

El 67% vivía en casa propia. Cuatro eran pensionadas o jubiladas y una trabajaba por su cuenta. Siete de ellas tenían alguna enfermedad al momento de la entrevista, en todos los casos crónico-degenerativa y requerían tomar medicamento.

Refirieron como principales problemas los familiares, emocionales y de salud, en ese orden de acuerdo a la frecuencia de aparición.

Las calificaciones obtenidas por las pacientes para el instrumento de deterioro intelectual fueron las que se muestran en la tabla 15. La media fue de 24.4 y se puede observar que la mayoría de las pacientes tienen calificaciones que muestran normalidad.

Tabla 11. Calificaciones de deterioro intelectual en el grupo 1.

PUNTAJE	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE TOTAL	SUJETOS = 9
30-23	Normal	66.6%	6
22-17	Deterioro intelectual leve	22.2%	2
16-0	Deficit cognitivo grave	11.1%	1

4.3.4.2 Grupo 2.

Los 10 participantes del grupo dos fueron también mujeres, de edades entre 57 y 79 (media de 68.7), con estado civil: cuatro casadas, una divorciada y cinco viudas.

Dos de ellas vivían solas, cuatro con sus parejas y cuatro más con sus hijos

Todas respondieron que contaban con algún tipo de ingreso económico que obtenían (igual número de pacientes en cada clasificación) de una pensión, ya fuera de ellas o del esposo fallecido, de algún familiar o del esposo vivo. Siete de ellas creían que ese dinero satisfacía sus necesidades y tres más que no.

Todas las pacientes sabían leer y escribir, y su nivel máximo de estudios era al menos primaria en ocho casos, secundaria en uno y bachillerato o profesional en el otro.

El 90% vivía en casa propia. La mayoría refirieron estar buscando trabajo, solo uno era pensionada y una trabajaba por su cuenta.

El 90% tenía alguna enfermedad al momento de la entrevista y casi en todos los casos era de tipo crónico-degenerativa y requería de tomar medicamento.

Sus principales problemas, en ese orden, fueron los familiares, económicos y de salud.

En el instrumento de deterioro intelectual obtuvieron una media de 26.5 y las calificaciones fueron casi todas normales como se muestra en la tabla 16.

Tabla 12. Calificaciones de deterioro intelectual en el grupo 2.

PUNTAJE	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE TOTAL	SUJETOS= 10
30-23	Normal	90%	9
22-17	Deterioro intelectual leve	10%	1
16-0	Deficit cognitivo grave	0%	0

4.3.4.3 Grupo 3.

Los participantes del grupo tres fueron cuatro mujeres y un hombre, de edades entre 60 y 84 con una media de 72.6: un soltero, un casado y tres viudos. Tres vivían solos, uno con su pareja y uno con sus hijos.

Todos contaban con algún tipo de ingreso económico que provenía de una pensión propia o de la pareja fallecida. En el 60% de los casos esos ingresos satisfacían sus necesidades.

Todos sabían leer y escribir, cuatro habían cursado hasta secundaria y uno tenía primaria.

Tres vivían en casa propia y dos más en rentada. Dos laboraban actualmente, dos buscaban trabajo y uno mas era pensionado.

Las cinco personas estaban enfermas al momento de la entrevista, todas de enfermedades crónico-degenerativa y todas tomaban medicamento.

Refirieron como principales problemas los familiares, económicos y de salud, en ese orden de acuerdo a la frecuencia de aparición.

Las calificaciones obtenidas por los pacientes en el instrumento de deterioro intelectual fueron todas normales, con una media de 27.6 y se muestran en la tabla 17.

Tabla 13. Calificaciones de deterioro intelectual en el grupo 3.

PUNTAJE	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE TOTAL	SUJETOS = 5
30-23	Normal	100%	5
22-17	Deterioro intelectual leve	0%	0
16-0	Deficit cognitivo grave	0%	0

4.3.4.4 Grupo control.

De los 13 participantes del grupo 10 fueron mujeres y tres hombres, con una media de edad de 70.8, con edades que fluctuaban entre 59 y 85, con estado civil como se muestra en la tabla 18.

Tabla 14. Distribución de estado civil en el grupo control.

Categoría	Soltero	Casado	Con pareja	Separado	Divorciado	Viudo	Total
Número	1	6	0	1	1	4	13
Porcentaje	7.7%	46.2%	7.7%	0	7.7%	30.8%	100%

Dos de ellos vivían solos, seis con la pareja, cuatro con sus hijos y uno más con algún familiar (Figura 23).

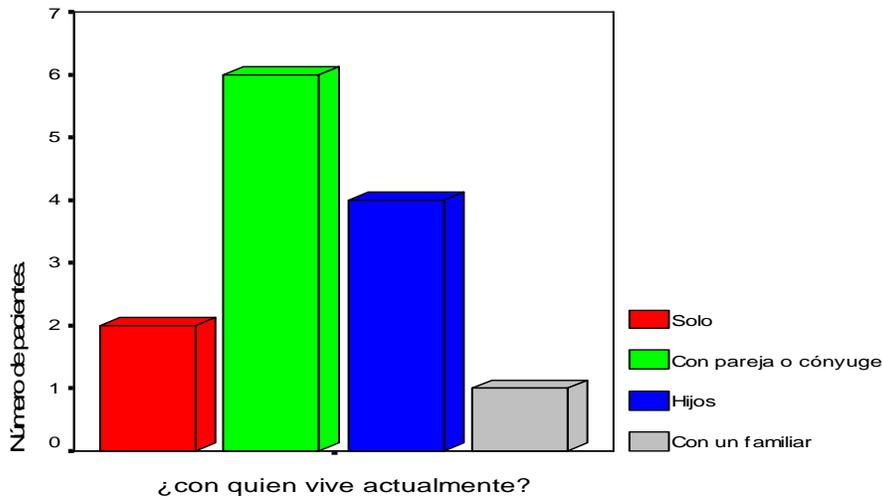


Figura 5. Distribución de residencia grupo control.

Todas contaban con algún tipo de ingreso económico que era proporcionado en su mayoría por una pensión (Figura 24). La mayoría (62%) creían que ese dinero no satisfacía sus necesidades.

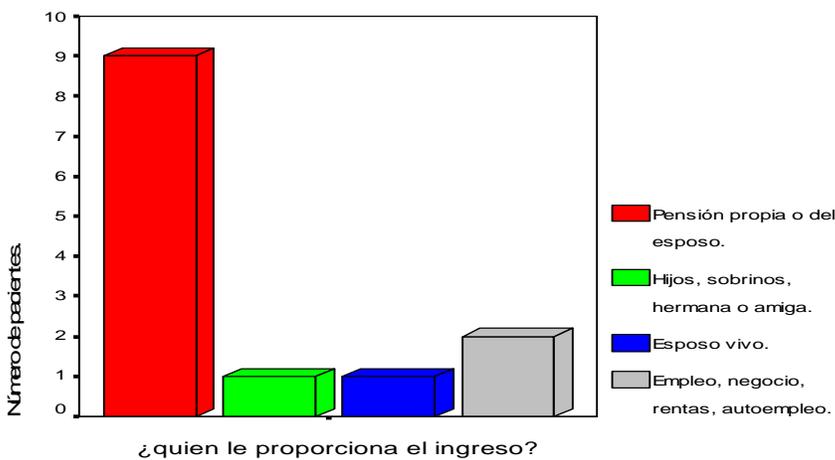


Figura 6. Fuente de ingresos grupo control.

Todos sabían leer y escribir, y su nivel máximo de estudios era: cinco habían estudiado hasta la primaria, cuatro hasta secundaria, y cuatro más hasta preparatoria o profesional.

El 70% vivía en casa propia. Ocho de ellos eran pensionados o jubilados y tres más trabajaban actualmente, ya fuera por su cuenta o en alguna institución.

Doce tenían alguna enfermedad al momento de la entrevista, siete de ellos crónico-degenerativa y nueve requerían tomar medicamento.

Refirieron como principales problemas los de salud, económicos y familiares en ese orden de acuerdo a la frecuencia de aparición.

La media de las calificaciones obtenidas por las pacientes para el instrumento de deterioro intelectual fue de 27.23 y se muestran en la tabla 19, en la que se puede observar que la mayoría de las pacientes tuvieron calificaciones que muestran normalidad.

Tabla 15. Calificaciones de deterioro intelectual en el grupo control.

PUNTAJE	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE TOTAL	SUJETOS = 13
30-23	Normal	93.7%	12
22-17	Deterioro intelectual leve	6.3%	1
16-0	Deficit cognitivo grave	0%	0

4.3.5 Instrumentos.

A continuación se presentan, en el mismo orden en el que fueron aplicados, los instrumentos de medición utilizados.

Hoja de Datos Sociodemográficos: (HDS) Género, edad, estado civil, escolaridad, jubilación, enfermedades, medicamentos que toma en la actualidad. 23 reactivos.

Deterioro Intelectual: Estado Mental Breve Modificado (Minimental de Folstein) (Gutiérrez, 1996, Grupo de Consenso Nacional sobre Síndrome de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales, GRUCONSDI). 11 reactivos.

Ansiedad: Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI) (Robles et al., 2001). 21 reactivos.

Bienestar Subjetivo: Escala de Bienestar Subjetivo (*Philadelphia Geriatric Center, PGC*), (Lawton, 1975, versión traducida y retraducida por González-Celis, 2002). 23 reactivos.

Ideas irracionales: Cuestionario de Ideas Irracionales (CII) versión final. Creación de instrumento en esta investigación (anexo 1). 67 reactivos.

Depresión: Escala de Depresión Geriátrica (*Geriatric Depression Scale, GDS*) (Yesavage et al., 1983), versión corta en español. 15 reactivos

Registro Conductual: Cuestionario de conductas que pueden verse modificadas a lo largo de la intervención. Actividades instrumentales y actividades avanzadas de la vida diaria (con base en Universidad Autónoma de Madrid, 2001) (anexo 2). Siete reactivos.

El Registro Conductual que se utiliza, es una lista de chequeo que se obtuvo a partir de las actividades instrumentales y habilidades avanzadas de la vida independiente, que según cinco jueces expertos consideraron más importantes y que se podían ver modificados con el tipo de intervención que se propone en esta investigación. Los sujetos respondieron a la lista de chequeo, tachando las actividades que realizaron durante la semana anterior a la aplicación de los instrumentos. La forma de calificación se decidió a partir de un piloteo en la población en el cual se descartaron otras opciones de respuesta.

Una descripción más detallada de los instrumentos, excepto el Registro Conductual y la HDS, se encuentra en el inciso 4.2.1.3 de este mismo escrito.

Todos los instrumentos (excepto la Hoja de Datos Sociodemográficos, el Minimental y el Registro Conductual) se aplicaron con tarjetas de repuesta que permiten a los adultos mayores ver con letra grande y clara acompañada de un icono representativo, las opciones a elegir.

El orden de los instrumentos se eligió al azar y fue igual para todos los sujetos.

4.3.6 Procedimiento.

- Se diseñaron seis sesiones de intervención cognitivo conductual de grupo de dos horas de duración cada una, más dos sesiones de evaluación una inicial y otra final.

- Se piloteó dichas sesiones con un grupo por separado para observar su organización y aplicabilidad.
- Se realizaron los cambios y correcciones pertinentes a las sesiones de grupo (en el inciso 4.3.7 se describe la versión final de las entrevistas y de cada una de las sesiones de grupo).
- Se convocaron nuevos sujetos para formar los grupos del diseño.
- Se realizó la evaluación inicial individual. Se aplicó a los asistentes la batería de instrumentos (Hoja de Datos Sociodemográficos, Minimental, Escala de Ansiedad de Beck, Escala de Bienestar Subjetivo, Cuestionario de Ideas Irracionales, Escala de Depresión Geriátrica y Registro Conductual) (“pre-test”).
- En los grupos con intervención se aplicaron las sesiones.
- En una entrevista final individual, se evaluó tanto a los grupos experimentales como al control con la batería de instrumentos antes mencionada (“post-test”).
- Se realizaron aplicaciones de seguimiento a uno y tres meses, con los pacientes que se lograron reunir.
- Se codificaron, capturaron y analizaron los datos con análisis “entre” e “intra” grupos, utilizando estadística descriptiva, pruebas “t”, “anova” y correlaciones.
- Se redactaron los resultados, la discusión y conclusión.

4.3.7 Resumen del manual de descripción de sesiones de intervención.

El manual de descripción de sesiones que se adapta en esta investigación intenta allegarse lo más posible a la realidad, ya que aunque la mayor cantidad de cambios realizados en las sesiones fueron hechos después del grupo piloto, siguieron sufriendo muchas modificaciones a lo largo de las diferentes sesiones del resto de los grupos de tratamiento, esto debido a que a pesar de los intentos de homogeneizar los grupos, las diferencias de los pacientes que los formaban requerían, en la marcha, prolongar actividades que no habían sido bien comprendidas o por el contrario quitar o disminuir otras en las que los pacientes no parecían interesados. Por lo tanto, la descripción de sesiones es una base que sirve como guía para el terapeuta, sin embargo se recomienda la flexibilidad de las actividades y los tiempos a criterio del mismo terapeuta, con base en el comportamiento grupal, a las peticiones de los integrantes, a la observación de la dinámica, al avance del grupo y a la experiencia clínica personal del encargado de grupo.

Los cambios realizados a la versión original se resumen en el inciso 5.2.1. A continuación en la tabla 20 se presenta un resumen de las sesiones en su versión final.

Tabla 16. Resumen de sesiones de la intervención cognitivo-conductual.

Número de sesión.	Tipo.	Actividad principal.	Objetivos.
Evaluación inicial.	Individual.	Evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación clínica de los miembros pre-grupo. Establecer <i>rappor</i>t con el terapeuta.
Sesión 1.	Grupal colectiva.	Relajación.	<ul style="list-style-type: none"> Presentación. Integración de grupo. Comienzo del entrenamiento en relajación.
Sesión 2.		Relajación.	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento en relajación.
Sesión 3.		Re-estructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> Inicio de la técnica de reestructuración cognitiva. Comprensión de la reestructuración cognitiva. Aplicarla en situaciones perturbadoras.
Sesión 4.		Re-estructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar las competencias de reestructuración cognitiva aprendidas. Conocer el patrón particular de distorsiones cognitivas de cada miembro.
Sesión 5.		Resolución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar una nueva técnica que permita a los pacientes utilizar mejor los módulos precedentes. Unir fuerzas para divisar soluciones alternativas a los problemas de cada uno de los miembros. Explicar componentes específicos de la resolución de problemas.
Sesión 6.		Cierre.	<ul style="list-style-type: none"> Comprender cómo se combinan juntos los tres módulos (relajación, re-estructuración cognitiva y resolución de problemas), complementándose unos a otros. Cómo poder emplear lo que se ha aprendido. Dar y recibir retroalimentación del resto de los miembros del grupo relativo a su funcionamiento en el grupo y progreso hacia la consecución de sus metas declaradas. Última oportunidad de estar juntos y decirse buenos deseos.
Entrevista evaluación final.	Individual.	Evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad final para el terapeuta y el paciente de discutir cualquier tema que no haya sido abordado en grupo. El terapeuta puede adquirir una perspectiva mejor para estudiar los aspectos que resten por trabajar. Formular planes para un tratamiento adicional si fuera necesario. Diseñar estrategias individualizadas dirigidas al logro de cualquier objetivo que aún reste por alcanzar. Retroalimentación del terapeuta respecto al progreso efectuado en el curso del tratamiento. Evaluación clínica de los miembros "post".

5 RESULTADOS.

La presentación de los resultados se realizará en el mismo orden como fue presentado el método, esto es, primero el estudio uno con sus dos fases que incluyen validación de instrumentos y descripción de las variables en la muestra de adultos mayores; y después el estudio dos que contiene la adaptación del manual de sesiones a esta población y el análisis de la intervención en tres formas: “intra” grupos, “entre” grupos y análisis por sujeto en las aplicaciones “pre-post”.

5.1 Estudio 1.

5.1.1 Fase I. Validación de instrumentos.

5.1.1.1 Cuestionario de Ideas Irracionales.

En esta primera parte del estudio uno, el objetivo fue desarrollar y someter a prueba un instrumento confiable y válido, que midiera ideas irracionales en adultos mayores (Cuestionario de Ideas Irracionales, CII). Para lograr este objetivo se comenzó por disminuir los reactivos que no discriminaban.

Discriminación de reactivos.

El número de sujetos para esta parte del estudio fue de $n = 423$. Para obtener la confiabilidad del CII, se descartaron en primera instancia, los reactivos que no discriminaban. Así, se sometieron los 77 reactivos a la prueba de frecuencias, quedando fuera ocho por tener más del 90% de respuestas en una sola de las opciones. En la tabla 21 se muestran las frecuencias de respuesta por reactivo y los reactivos que quedaron fuera.

Tabla 1. Cuadro de frecuencia de respuestas al CII.

REACTIVO	% SI	% NO	REACTIVO	% SI	% NO	REACTIVO	% SI	% NO
1.	52.5	47.5	27.	27	73	53.	43.3	56.7
2.	63.8	36.2	28.	66	34	54.	62.2	37.8
3.	65.7	34.3	29.	84.9	15.1	55.	61.2	38.8
4.	66.2	33.8	30.	62.2	37.8	56.	85.1	14.9
5.	53	47	31.	69.3	30.7	57.	69.3	30.7
6.	71.4	28.6	32.	60.3	39.7	58.	81.6	18.4
7.	90.8	9.2	33.	87.9	12.1	59.	73.5	26.5
8.	67.1	32.9	34.	59.6	40.4	60.	82	18
9.	5	95	35.	62.8	37.1	61.	60	40
10.	55.6	44.4	36.	44.2	55.8	62.	1.2	98.8
11.	76.8	23.2	37.	18.9	81.1	63.	88.2	11.8
12.	62.2	37.8	38.	66.5	43.5	64.	2.6	97.4
13.	33.1	66.9	39.	73	27	65.	44	56
14.	14.4	85.6	40.	69.5	30.5	66.	52	48
15.	27.7	72.3	41.	74.5	25.8	67.	76.4	23.6
16.	69.7	30.3	42.	70.4	29.6	68.	76.4	23.6
17.	23.4	76.6	43.	86.1	13.9	69.	68.1	31.9
18.	67.8	32.2	44.	66.2	33.8	70.	21	79
19.	29.8	70.2	45.	68.3	31.7	71.	76.4	23.6
20.	53.9	46.1	46.	80.6	19.4	72.	74.5	25.5
21.	55.8	44.2	47.	32	6.8	73.	75.9	24.1
22.	17.3	82.7	48.	96.5	3.5	74.	74.9	25.1
23.	62.2	37.8	49.	12.8	87.2	75.	59.6	40.4
24.	98.1	1.9	50.	8.5	91.5	76.	59.3	40.7
25.	2.4	97.6	51.	61.5	38.8	77.	60.8	39.2
26.	71.4	28.4	52.	53.7	46.3			

Fuente: elaboración propia (énfasis reactivos que no discriminan).

Posteriormente los reactivos se sometieron a la prueba “t” de Student para muestras independientes, comparando las medias de los grupos extremos, formados con el 25% de los sujetos con puntaje más bajo y el 25% de los sujetos con puntaje más alto. Los resultados indican que 67 de los 77 tienen capacidad discriminativa (tabla 22).

Tabla 2. Comparación de grupo bajo vs. grupo alto mediante la prueba "t" de Student, para los 77 reactivos y para la puntuación total del CII.

Reactivo	Grupo Bajo		Grupo Alto		Valor "t"
	ME	DE	ME	DE	
1	.26	.442	.82	.385	-10.111***
2	.42	.496	.86	.345	-7.808***
3	.32	.468	.87	.336	-10.247***
4	.33	.471	.85	.354	-9.523***
5	.23	.425	.80	.399	-10.316***
6	.32	.468	.94	.238	-12.705***
7	.86	.349	.92	.268	NS
8	.36	.481	.86	.345	-9.143***
9	.10	.305	.01	.092	3.186**
10	.50	.502	.63	.484	-2.0800*
11	.38	.488	.97	.182	-12.020***
12	.27	.447	.91	.293	-12.681***
13	.09	.292	.72	.452	-12.154***
14	.22	.419	.09	.281	2.935**
15	.05	.212	.64	.482	-11.759***
16	.53	.501	.83	.378	-5.021***
17	.07	.264	.53	.501	-8.386***
18	.36	.484	.90	.294	-10.178***
19	.08	.279	.63	.484	-10.260***
20	.17	.376	.89	.316	-15.465***
21	.33	.471	.85	.354	-9.523***
22	.03	.166	.39	.491	-7.325***
23	.27	.447	.95	.222	-14.573***
24	.94	.231	.99	.092	-2.052*
25	.07	.264	.00	.000	3.061**
26	.38	.488	.93	.253	-10.676***
27	.46	.501	.13	.336	5.834***
28	.52	.502	.80	.399	-4.598***
29	.74	.442	.95	.222	-4.564***
30	.24	.426	.94	.238	-15.345***
31	.42	.496	.91	.281	-9.271***
32	.34	.475	.90	.305	-10.614***
33	.67	.471	.96	.183	-6.208***
34	.20	.399	.91	.281	-15.683***
35	.17	.376	.91	.281	-16.927***
36	.17	.376	.80	.399	-12.266***
37	.27	.447	.07	.253	4.221***
38	.14	.349	.95	.222	-20.888***
39	.31	.464	.98	.130	-15.090***
40	.60	.493	.84	.370	-4.134***
41	.36	.481	.99	.092	-14.037***
42	.36	.484	.93	.253	-11.126***
43	.64	.484	.99	.092	-7.809***
44	.29	.456	.95	.222	-13.944***
45	.35	.478	.98	.130	-13.872***
46	.59	.494	.96	.203	-7.409***
47	.05	.212	.66	.473	-12.339***
48	.94	.231	.97	.159	NS
49	.21	.413	.04	.203	3.987***
50	.13	.339	.03	.182	2.689**
51	.27	.447	.91	.281	-13.025***

Continúa tabla.

Reactivo	Grupo Bajo		Grupo Alto		Valor "t"
	ME	DE	ME	DE	
52	.06	.231	.89	.316	-22.355***
53	.08	.279	.79	.406	-15.147***
54	.28	.451	.95	.222	-14.253***
55	.24	.431	.92	.268	-14.319***
56	.59	.494	.97	.182	-7.697***
57	.34	.475	.91	.281	-11.072***
58	.60	.493	.96	.203	-7.243***
59	.44	.496	.97	.182	-10.768***
60	.63	.486	.96	.203	-6.752***
61	.34	.474	.85	.354	-9.213***
62	.01	.097	.01	.092	NS
63	.63	.486	.99	.092	-7.974***
64	.02	.136	.03	.159	NS
65	.50	.502	.24	.429	4.264***
66	.23	.425	.79	.406	-10.088***
67	.59	.494	.90	.305	-5.677***
68	.44	.499	.99	.092	-11.762***
69	.31	.464	.97	.182	-14.175***
70	.36	.484	.10	.305	4.893***
71	.42	.496	.97	.159	-11.455***
72	.36	.484	.97	.182	-12.514***
73	.44	.499	.96	.203	-10.340***
74	.36	.481	.98	.130	-13.591***
75	.22	.419	.86	.345	-12.498***
76	.19	.392	.90	.305	-15.222***
77	.22	.419	.91	.281	-14.592***
Total	26.30	6.522	59.04	3.764	- 46.499***

* Significancia $p < 0.05$ ** Significancia $p < 0.01$ *** Significancia $p < 0.001$

Sólo permanecieron los reactivos con significancia menor de 0.001. Así, los reactivos que no discriminaron fueron: 7, 9, 10, 14, 24, 25, 48, 50, 62, 64.

Uniando los reactivos que no discriminaron en ambas pruebas (análisis de frecuencias y pruebas "t"), se eliminaron 10, quedando solo 67.

Coefficiente de consistencia interna.

Posteriormente, con los reactivos resultantes se obtuvo un coeficiente de consistencia interna total *alfa de Cronbach* de 0.93, y uno también para cada dimensión ya solo con los reactivos que sí

discriminaron y con la numeración y orden que tienen en el instrumento final, como se muestra en la tabla número 23.

Tabla 3. Coeficientes de consistencia interna de las cuatro dimensiones de CII.

Dimensiones	Total de reactivos finales = 67	Reactivos finales	Alfa de Cronbach
Demandas	14 reactivos	4, 7, 9, 12, 16, 22, 27, 29, 31 , 36, 40, 44, 51, 57.	0.73
Incapacidad personal	14 reactivos	1, 5, 10, 13, 17, 24, 28, 34, 37, 41, 43, 47, 49, 53.	0.81
Condenas	20 reactivos	2, 6, 14, 18, 20, 25, 30, 32, 35, 38, 46, 48, 50, 52, 55 , 58, 60 , 62, 64, 66.	0.80
Catastrofización	19 reactivos	3, 8, 11, 15, 19, 21 , 23, 26, 33, 39, 42 , 45, 54, 56, 59, 61, 63, 65, 67.	0.80

Reactivos negativos que se califican al revés en negritas.

Coeficiente de estabilidad temporal.

Para demostrar estabilidad temporal (n =110) se realizó un *test* “re-test”, en la que se obtuvo una correlación de 0.72 significativo ($p < 0.01$) para la escala total; 0.57 ($p < 0.01$) para demandas; 0.69 ($p < 0.01$) para incapacidad personal; 0.62 ($p < 0.01$) para condenas; y 0.70 ($p < 0.01$) para catastrofización.

Validez convergente con depresión.

Se probó validez convergente de la escala total de ideas irracionales con depresión (GDS), con una correlación positiva baja pero significativa ($r = 0.38$, $p < 0.01$, $n = 160$). Y por escala: demandas 0.22 ($p < 0.01$); incapacidad personal 0.28 ($p < 0.01$); condenas 0.36 ($p < 0.01$); y catastrofización 0.45 ($p < 0.01$).

Validez divergente con bienestar subjetivo.

Para obtener la validez divergente con bienestar subjetivo (PGC) se obtuvo una correlación negativa moderada y significativa con la escala total de ideas irracionales ($r = - 0.50$, $p < 0.01$, $n = 160$). Y por escala: demandas - 0.29 ($p < 0.01$); incapacidad personal - 0.37 ($p < 0.01$); condenas - 0.48 ($p < 0.01$); y catastrofización - 0.58 ($p < 0.01$).

Correlación entre dimensiones.

Se obtuvieron las correlaciones entre las cuatro dimensiones del CII, encontrándose estas entre 0.67 y 0.82 ($p < 0.01$). Por lo que para fines del análisis de la intervención en el Estudio 2 se utilizará la calificación total.

Calificación.

La forma de calificar el instrumento es con sumatoria de puntajes, otorgándole a cada respuesta afirmativa un punto (indicativo de irracionalidad) en el caso de los reactivos positivos, y un punto a cada respuesta "No" en el caso de los reactivos negativos, los cuales son: 21, 31, 42, 55 y 60.

La calificación mínima es 0 y la máxima 67. Los puntajes altos indican más irracionalidad y los puntajes bajos menos pensamiento irracional. Al obtener los parámetros de calificación para este cuestionario por medio de percentiles (423 sujetos), se obtiene la tabla 24 de calificación:

Tabla 4. Calificaciones para el CII.

PUNTAJE	CALIFICACIÓN	PERCENTIL
0-31	Bajo	0-25
32-43	Medio	26-50
44-51	Alto	51-75
52-67	Muy alto	76-100

En el anexo 1 se encuentra la versión final del Cuestionario de Ideas Irracionales (CII) para Adultos Mayores.

5.1.1.2 Consistencia interna del resto de los instrumentos.

En este estudio, para el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) se obtuvo un *alfa de Cronbach* de 0.85, para el Estado Mental Breve Modificado (Minimental de Folstein) *alfa* de 0.65, para la Escala de Bienestar Subjetivo (PGCF) *alfa* de 0.87, y para la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) *alfa* de 0.79.

5.1.2 Fase II. Descripción de las ideas irracionales de los adultos mayores de la muestra.

En esta segunda fase del estudio los objetivos específicos fueron: evaluar las ideas irracionales de este grupo, y comparar y establecer diferencias en las ideas irracionales tomando como variables de control los datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad).

5.1.2.1 Descripción de las ideas irracionales.

Al medir las ideas irracionales de estos 423 adultos mayores se encontró que el promedio de calificación fue de 40.64, con una mínima de cinco y una máxima de 65 (tabla 25).

Tabla 5. Medidas de dispersión y tendencia central de las sumatorias de ideas irracionales de los adultos mayores por sexo.

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Mujeres	300	8	65	40.73	13.353
Hombres	123	5	62	40.41	12.499
Total	423	5	65	40.64	13.097

No se encontraron diferencias significativas por sexo en las ideas irracionales.

De los 67 reactivos, 13 reactivos fueron a los que más sujetos dieron respuestas de irracionalidad (se consideró como criterio los reactivos que hubieran sido respondidos afirmativamente en la dirección de irracionalidad por más de 318 sujetos, en términos de porcentaje, arriba del 75% de los sujetos) se muestran en la tabla 26.

Tabla 6. Reactivos que más del 75% de los sujetos respondieron irracionalmente.

Reactivo	Respuestas de irracionalidad	%	Dimensión
Es mejor malo conocido que bueno por conocer.	373	88.2	Catastrofización
Las cosas se hacen bien o mejor se dejan de hacer.	372	88.0	Demandas
Siempre se necesita contar con alguien más grande que nos ayude	364	86.1	Incapacidad
Yo se lo que es mejor para mi familia.	360	85.1	Condenas
Yo se cuando le caigo mal a alguien.	359	84.9	Catastrofización
A palo dado ni Dios lo quita.	347	82.0	Condenas
Las personas inmorales deben ser castigadas.	345	81.6	Condenas
Las personas fuertes rara vez piden ayuda.	341	80.6	Demandas
Es horrible cuando alguien me critica.	325	76.8	Catastrofización
Me doy cuenta cuando las personas están hablando mal de mí.	323	76.4	Condenas
Es horrible desconocer lo que va a pasar en el futuro.	323	76.4	Catastrofización
Rara vez pido ayuda.	323	76.4	Demandas
Antes todo era mejor.	321	75.9	Catastrofización

Cinco de estos 13 reactivos pertenecían a la dimensión de catastrofización, cuatro a condenas, tres a demandas y uno a incapacidad personal.

Por el contrario, los reactivos que menos adultos mayores (menos de 105 sujetos, o sea menos del 25% de los sujetos) respondieron con irracionalidad fueron los que se enlistan en la tabla 27.

Tabla 7. Reactivos que menos del 25% de los sujetos respondieron irracionalmente.

Reactivos	N	Respuestas de irracionalidad
Los demás tienen la culpa de que yo me sienta mal.	423	99
La gente sobrevalora la influencia del pasado.	423	*334 (89)
Me importa poco lo que los demás piensan de mí.	423	*343 (80)
Yo tengo la culpa de que a mis hijos les vaya mal.	423	73
Le doy a los problemas solo la importancia que tienen.	423	*369 (54)

* Reactivos negativos que se califican al revés.

Hablando de dimensiones, la que más porcentaje de adultos mayores respondió irracionalmente fue la de Demandas, seguida por la de condenas (tabla 28).

Tabla 8. Análisis por dimensiones.

	n	Número de reactivos	Mín.	Máx.	Media	DS	Sum.	% de personas que contestaron irracionalmente a cada reactivo de la dimens.
Demandas	423	14	0	14	9.09	2.972	3847	65
Incapacidad	423	14	0	14	7.99	3.556	3294	56
Condenas	423	20	1	20	12.63	4.080	5344	63
Catastrofización	423	19	1	18	11.13	3.979	4695	59

Tratando de obtener diferencias en las dimensiones entre sexo, tampoco se encontraron diferencias significativas.

5.1.2.2 Relación de las ideas irracionales con otras variables.

La tabla 29 nos indica que existe una correlación positiva, muy baja pero significativa, entre edad e ideas irracionales lo que indica que a mayor edad mayor número de ideas irracionales. En la segunda variable se observa una correlación moderada pero significativa, negativa, lo cual indica que a menor escolaridad mayor número de ideas irracionales. En el caso de ansiedad no se encontró relación. Por último el instrumento de Minimental puntúa respuestas acertadas, por lo que una alta calificación se interpreta como mejor desempeño cognitivo, así, se obtuvo una correlación baja pero significativa, negativa, lo cual nos indica que a mejor desempeño cognitivo menor número de ideas irracionales.

Tabla 9. Relación entre ideas irracionales y edad, escolaridad, ansiedad, funcionamiento cognitivo, depresión y bienestar subjetivo.

	Edad	Escolaridad	Ansiedad	Funcionamiento cognitivo	Depresión	Bienestar subjetivo
Ideas irracionales	$r = 0.271^{**}$	$r = -0.403^{**}$	NS	$r = -0.379^{**}$	$r = 0.38^{**}$	$r = -0.50^{**}$

** $p < 0.01$

Con respecto a la relación de las ideas irracionales con depresión, se observa una correlación baja, significativa y positiva, que nos dice que a mayor depresión mayor calificación en irracionalidad. El bienestar subjetivo se correlaciona con las ideas irracionales de forma negativa, moderada y significativa, lo que nos sugiere que a mayor bienestar menor irracionalidad y viceversa. No se observó relación con la enfermedad, ni se encontraron diferencias significativas entre el grupo de enfermos y no enfermos.

5.1.2.3 Descripción de otras variables.

Depresión.

No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la variable de depresión, en la tabla 30 se observan los resultados de la estadística descriptiva.

Tabla 10. Medidas de dispersión y tendencia central de depresión por sexo.

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Mujeres	119	0	14	4.1	3.2
Hombres	41	0	14	3.4	2.7
Total	160	0	14	3.9	3.1

El 25% del total de los adultos mayores obtuvieron más de cinco respuestas positivas al cuestionario, lo que estaría indicando que este porcentaje de la muestra tendría síntomas depresivos (tabla 31).

Tabla 11. Porcentaje de la muestra deprimida por sexo.

PUNTAJE	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE TOTAL	MUJERES	HOMBRES
0-5	Sin depresión	75%	71.4%	85.4%
6-9	Depresión leve	17.5%	20.2%	9.8%
10-15	Depresión establecida	7.5%	8.4%	4.8%

No se encontró ninguna relación significativa entre depresión, edad y estado civil, sin embargo entre depresión y escolaridad se observa una correlación muy baja pero significativa de tipo negativo ($r = -0.164$, $p < 0.05$), lo cual podría sugerir que a mayor escolaridad menor depresión. Con la variable enfermedad (estar enfermo al momento de la entrevista) también se pudo observar una correlación positiva, baja pero significativa ($\rho = 0.227$, $p < 0.01$) y una "t" que muestra diferencias significativas entre enfermos y no enfermos (" t " = 3.34, $p < 0.001$), esto sugiere que el tener una enfermedad en el momento de la aplicación aumentan los niveles de depresión en la muestra.

Al obtener la relación de depresión con el resto de las variables medidas, se observa que a mayor ansiedad mayor depresión, a mayor bienestar subjetivo menor depresión y a mejor funcionamiento cognitivo menor depresión (tabla 32).

Tabla 12. Correlaciones entre depresión y ansiedad, bienestar subjetivo y funcionamiento cognitivo.

	Ansiedad	Bienestar subjetivo	Funcionamiento cognitivo
Depresión	.436**	-.721**	-.296**

** p < 0.01

Ansiedad.

No se encontraron diferencias significativas entre género en relación a la ansiedad. A continuación en la tabla 33 se muestran los datos de la estadística descriptiva de esta variable.

Tabla 13. Medidas de dispersión y tendencia central de la ansiedad por sexo.

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Mujeres	119	21	74	35.4	9.9
Hombres	41	21	57	32.4	8.6
Total	160	21	74	34.6	9.7

Cuando se observan los porcentajes de hombres y mujeres con ansiedad moderada y severa se puede observar una diferencia entre hombres y mujeres (tabla 34), las mujeres de la muestra parecen tener puntuaciones más elevadas.

Tabla 14. Porcentaje de la muestra ansiosa por sexo.

PUNTAJE	CALIFICACIÓN de ANSIEDAD	PORCENTAJE TOTAL	MUJERES	HOMBRES
21 – 26	Mínima	23.1%	21.8%	26.8%
27- 36	Leve	40.7%	39.5%	43.9%
37- 51	Moderada	29.3%	31.1%	24.4%
52- 84	Severa	6.9%	7.6%	4.9%

No se encontró relación significativa entre ansiedad y edad, estado civil, escolaridad y deterioro cognitivo. Sin embargo, se encontró una correlación positiva, leve pero significativa con enfermedad ($\rho = 0.284$, $p < 0.01$). Y una "t" entre el grupo de enfermos y no enfermos de -3.314 (significancia $p < 0.001$). Esto se leería que si la persona se encontraba enferma en el momento de la entrevista se reflejaría en un puntaje más alto en ansiedad.

Al relacionar la ansiedad con bienestar subjetivo se observa que tienen una correlación significativa moderada y negativa ($r = -0.540$, $p < 0.01$), o sea a mayor ansiedad menor bienestar subjetivo.

Bienestar subjetivo.

No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en el bienestar subjetivo (tabla 35).

Tabla 15. Medidas de dispersión y tendencia central de bienestar subjetivo por sexo.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Mujeres	119	2	25	15.1	6.1
Hombres	41	6	23	16.1	5.4
Total	160	1	21	15.3	5.8

El 53.7% de los adultos mayores tienen sumatorias por arriba de la media (15.3). En la tabla 36 se muestra la distribución de los porcentajes de la muestra por calificación en la variable bienestar subjetivo (los intervalos fueron obtenidos a partir de desviaciones estandar: $m=15.31$; $ds = 5.844$).

Tabla 16. Porcentajes de bienestar subjetivo por calificación.

PUNTAJE	CALIFICACIÓN de BIENESTAR SUBJETIVO	PORCENTAJE TOTAL
0-8	Pobre	18.8%
9-21	Regular	66.2%
22-25	Bueno	15%

Al comparar el bienestar subjetivo con variables sociodemográficas, se encuentran correlaciones bajas pero significativa entre edad, escolaridad y enfermedad, y el bienestar subjetivo, esto es que a mayor edad menor bienestar subjetivo, a mayor escolaridad mayor bienestar subjetivo y que al tener una enfermedad puede bajar el nivel de bienestar (tabla 37), así lo demostró también la “t” que muestra diferencias significativas entre enfermos y no enfermos ($t = 2.870$, $p < 0.01$).

Tabla 17. Relación de bienestar con variables sociodemográficas.

	Edad	Estado civil	Escolaridad	Enfermedad
Bienestar subjetivo	$r = -0.21^{**}$	NS	$r = 0.21^{**}$	$Rho = -0.18^*$

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Por ultimo se encontró una relación positiva y significativa con el funcionamiento cognitivo ($r = 0.33$, $p < 0.01$), por lo que sugiere que a mejor funcionamiento cognitivo, mayor bienestar subjetivo.

Funcionamiento cognitivo.

En la presentación descriptiva de los datos parece no existir diferencia en los resultados de mujeres y hombres (tabla 38).

Tabla 18. Descripción de las medidas de funcionamiento cognitivo en adultos mayores por sexo.

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Mujeres	119	6	30	23.3	4.8
Hombres	41	5	30	24.3	4.8
Total	160	5	30	23.6	4.8

Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento cognitivo de hombres y mujeres ($t = -2.11$, $p < 0.05$). En la tabla 39 se observa que existe en la muestra mayor porcentaje de mujeres con deterioro intelectual leve (12.3% más), y deterioro intelectual grave (2.4% más).

Tabla 19. Porcentajes por calificación de las sumatorias de funcionamiento cognitivo en hombres y mujeres.

PUNTAJE	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE TOTAL	MUJERES	HOMBRES
30-23	Normal	63.6%	59.3%	74%
22-17	Deterioro intelectual leve	27.4%	31%	18.7%
16-0	Deficit cognitivo grave	9%	9.7%	7.3%

Se encontró una correlación negativa baja pero significativa ($r = -0.302$, $p < 0.01$) con la variable edad, eso sugeriría que a mayor edad menores calificaciones en funcionamiento intelectual. Para el caso de escolaridad se encontró una correlación positiva, moderada y significativa ($r = 0.419$, $p < 0.01$), esto indica que a mayor escolaridad mayor puntaje en el funcionamiento intelectual. Al relacionar enfermedad con funcionamiento cognitivo se obtuvo una correlación negativa muy baja pero significativa ($\rho = -0.14$, $p < 0.01$), que sugiere que al haber enfermedad baja el funcionamiento, así mismo, se encontraron diferencias significativas entre el grupo de enfermos y no enfermos con respecto a su funcionamiento cognitivo ($t = 2.35$, $p < 0.05$).

5.2 Estudio 2.

Recordando los objetivos para este segundo estudio fueron: adaptar una intervención cognitivo conductual de grupo a las características específicas de los adultos mayores y evaluar su efecto en las ideas irracionales, la depresión, la ansiedad y el bienestar subjetivo de adultos mayores a partir de aplicaciones “pre-post”. Por tal razón se comenzará por describir los resultados a partir de la descripción de los cambios realizados a las sesiones de la intervención y algunas otras modificaciones hechas al método original, ya que juntas forman parte esencial de la adaptación de la psicoterapia de grupo a la población de adultos mayores.

5.2.1 Adaptación de las sesiones de intervención y del método original del Estudio 2.

El método descrito en el inciso 4.3 de este mismo documento es el que finalmente se utilizó en la presente investigación, sin embargo es el resultado de muchas modificaciones realizadas a partir de la aplicación del piloteo de las sesiones. Las modificaciones que incluye este inciso describen mejor el proceso de adaptación que sufrió la intervención a este tipo de población.

Los cambios se realizaron en diferentes niveles: criterios de inclusión (edad, analfabetismo, escolaridad y deterioro intelectual); número de sesiones; técnica de reestructuración cognitiva; técnicas de relajación; registros diarios (conductual, Unidades Subjetivas de Malestar- USM, respiraciones y palpitaciones); tareas para casa; formatos del manual del participante. En la tabla 40 se describen los cambios antes mencionados.

Tabla 20. Cambios realizados a las intervenciones y al método original planteado para el estudio 2.

APARTADO.	ANTES.	DESPUÉS.	RAZÓN.
Criterios de Inclusión.	Adultos mayores: <ul style="list-style-type: none"> De 60 a 80 años de edad. Alfabetos. Con estudios de primaria. Sin deterioro intelectual. 	Adultos mayores: De 57 a 85 años de edad que asistieran al DIF 24 "León Guzmán" y al centro cultural del ISSSTE "Miguel Alemán".	Durante el trabajo de campo, el acceso a los grupos fue condicionado a la intervención en grupos intactos, estos fueron formados, a pesar de haber sido informados de los criterios de inclusión de la investigación, por el personal de las instituciones por medio de un diagnóstico interno y con criterios subjetivos no especificados, o por la solicitud de los propios pacientes. Esto desencadenó una serie de cambios y adaptaciones extras al método, en las que se tuvieron que eliminar criterios de inclusión relacionados a la escolaridad, a la edad y al deterioro intelectual. Tomando los grupos tal cual se encontraban, dando atención a todos los sujetos sin importar sus características. Esto también dificultó la asignación al azar a los grupos.
Número de sesiones.	8 sesiones de 120 min. cada una.	Seis sesiones de 120 min. cada una.	Como consecuencia de la reducción de las sesiones de reestructuración cognitiva, debido al deseo de las participantes de abandonar el grupo en esta parte de la intervención, por considerarla muy complicada y difícil de entender.
Técnica de reestructuración cognitiva.	4 sesiones de reestructuración cognitiva con técnica ABCDE.	Dos sesiones de reestructuración cognitiva sólo con pensamiento irracional y su refutación.	Se tomaron fragmentos de la técnica original, principalmente los relacionados a distinguir el pensamiento irracional del racional y como modificarlo por medio de la refutación. De esta manera se redujo la técnica sólo a dos pasos (anexo 3, formato 6).
Frecuencia de las sesiones.	Una por semana.	Dos por semana.	Se observó que entre más tiempo pasaba entre una y otra sesión, los adultos mayores presentaban más problemas de memoria con respecto a la información proporcionada, y más tiempo se tenía que dedicar al repaso del material de la sesión anterior. Así, se decidió tener sesiones más seguidas para evitar, en la medida de lo posible, el olvido de la información y ayudar así, por medio de la repetición a la memoria de los pacientes.
Técnicas de relajación.	5 técnicas de relajación (respiración diafragmática, profunda, relajación autógena, imaginación guiada y relajación diferencial).	Cuatro técnicas de relajación (respiración diafragmática, profunda, relajación autógena e imaginación guiada).	Tratando de disminuir la cantidad de información que en ocasiones resultaba excesiva, se dejaron solo las técnicas más sencillas.
Registros diarios.	<ul style="list-style-type: none"> Conductual. USM. Respiración y ritmo cardíaco. 	Sin registros diarios.	Los pacientes reportaron que los registros diarios les parecían difíciles de comprender y que aunados al resto de tareas para casa resultaban angustiantes. Incluso siendo el registro conductual sencillo, y habiendo transformado los registros de relajación (variación de las Unidades Subjetivas de Malestar –USM ¹) en escalas pictográficas (ver ejemplos en anexo 2 y 4 respectivamente). Por lo tanto, el registro conductual sólo

¹ La escala de Unidades Subjetivas de Malestar (USM) sirve como medio para desarrollar un lenguaje común que permita ayudar a los miembros del grupo a comunicar niveles personales de tensión (Wolpe y Lazarus, 1966, en Sank y Shaffer, 1993). Los miembros del grupo intentan visualizar una escala de intervalos iguales con 5 puntos. En esta investigación la escala se adaptó a los adultos mayores por medio de caritas que representan los estados de relajación/ansiedad en los que se pueden encontrar (para algunas personas, el primer punto es el equivalente a estar lo suficientemente relajado como para dormirse). La propuesta inicial consistía en que el adulto mayor registrara su nivel de USM antes y después de cada experiencia de relajación (previo entrenamiento en sesión). Estos datos se utilizarían por el terapeuta para advertir qué pacientes pudieran haber estado teniendo dificultades en el aprendizaje de la técnica o detectar avances que pudieran servir como herramientas de motivación para el mismo paciente.

		permaneció como parte de la batería aplicada en las evaluaciones (“pre”, “post”, 1er seg. y 2º seg.), los sujetos tuvieron que tachar las actividades que realizaron durante la semana anterior a la aplicación de los instrumentos.	
Hasta ocho tareas por sesión.	Disminución de tareas para casa, promedio 2.	Cuando el número de tareas era alto, era percibido con ansiedad, aunque fueran labores sencillas.	
Lecturas: <ul style="list-style-type: none"> • Burns (1991), “Sentirse bien”, capítulos uno, tres, cuatro. • Skinner & Vaughan (1986), “Disfrutar la vejez”, capítulos nueve, 11 y 12. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Envejecimiento exitoso” con solo cinco hojas, de realización propia • Burns (1991), “Sentirse bien”, capítulos uno, tres, cuatro. • Una lectura cada dos sesiones y se llevan una cuando acaba la sesión seis. 	Se eliminaron los capítulos del libro “Disfrutar la vejez” de Skinner y Vaughan (1986), por considerarlos complicados para la comprensión, y fueron substituidos por un resumen de realización propia sobre envejecimiento exitoso, que define también otros términos como envejecimiento saludable, envejecimiento satisfactorio y envejecimiento activo (Banco Interamericano de Desarrollo, 2007; Brigeiro, 2005; Caracoles, 2005; Hoyl, 2003; ISSSTE, 2005; Marin, 2000; Morales, 2005; Vellas, 1996) (anexo 5).	
Tareas para casa.	Contacto obligatorio con un compañero de grupo.	Contacto no obligatorio con un compañero de grupo.	Una de las tareas (descrito en la descripción de sesiones) consistía en contactar a un compañero de grupo al menos una vez entre sesión y sesión. La realización de esta tarea fue muy inconsistente, existían pacientes que la realizaban siempre y sin ningún problema, y otras que nunca lograron entrar en ella. Al parecer existía un problema concreto con los medios de comunicación: no tenían teléfono celular (lo cual es muy frecuente en esta población); no contaban con teléfono fijo propio, vivían con sus hijos y yernos o nueras, y estos no les permitían el uso del teléfono tan libremente; cambiaban de casa hasta tres veces por semana (pasaban de la casa de un hijo, a la casa del otro, y después regresaban a la propia) y esto las hacía difícilmente localizables; y finalmente algunos no estaban acostumbrados a utilizar el teléfono o no les gustaba.
Tareas y ejercicios para casa de reestructuración cognitiva y solución de problemas.	Se realizan durante las sesiones la mayoría de los ejercicios cognitivos y de solución de problemas.	Como parte de esta reducción de tareas y como solución para la gran serie de confusiones que surgían en casa sobre las técnicas que ellos consideraban más complicadas, se decidió realizar la mayoría de los ejercicios durante las sesiones, con supervisión cercana y retroalimentación inmediata.	
Formatos del manual del participante.	Aproximadamente 15 formatos.	Aproximadamente nueve formatos, con redacción mucho más clara y sencilla.	Los formatos del manual del participante (anexo 3) son elementos de apoyo que tienen como objetivo facilitar los ejercicios, las tareas y la comprensión de las técnicas que se aprenden en las sesiones. Se tuvo que reducir el número de formatos porque resultaba difícil para los pacientes encontrar el que se requería entre tal número de hojas, además de ser necesario hacerlos más comprensibles en cuanto a la redacción y distribución.
Lecturas y formatos por sesión.	Manual del participante completo desde la primera sesión.	Manual del participante completo desde la primera sesión.	Se había planeado entregar cada sesión solo los formatos que se requirieran para esta, pero esto generó dos problemas: los participantes extraviaban u olvidaban los formatos una vez utilizados, así que no se podía recurrir a ellos en sesiones posteriores; o guardaban el material, pero sin ningún orden, lo cual resultaba confuso.

Aunque en la tabla 40 se describe los cambios realizados para obtener una versión final como aparece en la descripción de sesiones (inciso 4.3.7 y anexo 7), es importante recordar que estas sesiones pueden y deben seguir sufriendo modificaciones, porque de acuerdo a las características de cada

grupo se re-adaptan las actividades y los tiempos, por lo tanto, como se dice en el capítulo cuatro, la descripción de sesiones es una base que está en continuo cambio y adaptación, y que sirve sólo como guía para el terapeuta.

5.2.2 Efecto de la intervención de grupo.

5.2.2.1 Análisis "intra" grupos.

Grupo Control.

Cuando se obtienen los resultados de la prueba "anova" para todas las variables en el grupo control, no se encuentran diferencias significativas (tabla 41).

Tabla 21. Prueba "anova" para todas las aplicaciones ("pre", "post", 1er seg. y 2o seg.) del grupo control en todas las variables.

Variable	F	df	Significancia
Ansiedad	2.614	3	NS
Bienestar Subjetivo	.323	3	NS
Ideas Irracionales	.058	3	NS
Depresión	.298	3	NS
Registro Conductual	.330	3	NS

Grupos Experimentales.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las aplicaciones "pre-post" de los tres grupos experimentales (analizados en conjunto) en toda las variables (tabla 42).

Tabla 22. Prueba “t” para los grupos experimentales entre todas las aplicaciones (“pre”, “post”, 1er seg. y 2º seg.) y todas las variables (“t’s” significativas en negritas).

Variable	Comparación	“t”
Ansiedad	“pre” - “post”	2.141*
	“post” - 1er seg	.040
	“post” - 2º seg	-.539
	1er seg - 2º seg	-.264
Bienestar Subjetivo	“pre” - “post”	-3.914***
	“post” - 1er seg.	1.247
	“post” - 2º seg	1.802
	1er seg - 2º seg	.046
Ideas Irracionales	“pre” - “post”	3.730***
	“post” - 1er seg	-.818
	“post” - 2º seg	.507
	1er seg - 2º seg	.414
Depresión	“pre” - “post”	3.859***
	“post” - 1er seg	-1.874
	“post” - 2º seg	-1.212
	1er seg - 2º seg	.361
Registro Conductual	“pre” - “post”	-2.841**
	“post” - 1er seg	1.503
	“post” - 2º seg	.923
	1er seg - 2º seg	.000

* Significancia $p < 0.05$

** Significancia $p < 0.01$

*** Significancia $p < 0.001$

En promedio la ansiedad mejoró un 12.5%, el bienestar subjetivo 33.3%, las ideas irracionales un 15.8%, la depresión un 51.4% y el registro conductual 21.7% (tabla 43).

Tabla 23. Medias y porcentajes de mejoría entre las aplicaciones “pre-post”.

Variable	Media pre	Media post	Porcentaje de mejoría
Ansiedad	40.37	35.32	12.5
Bienestar subjetivo	13.47	17.96	33.3
Ideas irracionales	39.54	33.28	15.8
Depresión	4.79	2.33	51.4
Registro conductual	23	28	21.7

Entre el resto de las aplicaciones (“post”-1er seg., “post”-2º seg. y 1er-2º seg.) no se encontraron diferencias significativas, como se muestra en la tabla 42.

También se obtuvo una “anova” entre las aplicaciones “post”, 1er seg. y 2o seg. para todas las variables, en la cual no se obtuvieron diferencias significativas. Esta prueba, muestra al igual que la prueba “t” que no existen diferencias significativas entre las aplicaciones “post” y los seguimientos en los grupos experimentales.

A continuación se muestran las graficas de las puntuaciones medias de todas las aplicaciones (“pre”, “post”, 1er seguimiento y 2º seguimiento) por variable comparando grupo control con experimental. Las únicas diferencias estadísticamente significativas encontradas se obtienen entre la aplicación “pre” y “post” del grupo experimental, el resto de las diferencias no son significativas (figuras de la 25 a la 34).

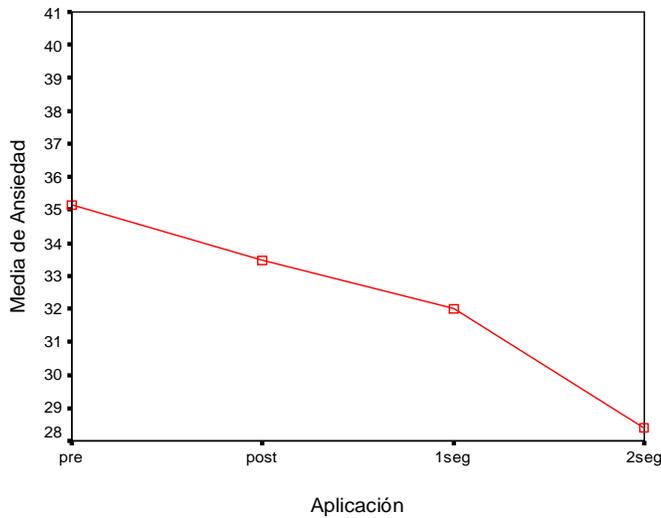


Figura 1. Medias de las aplicaciones del grupo control en ansiedad.

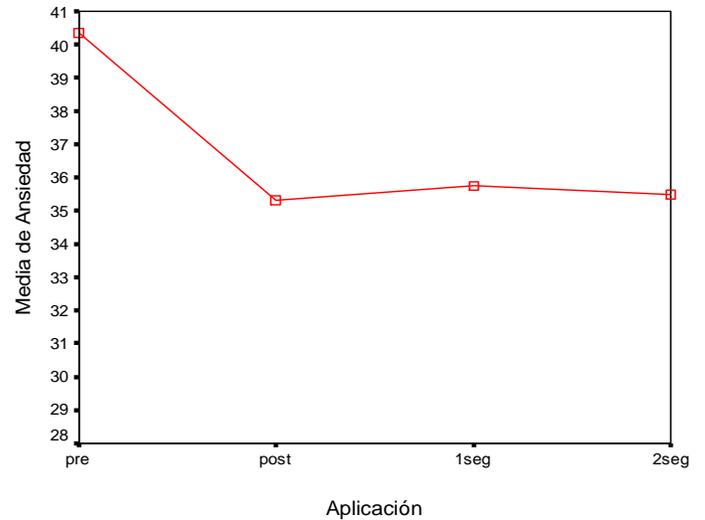


Figura 2. Medias de las aplicaciones del grupo experimental en ansiedad.

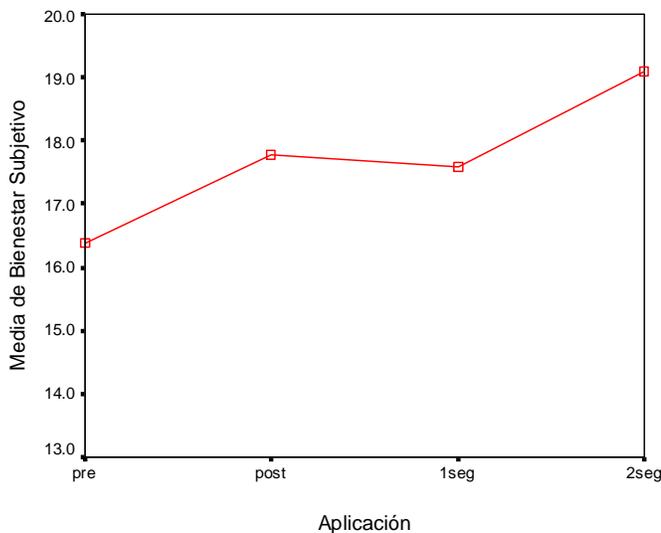


Figura 3. Medias de las aplicaciones del grupo control en bienestar subjetivo.

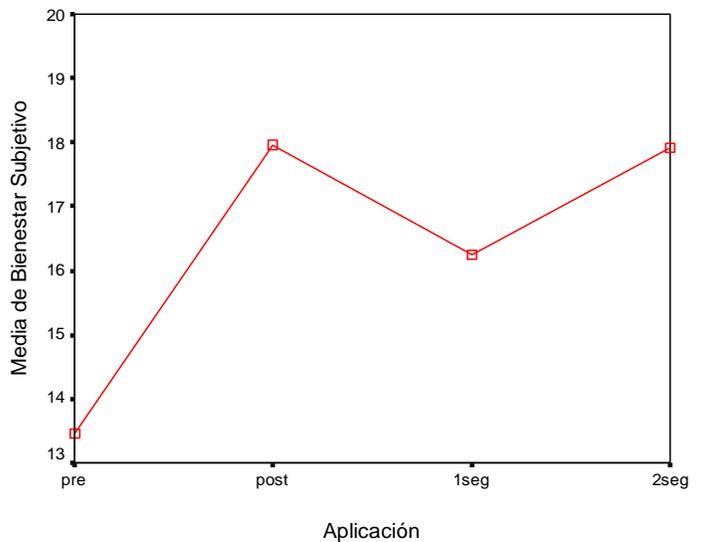


Figura 4. Medias de las aplicaciones del grupo experimental en bienestar subjetivo.

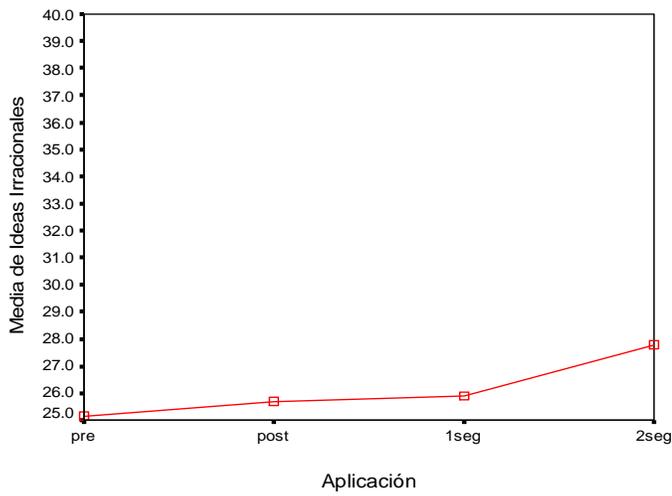


Figura 5. Medias de las aplicaciones del grupo control en ideas irracionales.

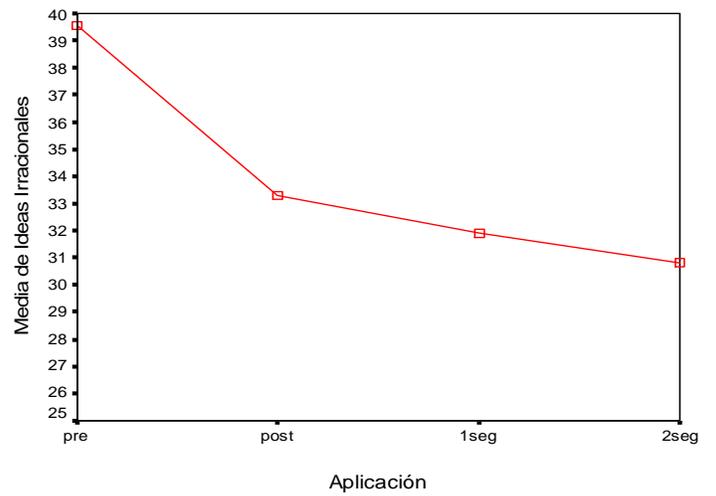


Figura 6. Medias de las aplicaciones del grupo experimental en ideas irracionales.

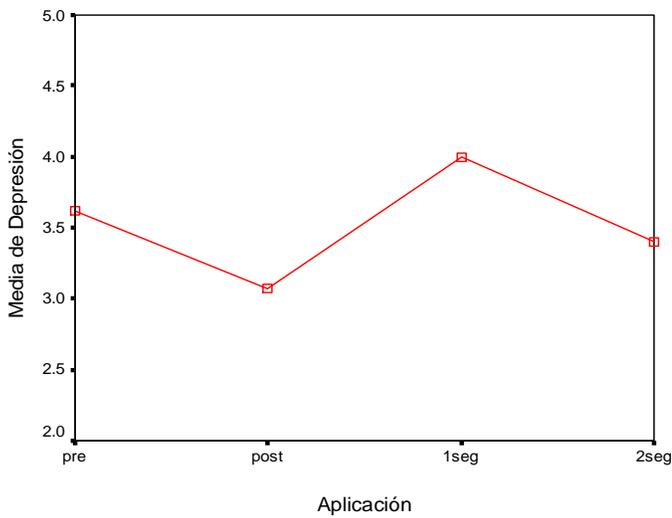


Figura 7. Medias de las aplicaciones del grupo control en depresión.

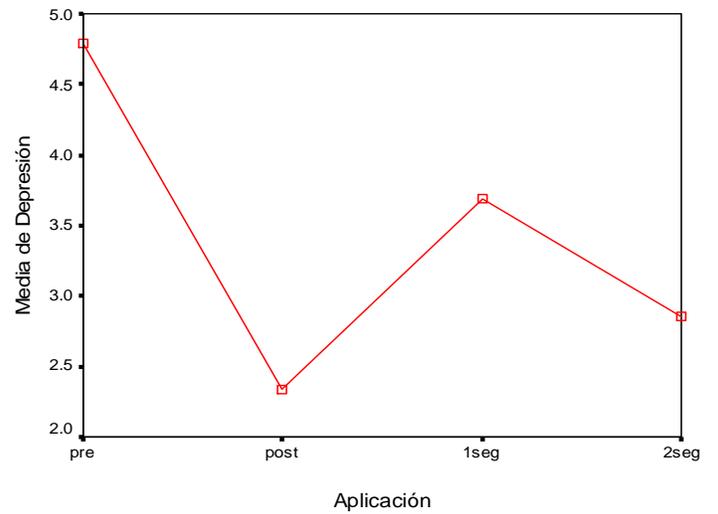


Figura 8. Medias de las aplicaciones del grupo experimental en depresión.

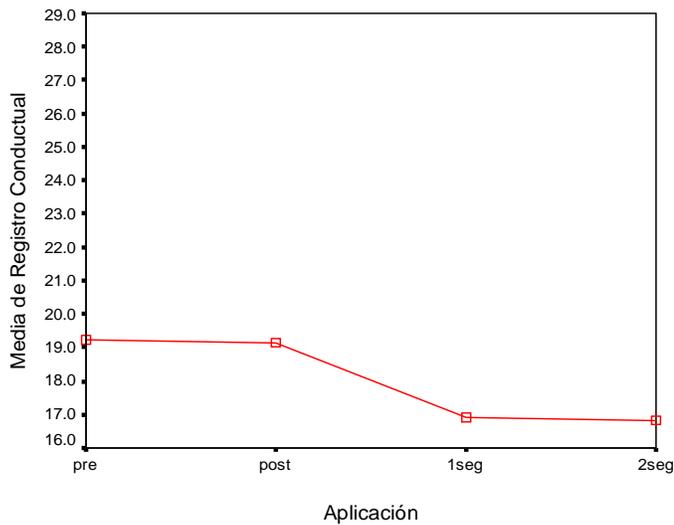


Figura 9. Medias de las aplicaciones del grupo control en registro conductual.

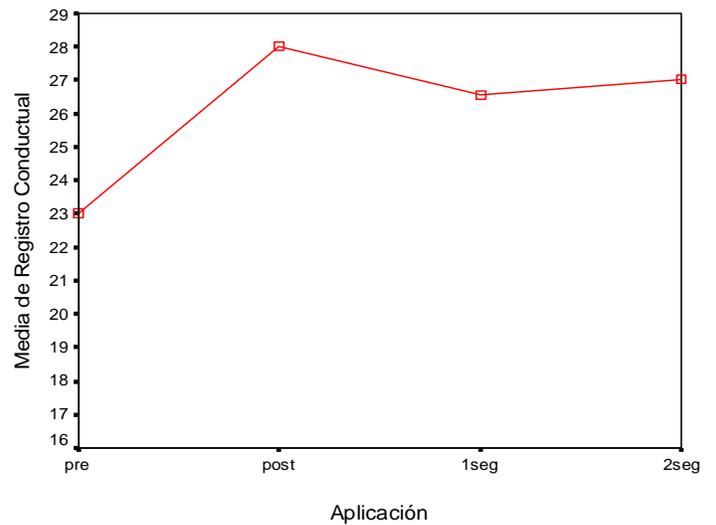


Figura 10. Medias de las aplicaciones del grupo experimental en registro conductual.

5.2.2.2 Análisis “entre” grupos.

Aplicación “pre”.

Al realizar el análisis “entre” grupos medición “pre” se obtuvo la tabla 44, en la que se muestra que no existieron diferencias significativas en ninguna variable, excepto en Ideas irracionales.

Tabla 24. Prueba “anova” en las aplicaciones “pre”, entre los grupos experimentales y el control

Variables	Aplicación	F
Ansiedad	“pre”	2.022
Bienestar subjetivo	“pre”	1.139
Ideas irracionales	“pre”	2.948*
Depresión	“pre”	1.072
Registro conductual	“pre”	.910

* Significancia $p < 0.05$

Al hacer una prueba Pos Hoc LSD, se observa que las diferencias en Ideas irracionales están en los datos que se obtienen comparando el grupo control con el grupo 1 y 2.

También se realizó una prueba “t” entre los grupos experimentales y el control en el cual se obtienen los mismos resultados que en la prueba “anova”, diferencias significativas sólo en la variables de Ideas Irracionales en la aplicación “pre” ($t = 3.032$, $p < 0.01$).

Aplicación "post".

En el caso de la tabla 45 se muestra que no hay diferencias significativas entre los grupos experimentales y el control en ninguna variable en la aplicación "post". Sin embargo cuando se realiza la prueba LSD Pos Hoc (tabla 46) se observa que existen diferencias significativas en algunas variables como: ansiedad, entre el grupo control y el grupo 2; depresión, entre el grupo control y el grupo 1; y registro conductual entre el grupo control y el grupo 2.

Tabla 25. Prueba "anova" para las aplicaciones "post", entre los grupos experimentales y el control.

Variable	Aplicación	F
Ansiedad	"post"	2.831
Bienestar subjetivo	"post"	.604
Ideas irracionales	"post"	1.100
Depresión	"post"	2.735
Registro conductual	"post"	2.411

* Significancia $p < 0.05$ **Tabla 26. Prueba LSD Pos Hoc para aplicaciones "post" entre el grupo control y los grupos experimentales.**

Variables	Comparaciones	Diferencia de medias
Ansiedad	grupo 1	2.24
	grupo 2	-7.34*
	grupo 3	1.71
Bienestar subjetivo	grupo 1	-1.56
	grupo 2	1.47
	grupo 3	-1.03
Ideas irracionales	grupo 1	-3.92
	grupo 2	-9.12
	grupo 3	-11.11
Depresión	grupo 1	1.85*
	grupo 2	-.52
	grupo 3	1.28
Registro conductual	grupo 1	-6.29
	grupo 2	-10.55*
	grupo 3	-10.05

* Significancia $p < 0.05$

Al realizar una prueba "t" entre el conjunto de los grupos experimentales y el grupo control tampoco se obtienen diferencias significativas, con excepción de la variable registro conductual, en la que sí se observan diferencias significativas en la aplicación "post" ($t = 2.555$, $p < 0.05$).

Para tratar de explicar los eventos que se presentan en el análisis "entre" grupos (diferencias significativas en las ideas irracionales de las aplicaciones "pre", cuando teóricamente no tendrían que

presentarse; y ninguna diferencia significativa en las variables de la aplicación “post” con la prueba “anova”), se presentan a continuación en la tabla 47 y 48, la estadística descriptiva de las variables en los diferentes grupos y aplicaciones.

Tabla 27. Estadística descriptiva para las variables del grupo control, aplicaciones “pre-post”.

	Aplicación	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Ansiedad	“pre”	13	23	46	35.14	7.915
	“post”	13	24	46	33.46	5.840
Bienestar subjetivo	“pre”	13	6	25	16.38	6.500
	“post”	13	6	24	17.77	5.495
Ideas irracionales	“pre”	13	6	53	25.15	14.787
	“post”	13	5	52	25.69	14.795
Depresión	“pre”	13	1	8	3.62	2.599
	“post”	13	0	7	3.08	2.465
Registro conductual	“pre”	13	7	38	19.23	7.715
	“post”	13	6	36	19.15	9.999

Tabla 28. Estadística descriptiva para las variables del grupo experimental, aplicaciones “pre-post”.

Variables	Aplicación	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Ansiedad	“pre”	24	21	68	40.37	11.552
	“post”	24	21	61	35.32	9.826
Bienestar subjetivo	“pre”	24	1	25	13.47	7.493
	“post”	24	9	25	17.96	4.965
Ideas irracionales	“pre”	24	11	58	39.54	13.206
	“post”	24	5	60	33.28	13.980
Depresión	“pre”	24	0	11	4.79	3.021
	“post”	24	0	8	2.33	1.971
Registro conductual	“pre”	24	16	34	23.00	5.794
	“post”	24	19	65	28.00	10.082

Para ver más claramente las diferencias entre las medias de ambos grupos, se aislaron en la tabla 49 (también se pueden observar en las figuras 25-34 por variable que se encuentran en el apartado de análisis “intra”). Aquí se puede observar que en primer lugar el grupo control tiene mejores medias “pre” en todas las variables, con excepción del registro conductual.

Tabla 29. Medias grupo control y grupo experimental para todas las variables dependientes, aplicaciones “pre-post”.

Variables	Aplicación	Medias Grupo control	Dif. “pre-post” ²	Medias Grupo exp.	Dif. “pre-post” ³	Diferencias Control-exp. ⁴
Ansiedad	“pre”	35.14	1.68	40.37	5.05*	-5.23
	“post”	33.46		35.32		-1.86
Bienestar subjetivo	“pre”	16.38	-1.39	13.47	-4.49***	2.91
	“post”	17.77		17.96		-0.19
Ideas irracionales	“pre”	25.15	-0.54	39.54	6.26***	-14.39*
	“post”	25.69		33.28		-7.59
Depresión	“pre”	3.62	0.54	4.79	2.46***	-1.17
	“post”	3.08		2.33		0.75
Registro conductual	“pre”	19.23	0.08	23.00	-5.0**	-3.77
	“post”	19.15		28.00		-8.85

* Significancia $p < 0.05$ ** Significancia $p < 0.01$ *** Significancia $p < 0.001$

Estas diferencias entre ambos grupos en los puntajes iniciales se logran explicar por dos motivos: el primero un problema de muestreo y el segundo la falta de asignación al azar, lo que hace difícil comparar ambos grupos.

Incluso al intentar igualar las medias de ambos grupos en todas las variables, ya sea sacando del análisis a los sujetos con mejor estado emocional del grupo control o los de peores puntajes del grupo experimental o ambos, no se consigue encontrar diferencias significativas en la aplicación post de ambos grupos.

Lo mismo sucede al dejar en la muestra sólo los sujetos sin deterioro cognitivo y alfabetas, no se logra obtener diferencias significativas en el análisis entre grupo control y experimental de la aplicación post. Excepto en registro conductual, en el que también se obtienen, como se menciona con anterioridad, diferencias significativas por medio de la prueba “t” entre el conjunto de los grupos experimentales y el grupo control (pag. 142).

² Para las “F” véase tabla 41.³ Para las “t” véase tabla 42.⁴ Para las “F” de las aplicaciones “pre” véase tabla 44 y para las “F” de aplicaciones “post” véase tabla 45.

5.2.2.3 Análisis por variable.

Para describir los resultados del efecto de la intervención, se presentan las gráficas “pre-post” en el grupo experimental y el grupo control en todas las variables. La presentación de todos los resultados se hará en el orden en el que fueron aplicados los instrumentos⁵.

Es importante recordar que las diferencias que se observan en las gráficas del grupo control no son significativas, mientras que las del grupo experimental si los son.

En las figuras 35 y 36 se muestran los cambios “pre-post” en la ansiedad mostrando las sumatorias de cada sujeto en los grupos experimentales y control. Los sujetos del grupo experimental que más beneficios obtuvieron en esta variable fueron el 3, 8 y 1, logrando disminuir su ansiedad 33, 26 y 20 puntos respectivamente, pasando de ansiedad severa a leve, de ansiedad moderada a mínima y de ansiedad moderada a leve respectivamente. El 91.7% de los sujetos presentaron ansiedad leve a severa, estando en este último rubro el 20.8%. En el grupo control también se observan los mejores cambios en los sujetos con más altos niveles de ansiedad sólo que estos resultaron no significativos.

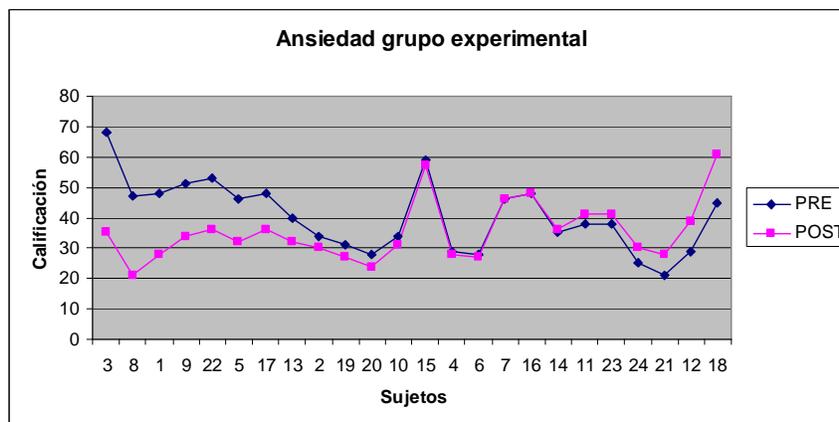


Figura 11. Calificaciones de los pacientes del grupo experimental en ansiedad, aplicaciones “pre-post”.

⁵ En las figuras 41-50 se unen las calificaciones por medio de líneas sólo para mejorar la apariencia, ya que se trata de una sola variable por gráfica, pero cada punto del mismo color representa a un sujeto diferente.

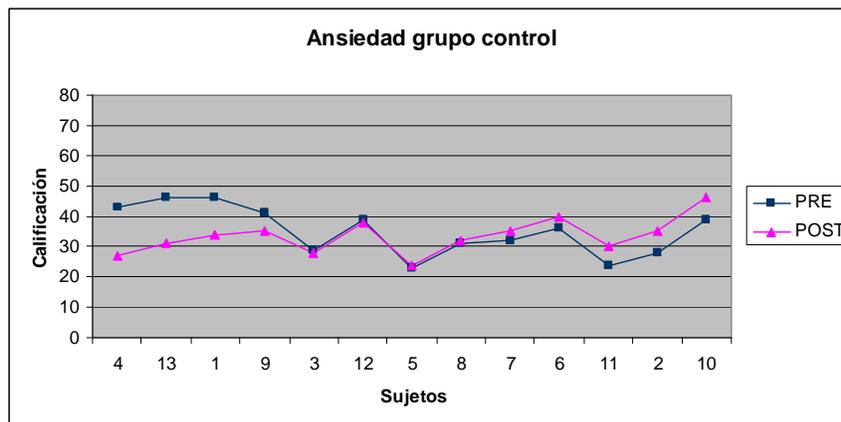


Figura 12. Calificaciones de los pacientes del grupo control en ansiedad, aplicaciones “pre-post”.

En las figuras 37 y 38 se evidencian las diferencias significativas entre “pre” y “post” que se obtienen en el grupo experimental para la variable de bienestar subjetivo, y la ausencia de éstas en el grupo control. Se observa que los sujetos del grupo experimental con mayor mejoría fueron el 3: mejorando 15 puntos su bienestar subjetivo, pasando de bienestar subjetivo pobre a bueno; el sujeto 5: mejoró también 15 puntos pasando de bienestar pobre a regular; y el sujeto 17: que mejoró 14 puntos, pasando de bienestar subjetivo pobre a regular también.

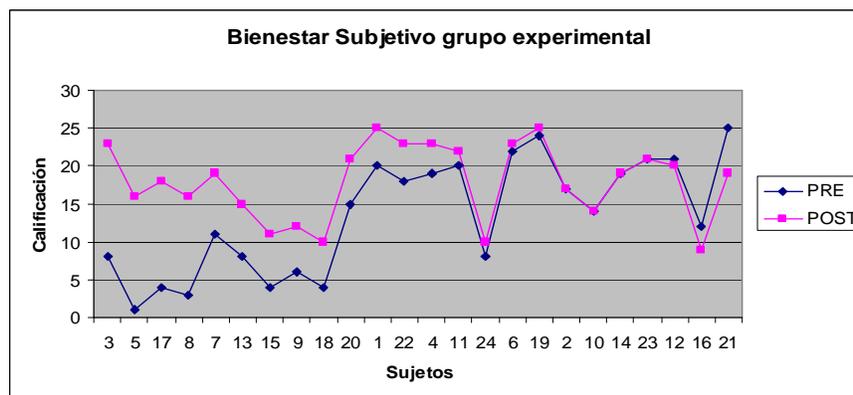


Figura 13. Calificaciones de los pacientes del grupo experimental en bienestar subjetivo, aplicaciones “pre-post”.

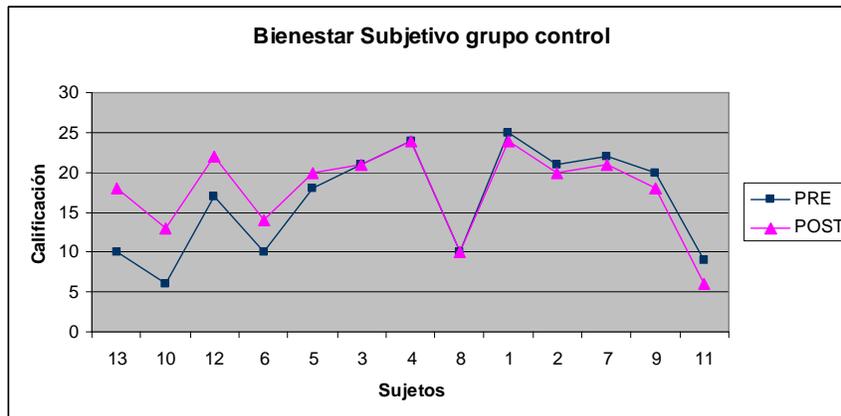


Figura 14. Calificaciones de los pacientes del grupo control en bienestar subjetivo, aplicaciones “pre-post”.

En las figuras 39 y 40 se observa en general una mejoría en el caso del grupo experimental que es demostrada con las diferencias significativas obtenidas con la prueba “t” en el análisis estadístico. La mejoría mas grande fue presentada por los sujetos 5, 9 y 22, con disminución de puntaje total de ideas irracionales de 20, 17 y 16, pasando de irracionalidad muy alta a media, el primer caso; y de alta a media los dos últimos.

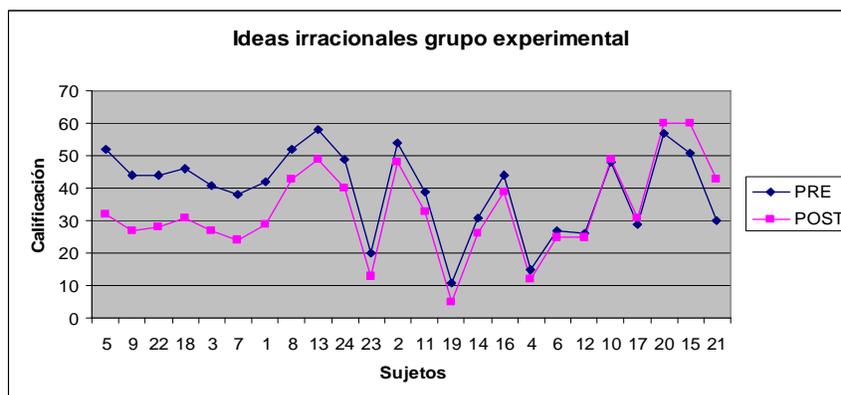


Figura 15. Calificaciones de los pacientes del grupo experimental en ideas irracional, aplicaciones “pre-post”.



Figura 16. Calificaciones de los pacientes del grupo control en ideas irracional, aplicaciones “pre-post”.

Cuando se observan las sumatorias de los pacientes se puede ver que en ambos grupos existe una mejoría en la depresión, sin embargo sólo las del grupo experimental son significativas (figuras 41 y 42). El sujeto que más se vio favorecido fue el 9 con diferencia en sus calificaciones “pre-post” de nueve pasando de depresión establecida a la remisión. Todos los sujetos que tenían algún tipo de depresión remitieron, excepto un caso que quedó con igual puntuación.

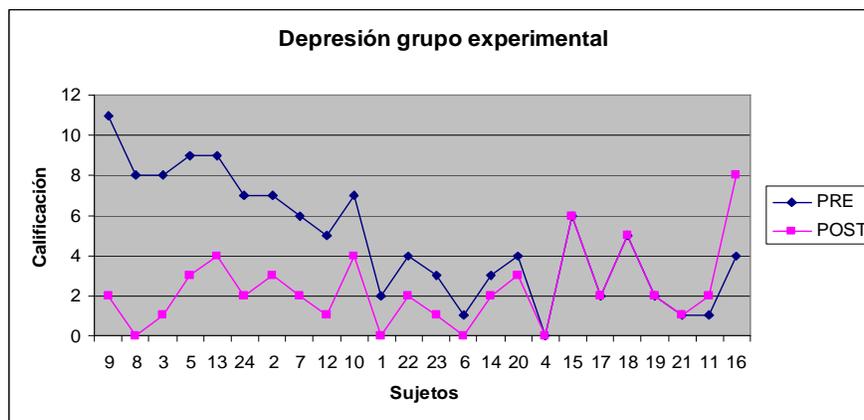


Figura 17. Calificaciones de los pacientes del grupo experimental en depresión, aplicaciones “pre-post”.

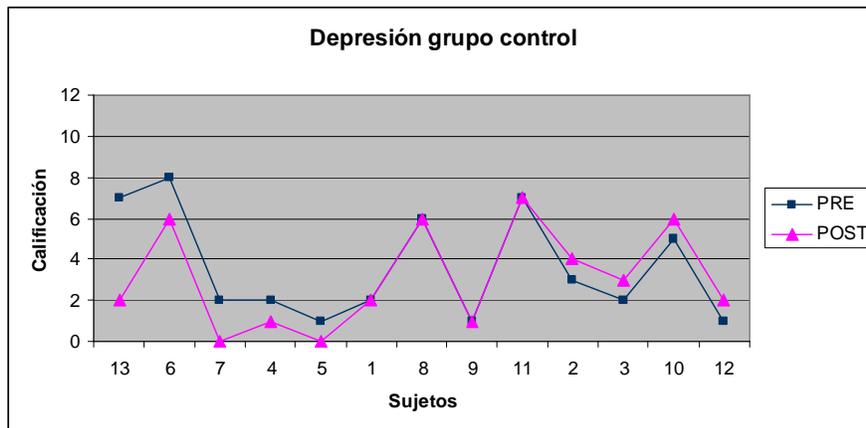


Figura 18. Calificaciones de los pacientes del grupo control en depresión, aplicaciones “pre-post”.

En la figura 43 perteneciente al grupo experimental se encontraron diferencias significativas entre la aplicación “pre” y “post” del registro conductual, mientras que en la figura 44 se muestra ausencia de diferencias significativas para el grupo control. Los sujetos con mayor aumento fueron 12, 21 y 2, con diferencias de 32, 20 y 14 puntos respectivamente entre el “pre” y el “post”.

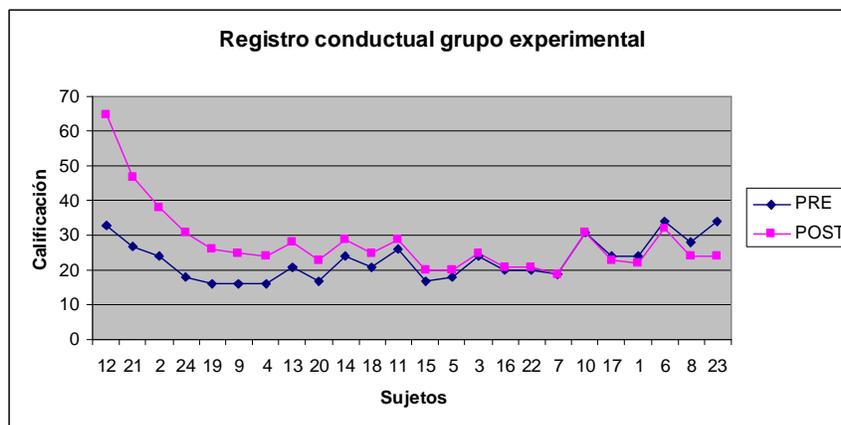


Figura 19. Calificaciones de los pacientes del grupo experimental en el registro conductual, aplicaciones “pre-post”.

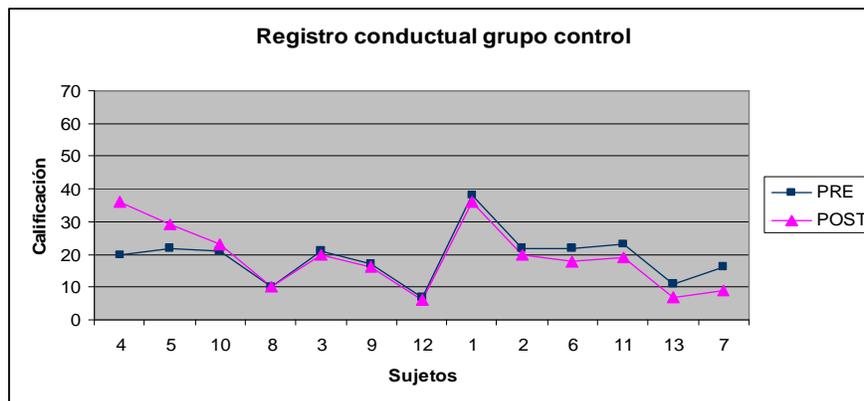


Figura 20. Calificaciones de los pacientes del grupo control en el registro conductual, aplicaciones “pre-post”.

No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre la mejoría de los pacientes (que se obtuvo sumando de la diferencia entre los puntajes de las aplicaciones “pre-post” de todas las variables por sujeto) y las variables edad, escolaridad, ni deterioro cognitivo.

5.2.2.4 *Análisis por sujeto.*

Cuando se observan las características de los pacientes que más beneficios obtuvieron y los que menos se beneficiaron del tratamiento en cada variable, no se encuentran características similares entre ellos, la edad, el nivel intelectual, la escolaridad y el estado civil son variados, por lo que no es posible determinar que tipo de pacientes se benefician más del tratamiento y cuáles menos. Sólo cabe destacar que en ideas irracionales las dos pacientes que más se ven favorecidas del tratamiento presentan datos de deterioro cognitivo leve. Y tres de las cuatro pacientes con deterioro cognitivo están en el grupo de las que más avances tuvieron en todas las variables.

En general se observan mayores mejorías en los pacientes que en la aplicación “pre” se encontraban en peores condiciones.

Grupo experimental.

En los pacientes del grupo experimental cambiaron en el sentido o tendencia esperada: 15 en la variable ansiedad, 17 en bienestar subjetivo, 19 en ideas irracionales, 16 en depresión, y 17 en la variable registro conductual.

Todos los pacientes mejoraron al menos en una variable: cambiaron cinco pacientes en cinco variables; ocho pacientes en cuatro variables; seis pacientes en tres variables; cuatro pacientes en dos variables; y un paciente en una variable.

Sólo se presentarán las gráficas de los siete primeros pacientes con más mejorías.

A continuación en las figuras 45-51 se muestran graficados los pacientes del grupo experimental que en general tuvieron más beneficios en todas las variables, la mayoría de ellos mantienen los cambios a través de los seguimientos, excepto las pacientes 5 y 9 en las que se observa un cambio abrupto para el primer seguimiento. Se desconocen los acontecimientos vitales en sus vidas en ese periodo por lo que no es posible sacar conjeturas, ni interpretar este deterioro súbito.

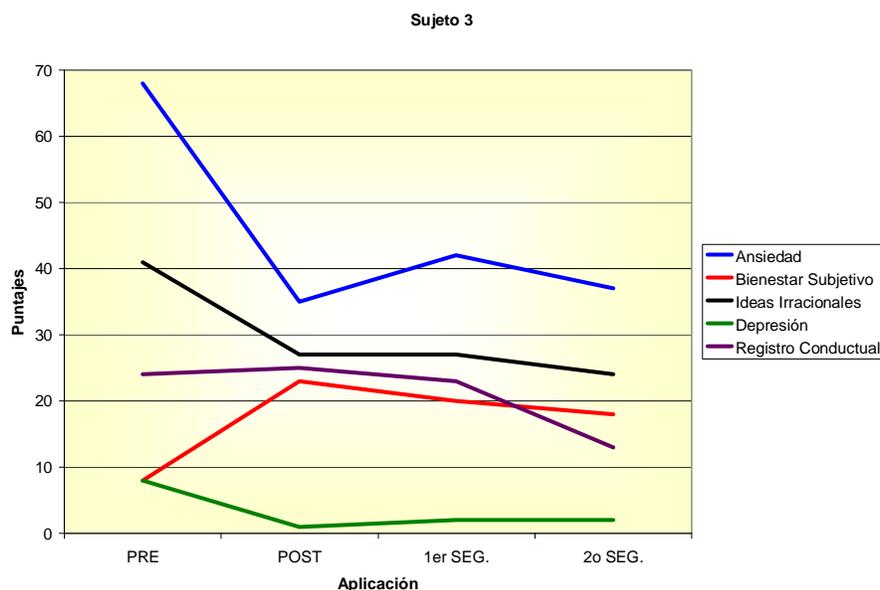


Figura 21. Puntajes del paciente número 3 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

En el paciente número 3 podemos observar mejorías en todas las variables y mantenimiento de todas a lo largo de los seguimientos, con excepción del registro conductual.

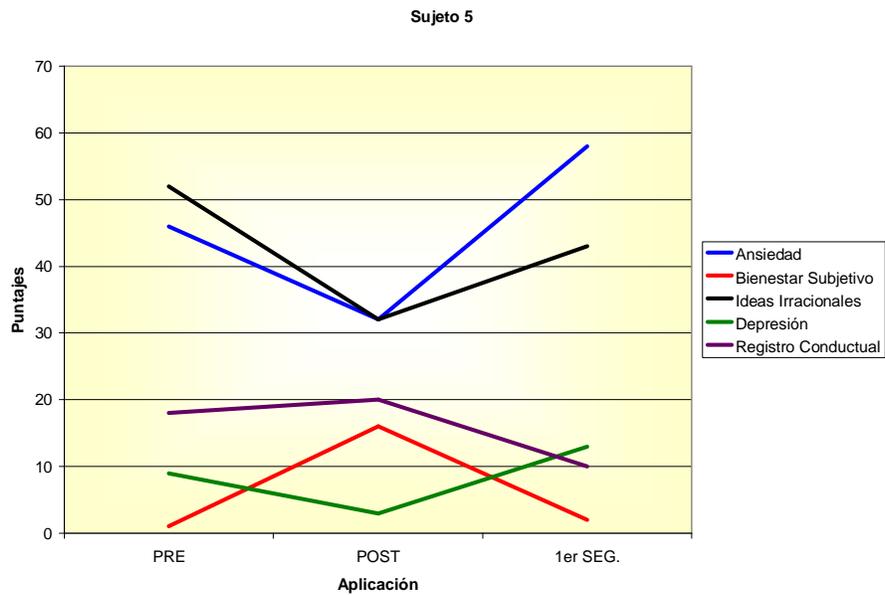


Figura 22. Puntajes del paciente número 5 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

En el sujeto 5, aunque se puede observar un avance considerable en todas las variables para la aplicación post, parece que algo desencadenara un deterioro abrupto para el primer seguimiento.

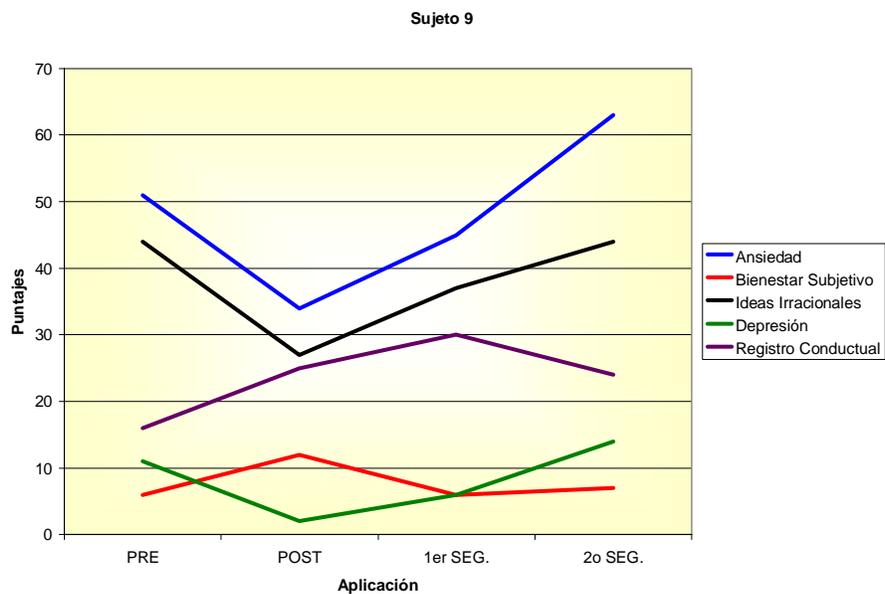


Figura 23. Puntajes del paciente número 9 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

Con el paciente 9 parece suceder algo parecido con el 5, existen beneficios en todas las variables para el post y una gran desmejora en los seguimientos.

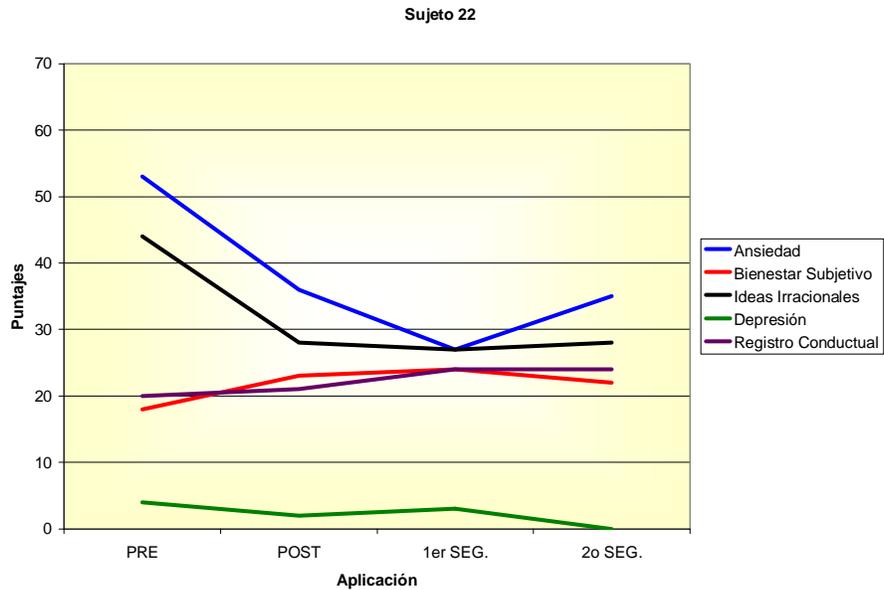


Figura 24. Puntajes del paciente número 22 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

En el paciente 22 se grafican cambios positivos en todas las variables, aunque en registro conductual sea casi imperceptible la mejora para el post y mantenimiento de los cambios en el tiempo.

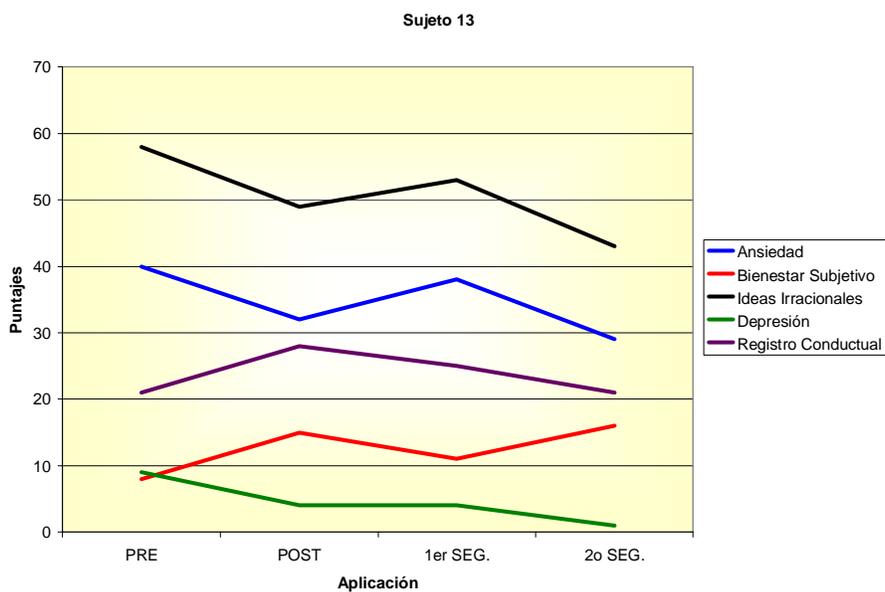


Figura 25. Puntajes del paciente número 13 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

El paciente 13 muestra avances significativos para todas las variables y mantenimiento de ellos con excepción de registro conductual.

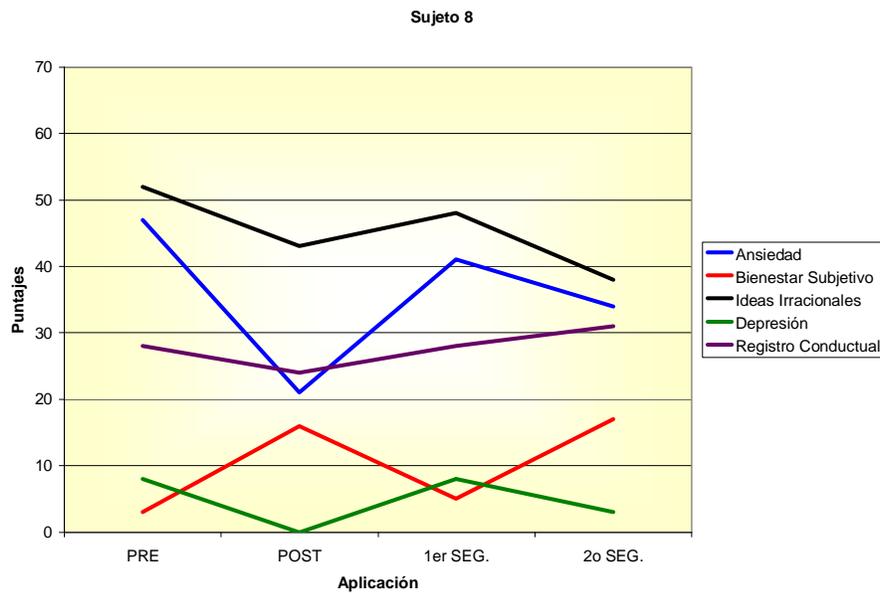


Figura 26. Puntajes del paciente número 8 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

Todas las variables en el paciente 8 cambian en el sentido esperado y se mantienen, excepto el registro conductual que presenta una leve baja, para luego en los seguimientos recuperarse y presentar cambios positivos.

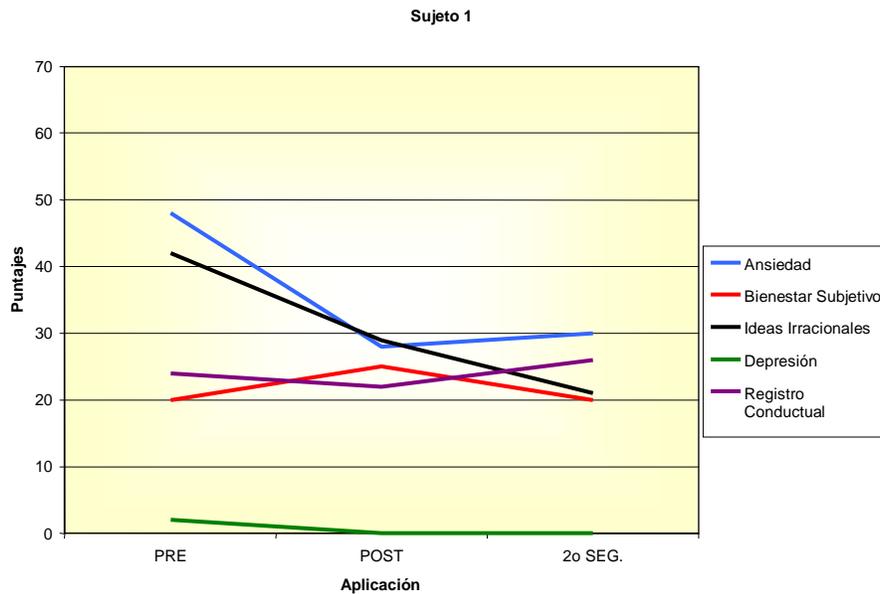


Figura 27. Puntajes del paciente número 1 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

Por último, al igual que el sujeto anterior, el paciente 1 presenta mejorías en todas las variables y mantenimiento casi en todas, pero el registro conductual muestra una pequeña desmejora en el post, para en el segundo seguimiento recuperarse y mejorar.

Al tratar de encontrar similitudes entre los pacientes con más mejorías en el grupo experimental se analizaron los avances según desempeño cognitivo y no se observó ningún patrón definido para ninguna de las variables, o sea que este no es un factor que este influyendo en la mejoría de las personas al pasar por el grupo, lo mismo sucedió con escolaridad, edo.civil y edad.

Algunos pacientes del grupo experimental cambiaron en sentido inverso a lo esperado en algunas variables, a continuación se mostrarán las gráficas de los seis pacientes que encabezan esta lista (figuras de la 52 a la 57).

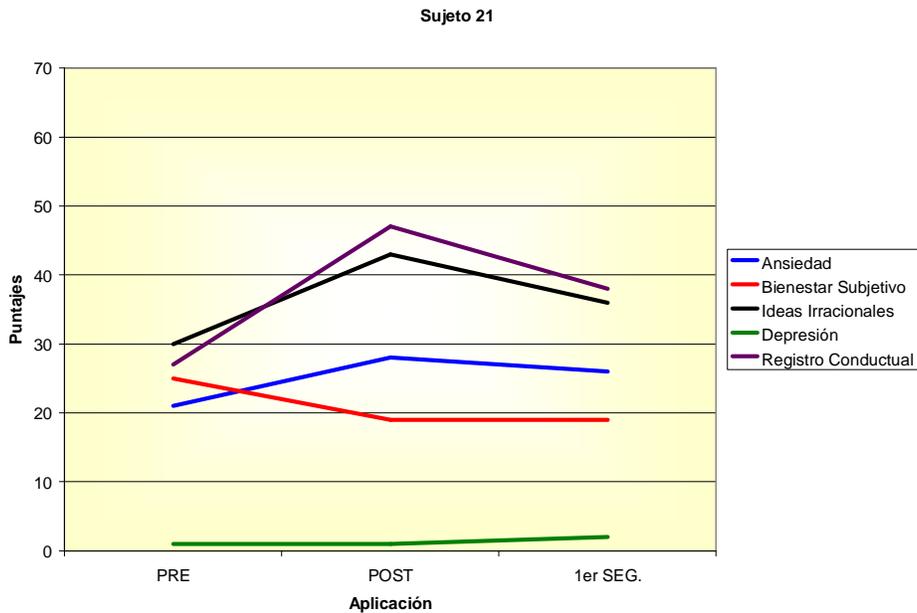


Figura 28. Puntajes del paciente número 21 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

El paciente 21 empeoró para la aplicación post en las variables ideas irracionales, ansiedad y bienestar subjetivo. Esta paciente tiene 84 años, escolaridad de secundaria y un desempeño cognitivo normal. No se cuentan con datos sobre si aconteció algo en su vida que pudo haber provocado esta desmejora.

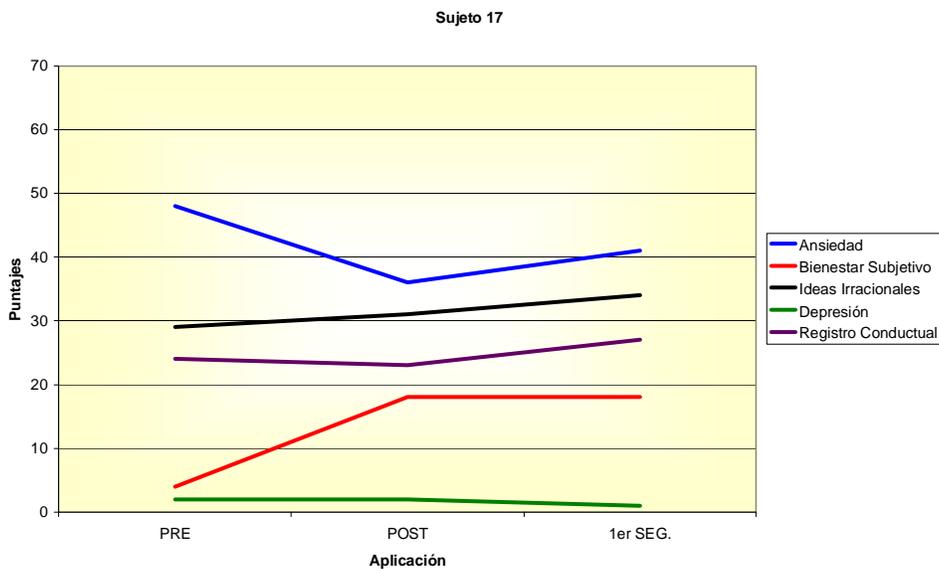


Figura 29. Puntajes del paciente número 17 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

El paciente 17 tiene cambios en sentido contrario a lo esperado menos evidentes, de hecho sólo en ideas irracionales se puede ver un cambio muy pequeño de 29 a 31 y en registro de 24 a 23. En el resto de las variables presenta mejorías.

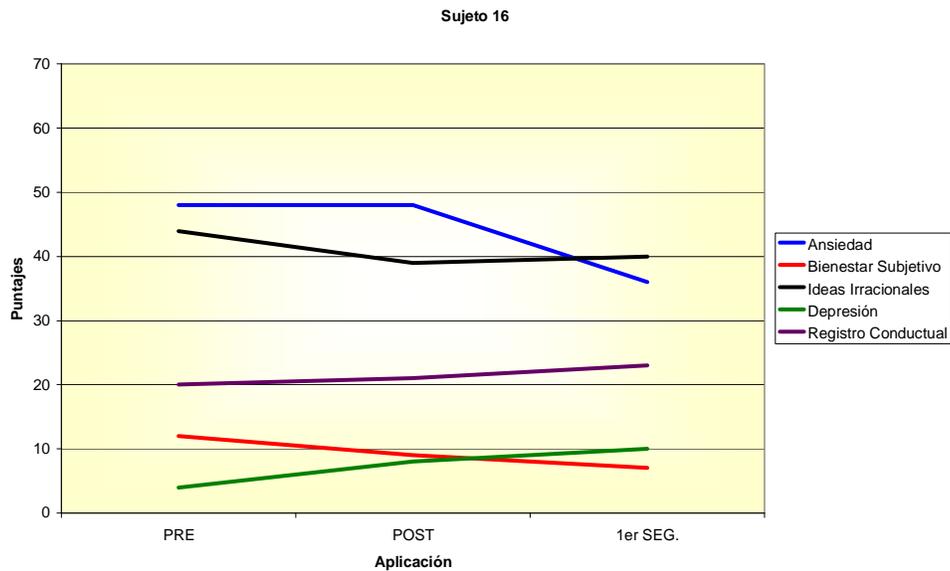


Figura 30. Puntajes del paciente número 16 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

En el sujeto 16 sólo se pueden detectar como cambios no esperados lo que sucede con las últimas dos líneas graficadas que corresponden a depresión y bienestar subjetivo. Aunque el cambio en bienestar no es tan grande (por el número total de reactivos del instrumento), el cambio en depresión sí es más importante a considerar. La paciente tiene 63 años de edad, casada, con escolaridad de primaria, desempeño cognitivo normal y refiere como principales problemas los de salud y los familiares.

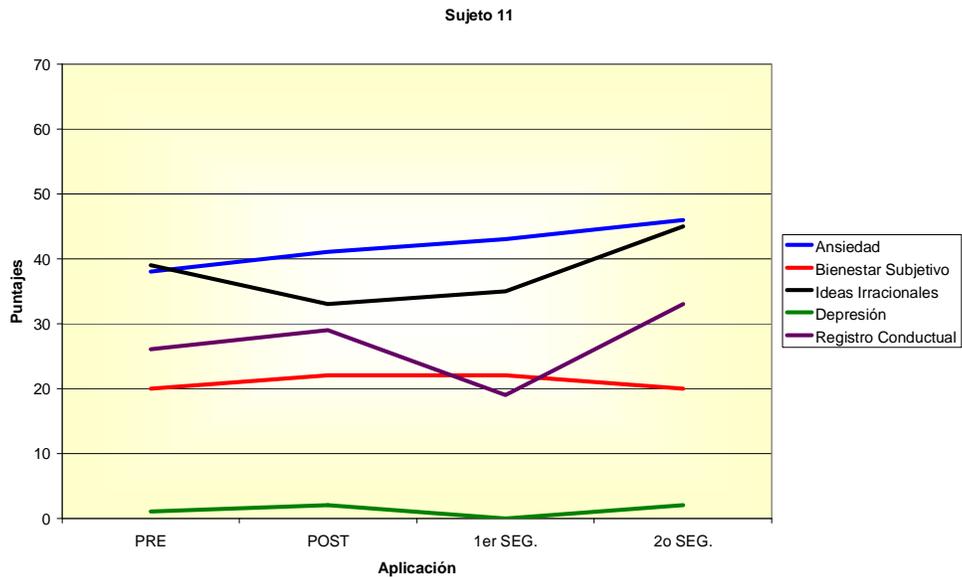


Figura 31. Puntajes del paciente número 11 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

El sujeto 11 presenta cambios no esperados en la variable ansiedad (con tendencia a seguir subiendo en los seguimientos), y muy pequeños en depresión. En las demás variables existen pequeñas mejoras para el post, pero que se recuperan en los seguimientos. En esta paciente al igual que los dos casos anteriores no se observa ningún dato que llame la atención en sus datos socioeconómicos.

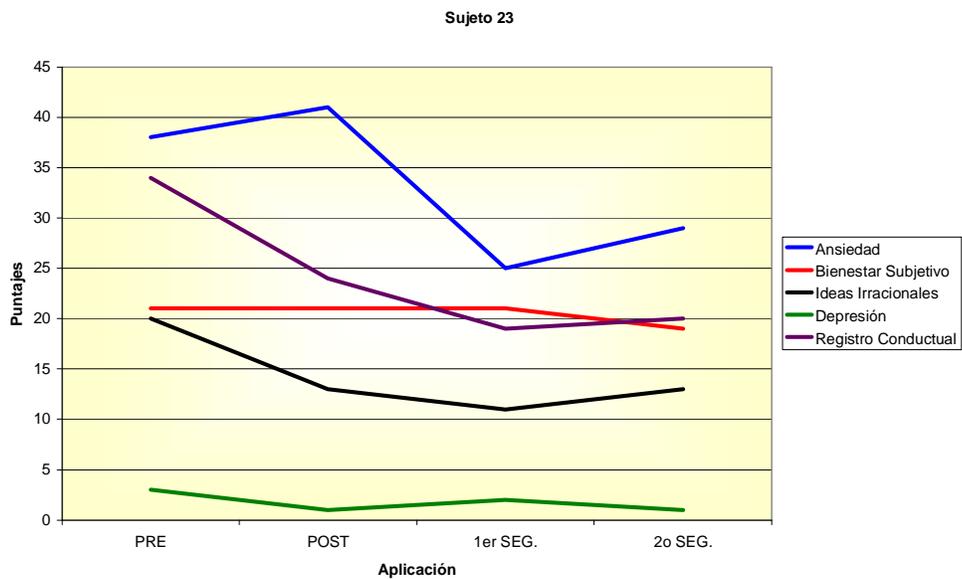


Figura 32. Puntajes del paciente número 23 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

Si en el paciente 23 sólo observamos los cambios entre el pre y el post se observa un deterioro en ansiedad y registro, pero cuando se sigue en las otras dos aplicaciones sólo el registro conductual es el que queda muy por debajo de la línea base.

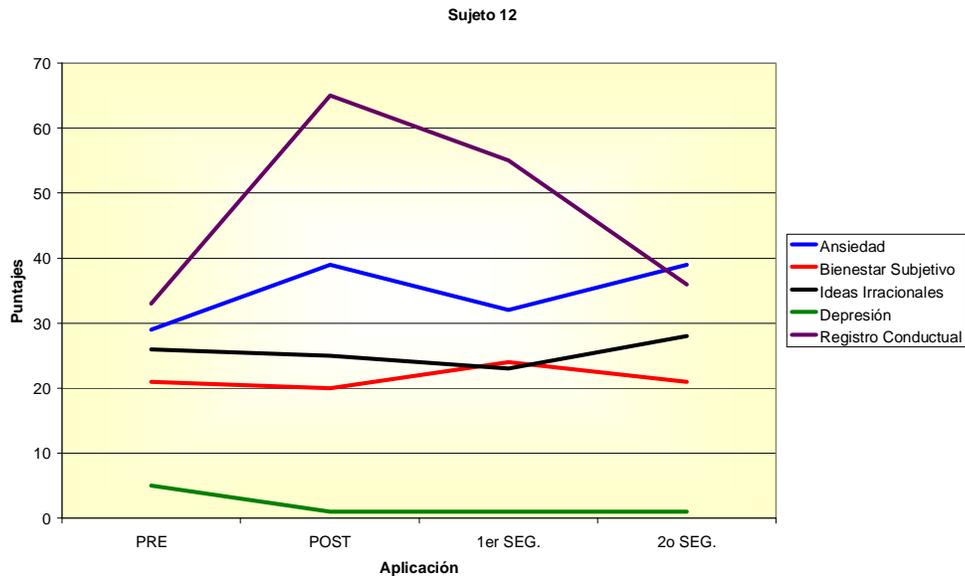


Figura 33. Puntajes del paciente número 12 del grupo experimental en todas las variables y todas las aplicaciones.

Por último, el sujeto 12 presenta un aumento muy grande en sus actividades de la vida diaria durante la asistencia a grupo, pero estas se recuperan pasados tres meses. En general, la paciente pudo mejorar poco en algunas variables, pero luego regresó casi en todas a su estado inicial. Por los puntajes podemos observar que la paciente fue de las menos beneficiadas en su estancia en el grupo, lo que llama la atención es que es la única asistente del grupo experimental con nivel de escolaridad de profesional.

Grupo control.

Al enfocar la atención sobre el grupo control, como se puede observar en las figuras del apartado 5.2.2.3, en el grupo control existen mejorías espontáneas (no significativas) en algunos pacientes en algunas variables.

En la variable ansiedad 6 pacientes tuvieron mejorías espontáneas, en bienestar subjetivo 5 pacientes, en ideas irracionales 6, en depresión 5 y en la variable de registro conductual 3

A continuación en las figuras 52-56 se ilustrarán a los pacientes que presentan avances en dos o más variables, comenzando por los pacientes 4 y 13 que mejoraron en 4 variables, 6 y 5 que mejoraron en 3 y por último el paciente 10 que mejoró sólo en 2 variables.

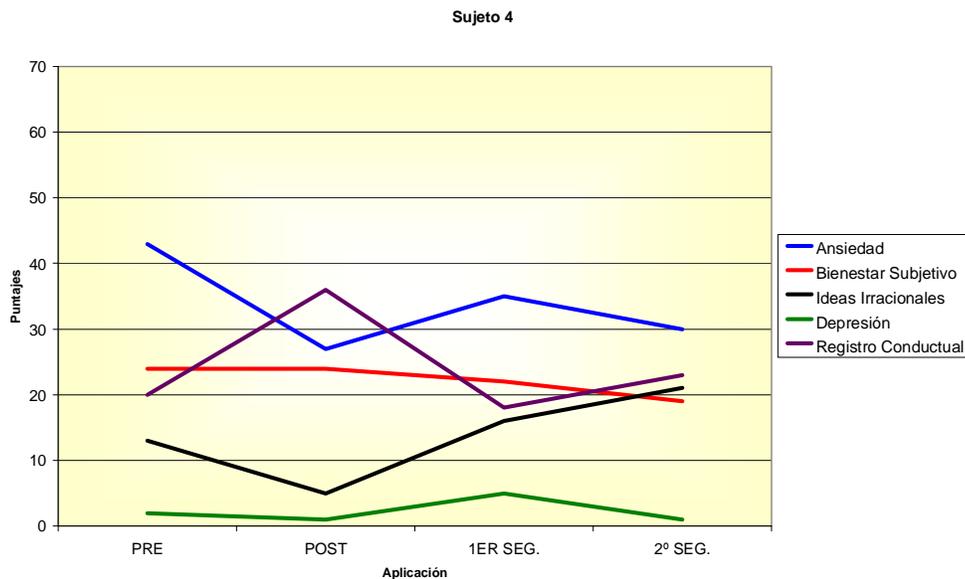


Figura 34. Puntajes del paciente número 4 del grupo control en todas las variables y todas las aplicaciones.

Sólo los cambios en la ansiedad del paciente 4 se mantienen a lo largo de los seguimientos, el resto de las variables regresan a la línea base o incluso empeoran en las demás aplicaciones.

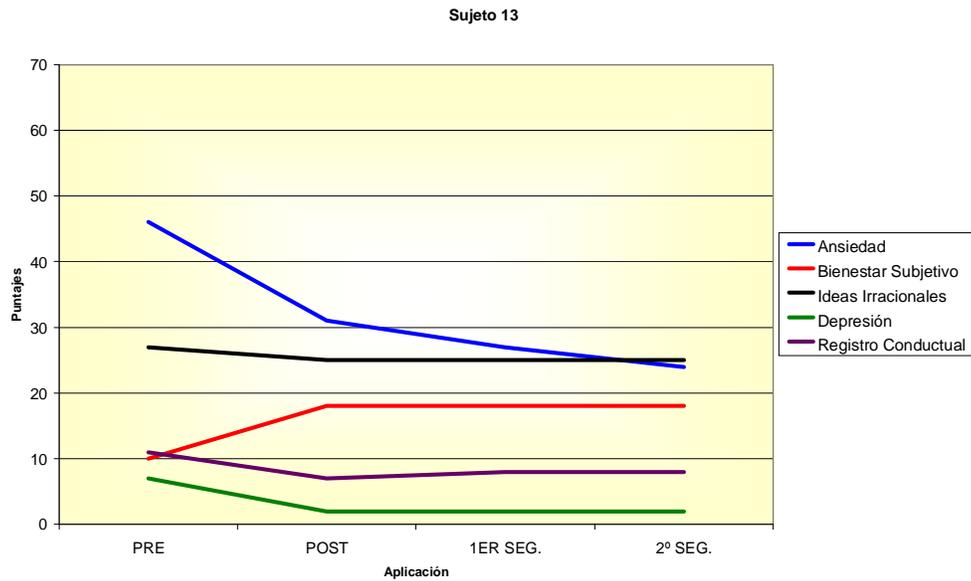


Figura 35. Puntajes del paciente número 13 del grupo control en todas las variables y todas las aplicaciones.

Aunque las mejorías del paciente 13 entre el pre y el post no son muy grandes (excepto en ansiedad) sí logra mantenerlas a través de las otras dos aplicaciones.

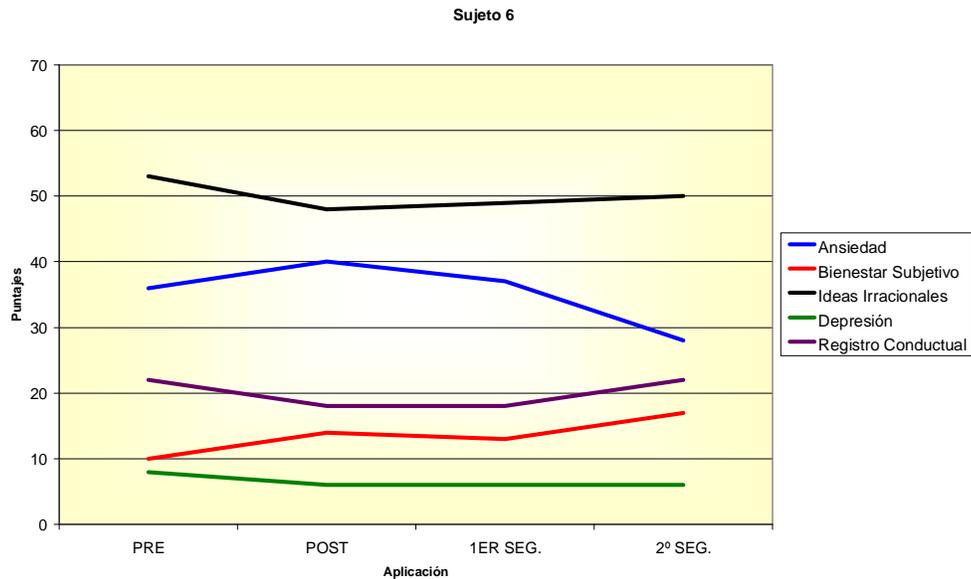


Figura 36. Puntajes del paciente número 6 del grupo control en todas las variables y todas las aplicaciones.

Los avances del paciente 6 son muy pequeños, sólo se realizan en tres variables, pero logran mantener cierta estabilidad después de 1 y tres meses.

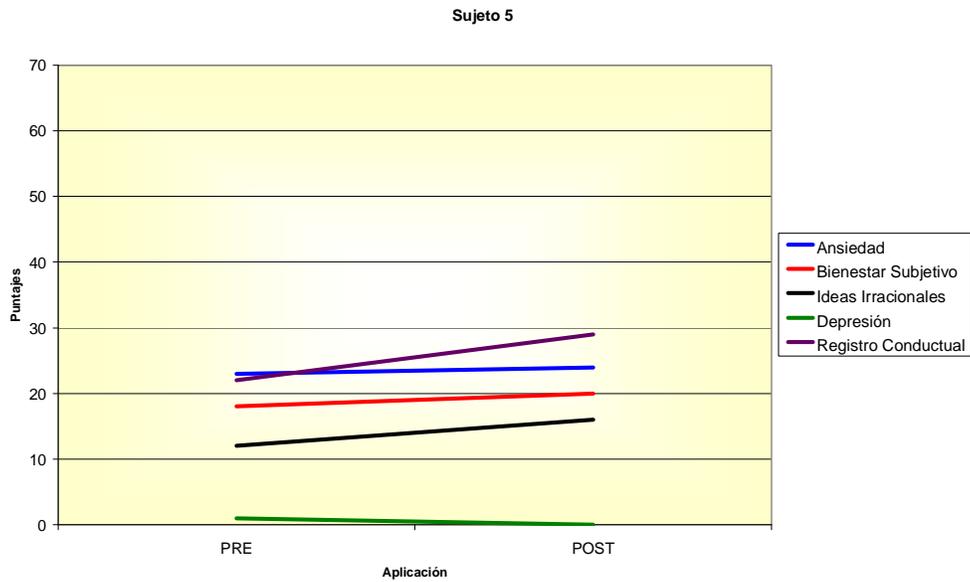


Figura 37. Puntajes del paciente número 5 del grupo control en todas las variables y todas las aplicaciones.

No se cuenta con las aplicaciones de seguimiento del paciente 5, sólo se puede observar que existen mejorías muy pequeñas en tres variables y deterioro muy pequeño también en otras dos.

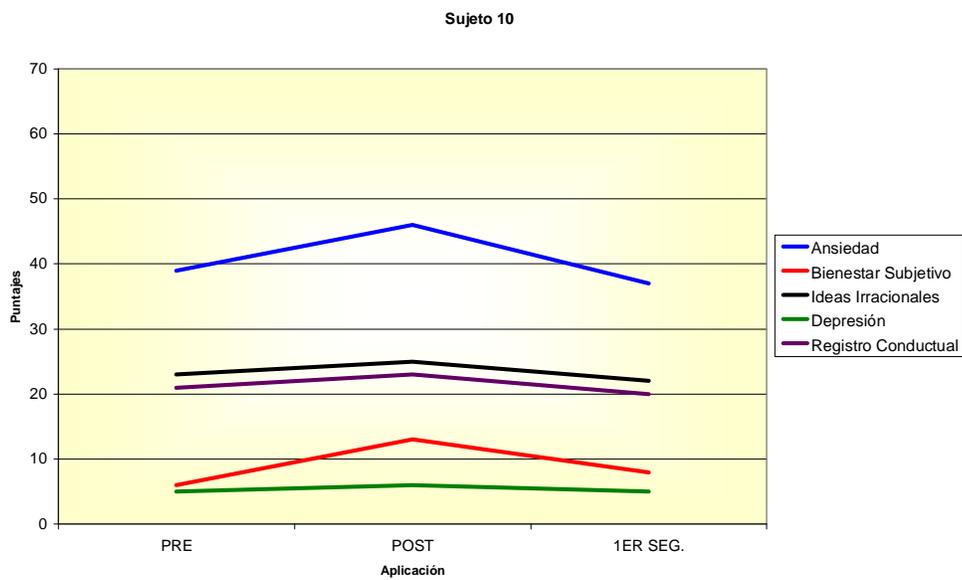


Figura 38. Puntajes del paciente número 10 del grupo control en todas las variables y todas las aplicaciones.

Sólo se observa un pequeño avance del paciente 10 en las variables registro y bienestar subjetivo y estas regresan a la línea base después de un mes de seguimiento.

A pesar de que los cambios en el grupo control no fueron significativos, a diferencia de los encontrados en el grupo experimental, se trató de encontrar las razones de estos avances espontáneos por medio del análisis de la influencia de las variables moderadoras. De los resultados encontrados sólo llama la atención que uno de los cinco pacientes del grupo control arriba graficados tienen nivel de escolaridad de bachillerato o profesional y tres de ellos de secundaria, y cuatro de cinco cuentan con niveles de desempeño cognitivo alto.

A pesar de ello, al analizar los puntajes del grupo control según desempeño cognitivo, escolaridad y edad no se puede observar influencia alguna en las variables de ansiedad, bienestar subjetivo, ideas irracionales, depresión, ni registro conductual.

Por lo tanto, en el grupo control sucede lo mismo que con el grupo experimental, no se cuenta con información individual suficiente sobre los pacientes (notas clínicas, información sobre eventos vitales y familiares) para poder determinar cuáles fueron las causas de las mejorías ni de los retornos a línea base en los sujetos del grupo control.

6. DISCUSIÓN.

Dentro de la psicoterapia cognitivo conductual es de gran importancia el cambio de pensamiento irracional, y para poder medir los cambios en este sentido es que se desarrolló el Cuestionario de Ideas Irracionales (CII), como un instrumento para detectar el avance del paciente en la técnica de reestructuración cognitiva “post”-intervención, y como apoyo y guía para el desarrollo mismo del tratamiento.

De los resultados presentados, se concluye que el CII es un instrumento confiable y válido que mide ideas irracionales en adultos mayores en México, que probó tener consistencia interna, estabilidad temporal y validez convergente con depresión y divergente con bienestar subjetivo, además de haber sido sensible a los cambios logrados por los grupos de adultos mayores sometidos a psicoterapia.

La literatura no reporta un instrumento que mida ideas irracionales en población mexicana y menos aún en adultos mayores, por lo que el CII abre una nueva línea de investigación en este sector de la población.

Ya que el trabajo gerontológico implica interdisciplinariedad, es importante también saber que la utilización del CII en grupos de adultos mayores podría ser utilizado para dirigir programas no sólo clínicos, sino también psicoeducativos que sirvan de apoyo para el autocuidado de la salud, tocando temas como: los límites, la asertividad, actitud hacia la vida, etc. Así como para poder referir al sujeto con mayor seguridad hacia un área psicológica clínica cognitivo conductual cuando se detecten altos niveles de pensamiento irracional, ya que esto podría tener repercusiones para el paciente en el área familiar, de salud, social y personal, áreas que afectan sustancialmente a la calidad de vida de las personas mayores.

Hablando del uso exclusivo en adultos mayores y considerando las características de este grupo de edad en cuanto a analfabetismo y baja escolaridad, se observa que resultan de gran dificultad los instrumentos de tipo Likert, por lo que el CII es un instrumento dicotómico en el que se utilizaron opciones de respuesta “sí” “no”, aunque esto genera limitaciones considerables, sobretodo en la validez del instrumento. El formato con el que cuenta el CII permite que sea aplicado a personas con

cualquier tipo de escolaridad, siendo más recomendada la forma de aplicación por medio de entrevista si la persona no sabe leer y escribir o si la escolaridad es muy baja.

La importancia del estudio de las ideas, los pensamientos, las creencias y las cogniciones en los adultos mayores estriba en que con ayuda de estos, se realiza la evaluación de los acontecimientos en sus vidas y esta evaluación determina a su vez la adaptación a los cambios propios de la edad.

El único estudio encontrado en la literatura donde se reportan ejemplos de ideas irracionales medidas en adultos mayores es el de Ellis (1999_d). En este artículo, el autor realiza una clasificación de variaciones de las principales ideas irracionales relacionadas al hecho de envejecer. Esto difiere de la presente investigación, puesto que el CII mide ideas irracionales en general (en adultos mayores), no sólo relacionadas al envejecimiento.

A pesar de ello, cuando comparamos las afirmaciones irracionales que más acuerdo tuvieron por parte de los adultos mayores de la muestra de esta investigación con las que presenta el estudio de Ellis (1999_d), se encontró que las creencias similares a las que en este estudio se clasifican como de catastrofización (“es mejor malo conocido que bueno por conocer”; “yo se cuando le caigo mal a alguien”; “es horrible cuando alguien me critica”; “es horrible desconocer lo que va a pasar en el futuro”; “antes todo era mejor”), este autor las clasifica como “de baja tolerancia a la frustración”. Las relacionadas a las ideas de condenas (“yo se lo que es mejor para mi familia”; “a palo dado ni Dios lo quita”; “las personas inmorales deben ser castigadas”; “me doy cuenta cuando las personas están hablando mal de mí”) y a las ideas de demandas (“las cosas se hacen bien o mejor se dejan de hacer”; “las personas fuertes rara vez piden ayuda”; “rara vez pido ayuda”), Ellis las clasifica como ideas “que producen hostilidad”. Por último, las ideas afines con incapacidad personal (“siempre se necesita contar con alguien más grande que nos ayude”), las clasifica como de “automenosprecio”.

La dimensión que más tuvo respuestas irracionales en la presente muestra fue la de demandas, pero la diferencia entre los porcentajes entre las cuatro dimensiones fue muy pequeña.

Al igual que en la literatura sobre irracionalidad se encontró una relación positiva con depresión (Alden & Safran, 1978; Beck et al., 1991; 1987; Heerboth, 1985; Shorkey & Whiteman, 1977;) y negativa con

bienestar subjetivo (Bermúdez et al., 2002). Esto nos indica que las ideas irracionales pudieran estar influyendo en la presentación de síntomas depresivos y en la disminución del bienestar subjetivo de los adultos mayores de la muestra. Y contrario a lo que dice la literatura (Day & Maltby, 2003) una correlación no significativa con ansiedad.

Al describir algunas variables en la muestra del estudio uno, encontramos que, similar a lo que reporta Durán y Torrado (1993) en países desarrollados, el 25% del total de los adultos mayores presentaron datos de depresión (17.5% leve y 7.5% establecida). El 76% de la muestra tenía síntomas de ansiedad (6.9% fue severa, un poco menor a lo que menciona Ellis en 1999). El 75.6% de las personas tuvieron niveles de bienestar entre regular (45.6%) y bueno (30%). Y por último, el porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo fue de 38.4% (27.4% deterioro intelectual leve y un 9% grave); similar al 30% encontrado en México (Corte et al., 2007), y mayor del 15% reportado en EUA (González et al., 1999).

Con respecto a las variables socioculturales, cabe destacar que se encontraron relaciones significativas entre la edad y las ideas irracionales (de tipo positiva), el bienestar subjetivo (de tipo negativa) y el desempeño cognitivo (de tipo negativa). Lo cual es explicable en parte por los cambios propios de la edad: mayor propensión a las enfermedades crónico degenerativas (Bravo, 1999; Butler & Lewis, 1977; Bazo et al., 1999; Ham, 2003), y cambios en el funcionamiento cognitivo (Corte et al., 2007; Ostrosky, 1996); y los estereotipos negativos de los propios adultos mayores sobre la vejez (Triadó & Villar, 1997).

También se encontraron relaciones entre la escolaridad y la depresión (negativa), el bienestar subjetivo (positiva), las ideas irracionales (negativa) y el desempeño cognitivo (positivo), que nos hablan sobre la estimulación y las oportunidades o alternativas de vida que se pudieron haber generado gracias a la escolaridad, y que ahora se ven reflejadas en la vejez.

Por otro lado se encontraron diferencias significativas entre los que respondieron estar enfermos y no al momento de la aplicación, en las variables de ansiedad, depresión, bienestar subjetivo y desempeño cognitivo (no así en ideas irracionales). Lo que nos confirma la influencia de las enfermedades físicas en la salud mental y la satisfacción de vida en la tercera edad.

Diferencias significativas entre género solo se encontraron en la variable de desempeño cognitivo (en ideas irracionales, ansiedad y depresión, no), pero se puede observar que el comportamiento de los datos es similar en las cuatro variables, en las que parece que las mujeres en general presentan peores calificaciones. Esto se explica a partir de los datos presentados al inicio del trabajo (CONAPO, 2004; INEGI, 2000; Morales, 2003) referentes a las desigualdades entre hombres y mujeres.

Las ideas irracionales son generadas por todas las personas en algún momento de su vida, esto quiere decir que nadie está a salvo de crearlas y reproducirlas. Lo importante es aprender la habilidad de detectarlas y conocer la forma de modificarlas.

En relación al segundo estudio, la intervención cognitivo conductual manualizada de grupo en adultos mayores mostró tener eficacia estadísticamente significativa en la disminución de la ansiedad, la depresión y las ideas irracionales, y en el aumento del bienestar subjetivo y de algunas conductas de la vida diaria; y estos cambios lograron mantenerse en los seguimientos de uno y tres meses.

Los seguimientos son una parte importante de la investigación en psicoterapia, ya que el avance logrado en esta puede variar a través del tiempo, y los seguimientos pueden ayudar a aislar los patrones del efecto y proveer información detallada de las consecuencias específicas del tratamiento (Cross et al., 1982, en Heimberg y Becker, 1984). En este caso, cabe señalar que el mantenimiento de los cambios en esta investigación concuerda con algunas otras intervenciones cognitivo conductuales de grupo en adultos mayores encontradas en la literatura, tal es el caso de los estudios de Rokke et al. (2000), Leung y Orrell (1993), Morin et al. (1993), y Beutler, et al. (1987), quienes detectaron mantenimiento de los cambios de su intervención en seguimientos a un año.

Mejóro en promedio la ansiedad de los adultos mayores al disminuir 12.5%, el bienestar subjetivo aumentó un 33.3%, las ideas irracionales disminuyeron un 15.8%, la depresión se redujo un 51.4% y algunas actividades de la vida diaria (como visitas realizadas o recibidas, llamadas telefónicas, adherencia al tratamiento médico, comidas, paseos, actividades deportivas y actividades artísticas) incrementaron un 21.7%.

Esto es, al analizar los resultados de la intervención cognitivo conductual (estudio 2, inciso 5.2.2), el análisis “intra” grupos para las aplicaciones “pre-post” del grupo experimental, nos revela un efecto positivo y significativo en todas las variables evaluadas: ansiedad, bienestar subjetivo, ideas irracionales, depresión y actividades de la vida diaria. Mientras que las pruebas “t” y “anova” no muestran diferencias estadísticamente significativas entre el resto de las aplicaciones del grupo experimental (“post”, 1er seg. y 2º seg.). Por su parte, para el grupo control se realizó una prueba “anova”, la cual mostró que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ninguna de las aplicaciones (“pre”, “post”, 1er seg. y 2º seg.). Cabe hacer notar que el efecto del tratamiento se puede encontrar en los tres grupos con intervención, por lo que podemos observar que se replican los hallazgos.

A pesar de lo anterior, con el análisis “entre” grupos no se pudo demostrar efecto alguno de la intervención. En la aplicación “pre”, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable excepto en las ideas irracionales entre el grupo 1 y 2, y el control; y en las aplicaciones “post” tampoco se encontraron diferencias entre los grupos experimentales y el control en ninguna variable. Esta discordancia entre análisis “intra” y “entre”, se explica a partir de que el grupo control tuvo en general mejores calificaciones en la aplicación “pre” en todas las variables, con excepción del registro conductual. Así, aunque el grupo experimental mejoró sus puntajes en la aplicación “post”, no logró distanciarse de los buenos puntajes del control y se observa un efecto de “techo”. Sin embargo, cuando se intenta igualar las medias de ambos grupos en todas las variables descartando, para el análisis, pacientes con puntajes extremos tampoco se consigue encontrar diferencias significativas en la aplicación post de ambos grupos. Es aquí, cuando tratando de explicar este fenómeno, se afirma nuevamente que se trata de un problema de muestreo y de falta de asignación al azar de los grupos, lo que hace difícil, sino imposible, comparar ambos grupos en un análisis “entre”. Sobre todo porque los sujetos que formaron parte del grupo control fueron sujetos que no solicitaron ayuda psicológica, ni fueron referidos al grupo por ningún personal de las instituciones.

Cabe señalar que dentro de esta investigación (contrario a lo que se esperaba en un inicio), ni el estado cognitivo, ni la escolaridad, ni la edad fueron factores que influyeran directamente en los resultados del desempeño de las pacientes dentro de los grupos. Existieron pacientes con deterioro cognitivo que lograron mejorar sus puntajes en todas las variables, y pacientes con funcionamiento

cognitivo normal que no lograron mejorar o incluso empeoraron sus calificaciones; lo mismo sucedió con respecto a la escolaridad. De hecho, llama la atención que tres de las cuatro pacientes con deterioro cognitivo dentro del grupo experimental están en el grupo de las que más avances tuvieron en todas las variables, esto pone en duda la tendencia histórica de aplicar la terapia cognitivo sólo a pacientes sin deterioro cognitivo.

Lo anterior se ve reflejado en estudios como el de Morin et al. (1993), donde aparece explícitamente como criterio de exclusión para la terapia cognitivo conductual en adultos mayores para problemas de insomnio, puntajes menores a 23 en el Minimental de Folstein, o sea cualquier nivel de deterioro cognitivo. Al parecer el tipo de intervención cognitivo conductual que se ha utilizado con pacientes con deterioro cognitivo esta más relacionada a la orientación a la realidad, con terapias de reminiscencia y estimulación de la actividad cognitiva.

Cuando se realiza investigación en los adultos mayores, es importante tomar en cuenta que sus características sociales, económicas y culturales no permiten utilizar criterios de inclusión tan rígidos, aunque estos resulten ideales para el control de variables en las investigaciones. Así, Rodríguez (2004) propone que “se tengan en cuenta nuevos diseños (...) más flexibles que permitan combinar la investigación de resultados con la investigación de proceso. Arreglos experimentales cada vez más creativos que nos permitan acercar la investigación a sus contextos naturales (la práctica clínica, los centros de formación en psicoterapia), nuevas estrategias para resolver nuevos problemas. Diseños que respeten las diferentes visiones que los modelos de tratamientos tienen sobre el terapeuta, los clientes y los mecanismos que facilitan el cambio” (pag. 13).

Otro argumento a favor de lo anterior es que la población que asiste a los clubes y centros de reunión de adultos mayores de la ciudad de México es muy heterogénea, pero está notablemente sesgada hacia niveles sociales, culturales y económicos bajos, por lo tanto, al realizar investigación con criterios rígidos que no consideren las características sociales, culturales y económicas de los adultos mayores mexicanos actuales (por ejemplo, no considerar dentro de la muestra a adultos mayores con deterioro cognitivo, analfabetas, o con baja escolaridad) se correría el riesgo de caer en estudios poco realista o que resultaran sólo útiles para una pequeña parte de la población que se encuentra en condiciones de vida privilegiadas. Recordando, en México el 30.1% de la población adulta mayor es

analfabeta, mujeres en su mayoría; con un nivel promedio de escolaridad de 3.4 años de estudio, siendo un poco más elevado en hombres (INEGI, 2000); y con una prevalencia aproximada del 5 a 7% de demencia que aumenta rápidamente con la edad (Gutiérrez, 1996).

Lo anterior influyó para lograr responder algunas preguntas éticas surgidas a lo largo de la investigación. ¿Se deben de seguir criterios de inclusión y exclusión rígidos que ayuden a la validez de la investigación, o criterios más laxos que permitan incorporar a la muestra personas que forman parte de los grupos intactos de la población que se atiende, aunque no cubran con estos criterios? ¿Lo importante en la investigación es la validez externa que pueda tener ésta, o las personas que requieren de la ayuda, sin importar su edad, su situación intelectual, o su escolaridad? Las respuestas a estas preguntas determinaron en gran medida la mecánica de la intervención realizada. Se intentó adaptar la intervención a las condiciones de los grupos y no los grupos a las características de la intervención.

Esto concuerda con Garfield (1996), que al hablar de la terapias validadas empíricamente (que incluyen sesiones manualizadas), resalta que se pueden presentar posibles complicaciones en la aplicación de los estudios y trata de enfatizar la importancia de la variabilidad tanto del paciente como del terapeuta, el papel que juegan en la psicoterapia algunos factores comunes y la necesidad de adaptar los procedimientos para los problemas específicos de cada paciente.

De acuerdo también a lo planteado por Botella y Herrero (2000): “aunque en una primera fase de la investigación sobre el tema sea imprescindible adoptar formas de tratamiento relativamente manualizadas, la finalidad última de dicha investigación sería la de aislar los componentes activos de los tratamientos para poder adaptarlos a las necesidades idiosincrásicas de cada paciente o grupo” (pag. 234), se considera que la utilización del manual de sesiones es una forma estructurada y práctica de aplicar las técnicas psicoterapéuticas que ayuda a fortalecer la efectividad y replicabilidad del estudio, pero que también cuenta con algunas desventajas, principalmente relacionadas a la sobre-generalización de las personas o los grupos. En esta investigación, el manual de las sesiones de intervención cognitivo-conductual de grupo para adultos mayores que se adaptó sirvió como una guía para el terapeuta, pero siguió sufriendo modificaciones a lo largo del proceso de acuerdo a las características de cada grupo, y se readaptaron las actividades y los tiempos, a criterio del psicoterapeuta.

Con respecto a las técnicas utilizadas en esta intervención, éstas sufrieron cambios después de aplicado el grupo piloto (inciso 5.2.1, tabla 40) y, tanto los formatos del manual del participante (anexo 3), como los tiempos y las mediciones continuaron sufriendo modificaciones aún durante las sesiones del diseño. Esto principalmente debido a las variaciones en los grupos. Así las técnicas que se recomiendan según la aplicación de este manual son: respiración diafragmática, respiración profunda, relajación autógena e imaginación guiada (incluidas en el manual de descripción de sesiones, anexo 7), intercaladas con las otras técnicas; reestructuración cognitiva tomando sólo los pasos "B y D" (según el modelo ABCDE, Ellis, 1957; 1958; 1962; 1999^a; 1999^b; Ellis & Abrahms, 1980; Ellis & Dryden, 1987; Ellis & Grieger, 1977) relacionados a detectar los pensamientos irracionales en situaciones consideradas conflictivas y modificarlos por medio de la refutación; y solución de problemas con ayuda del formato 7 (anexo 3) y dirigido paso por paso por el terapeuta. Se considera que en futuras investigaciones sería adecuado que esta última técnica sufriera modificaciones para hacerla aún más sencilla para los adultos mayores, porque se observó que resulta muy complicado para ellos tener que resolver ocho pasos, aún con ayuda de un formato. Según los adultos mayores, las técnicas de relajación eran adecuadas y sencillas, pero les era difícil recordar con exactitud las instrucciones en casa, por lo que hubiera sido adecuado proporcionar *cassettes* o CD's con las técnicas grabadas a los adultos mayores que tuvieran forma de reproducirlos.

El orden de las técnicas está descrito dentro del manual de sesiones (anexo 7) y es como se presentan en el párrafo anterior. Se incluyen desde la primera sesión las técnicas de relajación para que las habilidades en este sentido puedan ser desarrolladas a lo largo de toda la psicoterapia, por medio de la práctica en casa y la revisión, por parte del psicoterapeuta, en cada sesión. Ya que fue imposible medir diariamente los avances de las habilidades de relajación a lo largo del desarrollo del grupo por medio de los registros de relajación (variación de las USM), medición de la respiraciones por minuto y frecuencia cardiaca, se puso énfasis en la evaluación subjetiva que hicieron los sujetos de su avance, preguntando paciente por paciente, en cada una de las sesiones cómo se sentían con respecto a esta técnica.

En general, la técnica de reestructuración cognitiva fue de alta complejidad para los pacientes adultos mayores, de ahí la decisión de recortarla para reducir los pasos y así la dificultad. El principal foco dentro de la técnica de reestructuración cognitiva fue la detección del pensamiento irracional. Aprender

a diferenciar entre un pensamiento racional y uno irracional fue uno de los pasos que más esfuerzo requirieron y que es esencial para después cuestionar o refutar los pensamientos disfuncionales. Cuando los adultos mayores lograban distinguir estos pensamientos en su vida cotidiana comenzaban a buscar formas propias para cambiarlos, y era ahí donde se les proporcionaba una herramienta para hacerlo (formato 5, anexo 3).

La técnica de solución de problemas, independientemente que el sujeto pudiera seguir todos los pasos o no, servía para crear un foro en el que con ayuda de los demás participantes del grupo y dirección del terapeuta, se encontraban posibles acciones, para realizar por el paciente en una determinada forma y tiempo, que tenían como propósito resolver el problema específico que se compartía.

Por lo común, las intervenciones psicológicas han sido principalmente aplicadas y probadas en sujetos que presentan algún tipo de trastorno emocional o psicopatológico, no así, en población “psicológicamente sana”, dejando así de lado aspectos positivos, de protección, prevención y promoción de salud que puede proporcionar una intervención psicológica (Vera-Villaruel et al., 2005). En este sentido y acorde con lo planteado por Vera-Villaruel et al. (2005), la presente intervención “se enmarca dentro de una línea de promoción de salud en la que se buscó evaluar el posible efecto de una intervención conductual en una población de alto riesgo pero que no se consideraban pacientes psiquiátricos ni presentaban [necesariamente] una psicopatología al momento de la intervención” (pag. 127).

Por otro lado, el envejecimiento diferencial nos dice que no se envejece igual en América Latina y México que en otras partes del mundo. Los factores socio-económico-culturales influyen de manera decisiva en las personas. Las diferencias entre los grupos de adultos mayores mexicanos y los grupos de adultos mayores en los que habían sido aplicadas estas técnicas de grupo son muchas. Principalmente en la desigualdad de acceso a servicios médicos, seguridad social, educación y empleo. Montes de Oca (2003) menciona “que los procesos de envejecimiento de los países desarrollados y en desarrollo han estado marcados por condiciones históricas, políticas y económicas específicas que dan como resultado procesos complejos y únicos cuya experiencia se procesa colectivamente desde referentes culturales diversos” (pag. 95).

Knight (1999) menciona que la principal diferencia entre la psicoterapia con pacientes ancianos y jóvenes radica en las áreas de contenido que caracterizan el proceso psicoterapéutico con unos y otros. Contrario a esto, esta investigación plantea que la intervención en adultos mayores es muy diferente a la que se realiza en otras etapas de la vida. Los *efectos generacionales o de cohorte*, por lo menos en México (y debido al envejecimiento diferencial planteado líneas arriba), hacen que esta generación de personas mayores difiera de los jóvenes o adultos no sólo en la edad, sino en historia de vida y contexto, que en el caso de la mayoría de los adultos mayores mexicanos de la actualidad han sido muy precarias (como se ve con anterioridad en los datos sociodemográficos).

Esta diferencia en la psicoterapia con adultos mayores radica, entre otras cosas, en la dosificación de la información, los tiempos dedicados a cada técnica o actividad, los contenidos, los conceptos, las explicaciones, las tareas para casa, los registros, el vocabulario, el material de apoyo, las lecturas, la frecuencia de la intervención, la repetición, los manuales, etc. que tuvieron que ser modificadas dentro de la intervención al tratar de adaptar lo propuesto por la literatura (Sank & Shaffer, 1993).

Tratando de resumir, las metas principales de la psicoterapia en los adultos mayores deben ser: adquirir habilidades cognitivo-conductuales que permitan enfrentarse a los acontecimientos vitales; aprender a controlar los estados de ánimo; fomentar la participación en grupo y desarrollar habilidades sociales y de comunicación; aumentar las actividades positivas y agradables; aprender a examinar los propios pensamientos y sentimientos negativos, para después poderlos cambiar; aumentar las conductas adaptativas y autónomas; reducir los síntomas de ansiedad y mejorar a su vez la salud y el bienestar; el apoyo emocional; la determinación de metas vitales; y el desarrollo personal (Botella & Herrero, 2000; Fernández-Ballesteros et al., 1999; Hernández, 2005; Yanguas et al., 1998).

Pero, partiendo que en México la mayoría de los adultos mayores aún viven con sus familias, y que muchos de ellos reportan (más de 30% de acuerdo a los resultados del estudio uno de esta investigación y a González-Celis & Padilla, 2006) que sus principales problemas son los familiares, se considera que debe existir un énfasis en la mejora de sus relaciones familiares intergeneracionales, así como en el trabajo con miedos y fobias (efecto de los sentimientos de inseguridad y soledad), tomando en cuenta que son algunos de los síntomas que pueden surgir con frecuencia en la vejez

(como menciona Buendía, 1994; Muñoz, 2002; y como se constató dentro de los grupos en esta investigación).

Parece ser que los sujetos de esta investigación, en su mayoría, presentan alguna mejoría, al menos en alguna de las variables medidas, o presentan cambios leves pero favorables. Con respecto a las contadas excepciones, la bibliografía reporta que aunque la mayoría de pacientes en psicoterapia mejoran, una minoría no experimenta cambios y algunos pueden incluso empeorar (Lambert & Bergin, 1994). El porcentaje de pacientes que empeoran debido a la terapia se cifra entre un 7% según Orlinsky y Howard (1986) y un 11.3% según Shapiro y Shapiro (1982) y estos efectos no son de ninguna modalidad de terapia ni orientación teórica específica. Al respecto Ellis (2000) reporta que “no todos los miembros experimentan progresos tan continuos y duraderos...algunos de ellos requieren dos o tres años de participación antes de observar mejorías significativas” (pag. 296).

Tratando de explicar estas diferencias en la “cura”, Lambert (1986) menciona que el paciente es quien más contribuye al éxito de la terapia ya que el 55% del cambio que experimenta durante la intervención psicológica está relacionado a variables del mismo paciente, como son: la severidad del trastorno físico o psicológico, la motivación, la disposición psicológica y las actitudes, la visión de sí mismo y de los demás, la capacidad de relacionarse, la red de apoyo social, la fuerza del ego, la habilidad para identificar un problema concreto, las expectativas del paciente y la credibilidad en las técnicas (Cappeliez, 2001; Corbella & Botella, 2003; Greenberg & Malcolm, 2002; Lambert, 1986; Steuer et al., 1984; Valdés et al., 2005). Y 45% a variables propias de la terapia y por lo tanto externas al paciente, como pueden ser: la alianza terapéutica, la experiencia correctiva o la atmósfera de apoyo y la técnica terapéutica.

Además de los aspectos mencionados por los autores arriba citados, se considera que otros factores pudieron haber afectado el desempeño de los pacientes durante la psicoterapia aplicada en esta investigación:

- a) Externos al paciente: características de su grupo de intervención que pudieron haber facilitado u obstaculizado la labor terapéutica debido a las diferencias en las alteraciones del rendimiento

intelectual y las diferencias de estatus cultural y/o educativo dentro de los miembros del grupo (como menciona Steuer et al., 1984).

- b) Referentes al paciente: características de la personalidad como perfeccionismo, hostilidad y dominancia, que menciona Corbella y Botella (2003); capacidad de *insight* que permite a los sujetos entender, asimilar y darse cuenta de su situación; el incumplimiento de tareas para casa, ejercicios de relajación para casa y/o lecturas (relacionado a la motivación referida por Lambert, 1986; y a la des gana referida por Corbella & Botella, 2003); acontecimientos de vida (mencionados como índices de eventos estresantes por Corbella & Botella, 2003) que pueden estar afectando a la persona y por lo tanto manifestarse en algunas de las evaluaciones; y resistencias que pueden aparecer en los pacientes como mecanismos de defensa en cualquier espacio terapéutico (citados como defensividad por el mismo autor).

Las variables como edad, escolaridad e incluso deterioro cognitivo no afectaron el avance de los pacientes, ya que tanto los pacientes con mejor respuesta al tratamiento, como los que presentaron menor avance, tuvieron contestaciones muy heterogéneas en estas variables. Esto fue sustentado mediante las correlaciones no significativas encontradas en el análisis estadístico.

Retomando la importancia del grupo en la psicoterapia con adultos mayores (Ellis & Grieger, 1977; Hartford, 1980; Hernández, 2005; Leszcz, 1998; Sank & Shaffer, 1993; Yanguas et al., 1998), existió un aumento de la participación de los pacientes en las dinámicas conforme avanzaba el desarrollo de los grupos, el combate a la vergüenza se presentó espontáneamente en repetidas ocasiones por parte de los pacientes tímidos y se crearon nuevas relaciones de amistad entre los participantes que traspasaron el espacio físico de la psicoterapia y se preservaron después de la terminación del grupo. Estas fueron destacadas por los pacientes en las últimas sesiones de cada grupo. Desafortunadamente no se midieron en esta investigación los impactos en este sentido.

7. CONCLUSIONES.

En relación al estudio 1 se puede concluir que el Cuestionario de Ideas Irracionales (CII) es un instrumento confiable y válido para medir ideas irracionales en adultos mayores en México, que probó tener consistencia interna, estabilidad temporal y validez convergente con depresión y divergente con bienestar subjetivo, además de haber sido sensible a los cambios logrados por los grupos de adultos mayores sometidos a psicoterapia. Esto, al no existir en la literatura ningún instrumento que mida ideas irracionales en población de adultos mayores mexicanos, abre una nueva línea de investigación en este sector de la población.

La importancia del CII, como parte de esta investigación clínica desarrollada en el área psicogerontológica, recae principalmente en el terreno de la medición del cambio de pensamiento dentro de la psicoterapia, aunque dentro del trabajo gerontológico interdisciplinario el CII puede ser utilizado para dirigir programas no sólo clínicos, sino también psicoeducativos que sirvan de apoyo para el autocuidado de la salud.

Como se comentó con anterioridad, los adultos mayores, como grupo etario, no presentan necesariamente más o menos ideas irracionales que otros grupos de edad, más bien la atención debe dirigirse hacia detectar que tipo de ideas se presentan más en cada etapa de la vida. En referencia a esto, al tratar de detectar cuáles fueron las afirmaciones irracionales o reactivos que más tuvieron acuerdo por parte de los adultos mayores de la muestra de esta investigación, se observó que en primer lugar estaban algunas ideas que pertenecían a la dimensión de catastofización por ejemplo: “es mejor malo conocido que bueno por conocer”; “yo sé cuando le caigo mal a alguien”; “es horrible cuando alguien me critica”; “es horrible desconocer lo que va a pasar en el futuro”; y “antes todo era mejor”. En segundo lugar a la dimensión de condenas: “yo sé lo que es mejor para mi familia”; “a palo dado ni Dios lo quita”; “las personas inmorales deben ser castigadas” y “me doy cuenta cuando las personas están hablando mal de mí”. En tercer lugar a la dimensión de demandas: “las cosas se hacen bien o mejor se dejan de hacer”; “las personas fuertes rara vez piden ayuda”; y “rara vez pido ayuda”. Y por último, a la dimensión de incapacidad personal: “siempre se necesita contar con alguien más grande que nos ayude”.

Algunas de estas ideas denotan en primer lugar una dificultad o resistencia al cambio, la lectura de pensamiento, el perfeccionismo y la utilización de reglas, y la necesidad de control. Lo cual nos brinda ideas sobre la posible intervención en esos temas, ya sea de un modo informativo o reeducativo.

La importancia de detectar e intervenir en las ideas irracionales radica en la influencia negativa que han mostrado tener estas en la depresión y el bienestar subjetivo de los adultos mayores, influencias que se corroboran, como se menciona en la discusión, con los datos correlacionales encontrados por diferentes estudios incluyendo el presente.

Con respecto al estudio 2 y a la evaluación de la intervención cognitivo conductual de grupo manualizada para adultos mayores mostró tener eficacia estadísticamente significativa en la disminución de la ansiedad, la depresión y las ideas irracionales, y en el aumento del bienestar subjetivo y de algunas conductas de la vida diaria; y estos cambios lograron mantenerse en los seguimientos de uno y tres meses.

Cuantitativamente mejoró en promedio la ansiedad de los adultos mayores un 12.5%, el bienestar subjetivo un 33.3%, las ideas irracionales un 15.8%, la depresión un 51.4% y algunas actividades de la vida diaria (como visitas realizadas o recibidas, llamadas telefónicas, adherencia al tratamiento médico, comidas, paseos, actividades deportivas y actividades artísticas) 21.7%.

Y cualitativamente fueron observados (no de forma sistematizada) evidentes e importantes avances de los pacientes como aumento de la participación en las dinámicas según avanzaban las sesiones, combate a la vergüenza espontáneo por parte de los participantes tímidos y creación de nuevas relaciones de amistad entre los participantes que traspasaron el espacio físico de la psicoterapia y se preservaron después de la terminación del grupo.

Cuando se observan las características de los pacientes que más beneficios obtuvieron y los que menos se beneficiaron del tratamiento en cada variable, no se encuentran características similares entre ellos, la edad, el desempeño cognitivo, la escolaridad y el estado civil son variados, por lo que no es posible determinar que tipo de pacientes se benefician más del tratamiento y cuáles menos.

Lo que es de importancia destacar es que, contrario a lo que se esperaba en un inicio de la investigación, pacientes con deterioro cognitivo y analfabetas lograron beneficiarse de la intervención y estar dentro del grupo de los que más avances presentaron en todas las variables. Este fue un hallazgo encontrado como consecuencia del trabajo con grupos tan heterogéneos.

Por esta misma razón, se considera que en la investigación clínica con adultos mayores es necesario utilizar diseños de investigación con criterio de inclusión y exclusión más flexibles (que permitan combinar la investigación de resultados con la investigación de proceso) y más acordes con las realidades de esta población en México, para no realizar estudios poco realistas, o sólo aplicables a una pequeña parte de la población que se encuentra en condiciones de vida privilegiadas y de este modo descartar a priori sujetos que pudieran verse beneficiados con los resultados de este tipo de estudios.

Se considera que los aspectos que más pudieron haber afectado el desempeño de los pacientes durante la intervención aplicada en esta investigación son, externos al paciente: características de su grupo de tratamiento que pudieron haber facilitado u obstaculizado la labor de la intervención. Referentes al paciente: características de la personalidad como perfeccionismo, hostilidad y dominancia; capacidad de "*insight*" que permite a los sujetos entender, asimilar y darse cuenta de su situación; el incumplimiento de tareas para casa, ejercicios de relajación para casa y/o lecturas; acontecimientos de vida que pudieron estar afectando a la persona y por lo tanto manifestarse en algunas de las evaluaciones; y resistencias que pueden aparecer en los pacientes como mecanismos de defensa en cualquier espacio terapéutico. Con respecto a las variables moderadoras, no se encontró influencia alguna del desempeño cognitivo, escolaridad, estado civil, ni edad, en ninguna de las variables, o sea que este no es un factor que este influyendo en la mejoría o deterioro de las personas al pasar por el grupo.

Al hablar de la adaptación de este manual de intervención a los adultos mayores, es necesario aclarar que aunque se considera útil y viable la utilización de intervenciones manualizadas como medio para fortalecer la efectividad y replicabilidad de los estudios, es necesario considerar siempre la variabilidad del paciente, y de los grupos, de modo que se sigan readaptando los procedimientos y las técnicas a los problemas y circunstancias específicas de cada paciente y grupo. O sea adaptar la intervención a

los grupos y no los grupos a la intervención. Por lo que el manual que se presenta en esta investigación sirve como guía para el terapeuta, pero puede y debe seguir sufriendo modificaciones, readaptando las actividades y los tiempos.

Considerando que el envejecimiento diferencial nos dice que no se envejece igual en México que en otras partes del mundo y que los factores socio-económico-culturales influyen de manera decisiva en las personas, es comprensible entender que en México la intervención en adultos mayores tenga que ser muy diferente a la que se realiza en otras etapas de la vida, ya que los efectos generacionales o de cohorte, hacen que las personas mayores difieran de las jóvenes o adultas no sólo en la edad, sino en historia de vida y contexto, que en el caso de la mayoría de los adultos mayores contemporáneos de países como México han sido muy precarias.

Estas diferencias están directamente relacionadas a la adaptación de la intervención psicoterapéutica a esta población y se encontraron reflejadas principalmente en: la dosificación de la información, los tiempos dedicados a cada técnica o actividad, los contenidos, los conceptos, las explicaciones, las tareas para casa, los registros, el vocabulario, el material de apoyo, las lecturas, la frecuencia de la intervención, la repetición y los manuales.

Las principales dificultades en la adaptación del manual estuvieron relacionadas al hecho en sí mismo de la utilización de un manual, a tratar de seguir actividades y tiempos manualizados a la vez que se intentaba priorizar la “escucha”, que resulta tan importante en esta población por las mismas carencias que tienen en este sentido los adultos mayores. Encontrar un punto medio entre la rigidez que puede conllevar un manual de intervención y la flexibilidad necesaria que en general la psicoterapia precisa para atender necesidades de personas diversas y complejas.

A esto se aunó la variabilidad tan grande en las características de los grupos intactos atendidos, en cuanto a escolaridad, deterioro cognitivo y habilidades de lecto-escritura, que provocaron cambios esenciales y continuos en el proceso de la flexibilización de la intervención.

Relacionado a lo anterior, la acumulación de desventajas en la mayoría de los participantes de los grupos llevó a modificar los criterios de inclusión, descartar una gran cantidad de actividades de

evaluación y tareas para casa, modificar y reducir formatos, disminuir número y frecuencia de las sesiones e incluso recortar los pasos o las fases en las técnicas de intervención.

Los principales retos consistieron en adaptar una intervención que comúnmente es aplicada a personas más jóvenes, con escolaridad más elevada, sin deterioro cognitivo y con habilidades de lecto-escritura a grupos de adultos mayores intactos, muy heterogéneos, que incluían personas con problemas de memoria, deterioro cognitivo, baja escolaridad y analfabetas; lograr abrir espacios de escucha y catarsis sin perder de vista los parámetros del manual; aterrizar las técnicas a los casos y ejemplos específicos de los pacientes y no llevar la psicoterapia a un tipo de intervención en el que sólo se vertiera información; como parte esencial, motivar y propiciar el trabajo individual de cada una de las pacientes con respecto a sus propias emociones, cogniciones y conductas; mantener el apego al tratamiento por parte de las pacientes.

Como resultado de esta adaptación, las técnicas que se recomiendan según la aplicación de este manual son: respiración diafragmática, respiración profunda, relajación autógena e imaginación guiada en una primera fase e intercaladas con las otras técnicas; reestructuración cognitiva tomando sólo los pasos relacionados con la detección y modificación de pensamientos irracionales por medio de la refutación; y la solución de problemas.

Considerando todo lo anterior, las aportaciones más importantes de esta investigación son: una intervención que resultó ser aplicable a diferentes niveles de desempeño cognitivo y socioculturales; eficiente y costo efectiva; que ayuda a la protección, prevención y promoción de la salud, al ser aplicada a sujetos que no necesariamente presentan algún tipo de trastorno emocional o psicopatológico; y además permite ser replicada no sólo por psicoterapeutas formados, sino también por personal de salud o gerontológico previamente entrenado, ya que cuenta con un manual que describe claramente todas y cada una de las actividades, los materiales, los formatos y los tiempos de la intervención. Esto a su vez da pauta para la replica a mayor escala de esta psicoterapia cognitivo conductual de grupo para adultos mayores en clínicas de atención primaria, centros de salud, casas de cultura, clubes, etc.

8. RECOMENDACIONES.

- Se recomienda en próximas investigaciones hacer una comparación entre las ideas irracionales de los adultos mayores y las ideas irracionales de adultos jóvenes o en edad media para poder detectar diferencias cualitativas y cuantitativas en los resultados.
- Hablando del uso exclusivo en adultos mayores y considerando las características de este grupo de edad en cuanto a analfabetismo y baja escolaridad, se observa que resultan de gran dificultad los instrumentos de tipo Likert, por lo que se recomienda el uso de instrumentos dicotómicos.
- En relación a la intervención con adultos mayores, se recomienda no perder de vista las características socioeconómicas, culturales y demográficas de la población a la que se atiende, para contribuir, por medio de la investigación, también a necesidades sociales.
- Se recomienda el uso del manual de las sesiones de intervención cognitivo-conductual de grupo para adultos mayores que se adaptó en esta investigación como una guía para el terapeuta, pero que puede y debe seguir sufriendo modificaciones, readaptando las actividades y los tiempos de acuerdo al criterio del psicoterapeuta encargado del grupo, con base en las características de cada grupo, las peticiones de los integrantes, la observación de la dinámica grupal y el avance del grupo.
- Si se sigue con las sugerencias de readaptación permanente al manual considerando las características de cada grupo, se recomienda el uso y aplicación de este manual a adultos mayores de cualquier escolaridad y nivel sociocultural, incluso analfabetas si se cuenta con un grupo que apoye a los participantes con más problemas de comprensión. Lo mismo sucede con los sujetos con deterioro cognitivo leve o grave, siempre y cuando sean personas funcionales e independientes, y sumen una minoría en el grupo que permita que la mayoría de los integrantes con mayores capacidades cognitivas ayuden al terapeuta a que se entiendan y sigan las técnicas enseñadas.
- Se recomienda que en futuras investigaciones la técnica de solución de problemas se modifique o recorte para hacerla más sencilla para los adultos mayores.
- Según los adultos mayores, las técnicas de relajación eran adecuadas y sencillas, pero les era difícil recordar con exactitud las instrucciones en casa, por lo que se recomienda proporcionar *cassettes* o CD's con las técnicas grabadas a los adultos mayores que tengan forma de reproducirlos.

- Se recomienda poner énfasis en la evaluación subjetiva que hacen los sujetos de su avance, ya que puede resultar difícil medirla cuantitativamente sesión por sesión, preguntando paciente por paciente, en cada una de las sesiones cómo se sienten con respecto a esta técnica.
- Se recomienda en próximas investigaciones incluir la técnica de asertividad como un módulo más en la intervención grupal, ya que durante el desarrollo de esta intervención se detectaron déficits conductuales en este sentido.
- No se midieron en esta investigación los impactos cualitativos, pero se recomienda incluirlos en futuras investigaciones, así como una evaluación total de la calidad de vida, no sólo del bienestar subjetivo.
- Si se cuenta con observadores, realizar notas por cada paciente en relación a su entrevista inicial, avance, conducta, etc.
- Se considera que, como parte de la psicoterapia, debe existir un énfasis en la mejora de las relaciones familiares intergeneracionales de los adultos mayores (debido a que en México la mayoría de los adultos mayores aún viven con sus familias y reportan que sus principales problemas son los familiares), y en el trabajo con miedos y fobias (tomando en cuenta que son algunos de los síntomas que pueden surgir en la vejez como se constató dentro de los grupos en esta investigación).

REFERENCIAS.

- Alden, L. & Safran, J. (1978). Irrational beliefs and nonassertive behavior. *Cognitive Therapy & Research*, 2(4), 357-364.
- APA, American Psychological Association. (2000). *Asynchronously Live*. Documento disponible en Internet, última visita invierno de 2006. <http://www.fenichel.com/Beck-Ellis.shtml>
- APA, American Psychological Association. (2008). *Glosario*. Documento disponible en Internet, última visita febrero de 2008. <http://www.psychologymatters.org/glossary.html>
- APTONA, Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra. (2004). *Terapia ocupacional*. Pamplona. Documento disponible en Internet, última visita 25 de abril de 2008. http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/TO_Navarra.pdf
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento Conceptual a la Situación del Adulto Mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL-Serie Población y Desarrollo.
- Baltes, M. M. (1998). The psychology of the oldest-old: the fourth age. *Current Opinion in Psychiatry*, 11(4), 411-415.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2007). Washington, D.C.: BID. Documento disponible en Internet, última visita Febrero de 2007. <http://www.iadb.org/regions/aging/esp/home.cfm>
- Barenblit, V. & Molina, S. (2004). Salud comunitaria. Aspectos promocionales en la salud del adulto mayor. En S. Molina (Comp.), *Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor. Salud comunitaria, creatividad y derechos humanos* (pp. 31-47). Argentina: UNLa.
- Barlow, D. A. & Campbell, L. A. (2000). Mixed anxiety depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 55-60.
- Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Burns, A. & Tarrier, N. (2001). A Randomized Trial of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Supportive Counseling for Anxiety Symptoms in Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 756-762.
- Battegay, R. (1978). *El Hombre en el Grupo*. Barcelona, España: Herder.
- Bazo, M., García, S., Maiztegui, O. & Martínez, P. (1999). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Beck, A. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Theory and the Emotional Disorders*. New York, EE. UU.: International Press.

- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I. & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of cognitive content- specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A. & Weissman, A. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitudes Scale in a clinical population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 478-483.
- Beekman, A., Penninx, B., Deeg, D., De Beurs, E., Geerlings, S. & Van Tilburg, W. (Jan., 2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: A longitudinal perspective. *Acta Psiquiátrica Escandinávica*, 105(1), 20-27.
- Bellack, A. & Hersen, M. (1987). *Dictionary of Behavior Therapy Techniques*. Great Britain: Pergamon Press.
- Bermudez, M.P., Alvarez, I.T., Sanchez, A.I. (2002). Análisis de la relación entre creencias irracionales, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 11(3), 277-281.
- Beutler, L. E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., Meredith, K., Potter, R., Bamford, C. R. & Levenson, A. I. (1987). Group Cognitive Therapy and Alprazolam in the Treatment of Depression in Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 550-556.
- Botella, L. & Herrero, O. (2000). Constructivismo y psicoterapia en la edad avanzada. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 35(4), 227-236.
- Brammer, L. & Shostrom, E. (1968). *Therapeutic psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bravo, S. (1999). Familia, vivencia y ocupación hospitalaria. *Gerusia*, 10, 20-21.
- Bridges, K. R. & Sanderman, R. (2002). The Irrational Beliefs Inventory: Cross cultural comparisons between american and dutch samples. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 20(1), 65-71.
- Brigeiro, M. (2005). "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": Problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*, 23(1), 102-109. Documento disponible en Internet. <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/Marzo2005/09-EnvejecimientoExitoso.pdf>
- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. España: Siglo Veintiuno.
- Burns, D. (1991). *Sentirse Bien*. México: Paidós.
- Butler, R. & Lewis, M. (1977). *Aging and Mental Health*. St. Louis, EE. UU.: Mosby.

- Caballero, S. N. P. (2004). *Diseño, aplicación y evaluación del programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitas tipo 2 o hipertensión*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México, D. F.
- Caetano, G. (1993). Conceptos generales y orientaciones terapéuticas en el envejecimiento normal y patológico. *Psiquis*, 2(5), 99-103.
- Calvete, E. & Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psichotema*, 13(1), 95-100.
- Campbell, D. & Stanley, J. (2001). *Diseños Experimentales y Cuasi-experimentales en la Investigación Social*. Argentina: Amorrortu.
- Caplan, L. J. & Schooler, C. (2003). The Roles of Fatalism, Self-Confidence, and Intellectual Resources in the Disablement Process in Older Adults. *Psychology and Aging In the public domain*, 18 (3), 551-561.
- Cappeliez, P. (2001). Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(3), 165-174.
- Caracoles (2005). *¿A qué nos referimos con "envejecimiento exitoso"?* Documento disponible en Internet, última visita 30 de octubre de 2007.
http://www.centrodeculturadigital.org/caracoles/modules.php?name=Content&pa=list_pages_categories&cid=7
- Cardeñoso, O. & Calvete, E. (1999). Creencias y síntomas depresivos: resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15(2), 179-190.
- Cardeñoso, O. & Calvete, E. (2004). Desarrollo de un inventario de creencias irracionales para adolescentes. *Psicología Conductual*, 12(2), 289-304.
- Chadwick, P., Trower, P. & Dagnan, D. (1999, Octubre). Measuring negative person evaluations: The Evaluative Beliefs Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23(5), 549-559.
- Chambless, D. & Hollin, S. (Febrero, 1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- CONAPO. (2004). *Comunicado de prensa 43/04, por el Día Nacional del Adulto Mayor*.
- Conde, J. (1998). La Gerontología y sus acciones e interacciones del equipo multidisciplinario. En A. Coen Anitúa et al. (Eds.), *Gerontología 2000* (pp. 30-33). México: Praxis.
- Contant-Astrom, B. (1997). Psychological Intervention with the Elderly. *Psiquiatría Biológica*, 5(2), 69-73.

- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corte, G., Ortiz, X. & Ostrosky-Solis, F. (2007). *Detección de deterioro cognoscitivo y demencia leve en población mexicana utilizando la escala breve del estado mental, la escala de Blessed y Neuropsi*. Documento disponible en Internet, última visita diciembre de 2007.
<http://www.geragogia.net/editoriali/scale.html>
- Davison, G. & Neale, J. (2000). *Psicología de la Conducta Anormal*. México: Limusa.
- Day, L. & Maltby, J. (2003). Belief in Good Luck and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Optimism and Irrational Beliefs. *The Journal of Psychology* 137(1), 99–110.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M. E. & Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría/Fondo de Cultura Económica.
- Demaria, T., Kassinove, H. & Dill, C. (1989). Psychometric properties of the Survey of Personal Beliefs: A rational-emotive measure of irrational thinking. *Journal of Personality Assessment*, 53(2), 329-341.
- Devesa, C. & Garay, M. (s. f.). *Las Actividades de la Vida Diaria- Avanzadas (AVD-A) en el proceso de Rehabilitación Psicosocial del Centro de Día de Bermeo. Servicio Vasco de Salud*. Documento disponible en Internet, última visita 25 de abril de 2008.
<http://www.hospitalbermeo.org/comunicaciones/Publicaciones/AVANZADAS.pdf>
- Durán, M. & Torrado, V. (1993). Intervención psicológica en pacientes geriátricos. En M. A. Simón, *Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Ellis, A. (1957) *How to live with a Neurotic*. California, EE. UU.: Wilshire Books.
- Ellis, A. (1958). *The Art and Science of Love*. New York, EE. UU.: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, EE. UU.: Carol Group.
- Ellis, A. (1999_a). *Una Terapia Breve Más Profunda y Duradera*. España: Paidós.
- Ellis, A. (1999_b). Why Rational-Emotive Therapy to Rational Emotive Behavior Therapy? *Psychotherapy*, 36(2), 154-159.
- Ellis, A. (1999_c). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 325-340.
- Ellis, A. (1999_d). Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Elderly people. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 17(1), 5-18

- Ellis, A. (2000). REBT y su aplicación a la Terapia Grupal. En J. Yankura y W. Dryden (Comps.), *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT): Casos Ilustrativos*. España: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (2003). Early Theories and Practices of Rational Emotive Behavior Therapy and How They Have Been Augmented and Revised During The Last Three Decades. *Journal of Rational Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21(3-4), 219-243.
- Ellis, A & Abrahms, E. (1980). *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax
- Ellis, A. & Dryden, W. (1987). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York, EE. UU.: Springer.
- Ellis, A. & Harper, R. (1975). *Conquering the Direneed for Love*. New Cork, EE. UU.: Institute for Rational Living.
- Fernández-Ballesteros, R. (1987). *El ambiente, análisis psicológico*. Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Íñiguez, J. & Zamarrón, M. D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Flores, G. S. (2004). *Influencia del entrenamiento en la autoestima de adultos mayores*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México, D. F.
- Flores, M. M. I. (2001). *Ideas irracionales y enfermedades psicosomáticas*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México, D. F.
- Floyd, M. & Scogin, F. (1998). Cognitive Behavior Therapy for Older Adults: How Does it Work? *Psychotherapy*, 35(4), 459-463.
- Fontecilla, P. & Calvete, E. (Aug. 2003). Racionalidad y personas mayores. *Psicothema*, 15(3), 369-374.
- Garfield, S. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(3), 218-229.
- Gaylord, S & Zung, W. (1989). Trastornos Afectivos en el Envejecimiento. En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein, *El Envejecimiento y sus Trastornos*. España: Martínez Roca.
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, F. G. (2002). *Psychology and Life*. Boston: Pearson Education. Documento disponible en Internet en APA-ONLINE, última visita 15 de abril de 2008.
<http://www.psychologymatters.org/glossary.html#p>
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. (2001). *Plan Nacional de Desarrollo*. México: Presidencia de la República.

- González, J. J. (1999). *Psicoterapia de Grupos*. México: Manual Moderno.
- González-Celis, A. L. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis de doctorado no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México, D. F.
- González-Celis, A. L. (2005). ¿Cómo Mejorar la Calidad de Vida y el Bienestar Subjetivo de los Ancianos? En L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (Coords.), *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés.
- González- Celis, A. L. & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica Bogotá*, 5(3), 501-509.
- González-Celis, A. L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2000, October). Self-Efficacy and other components of quality of life in older adults. *The Gerontologist 53rd Annual Scientific Meeting "Linking Research to Policy, Practice, and Education: Lessons Learned, Tasks Ahead"*, 40(2), 315.
- González-Celis, A. L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2001). La autoeficacia como variable moduladora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(1), 129-130.
- González, N., Monroy, V. & Kupferman, S. (1987). *Dinámica de Grupos: Técnicas y Tácticas*. México, D. F.: Concepto.
- González, A., Vidales, J., Camacho, J., Alexánderson, E. & Alcántara, A. (1999). Síndrome de deterioro intelectual: nuevos conceptos para el diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica del Hospital General de México, S.S.*, 62(1), 38-47.
- Greenberg, L. S. & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 406-416.
- Groues, L. (1997). La tercera edad: mito, fantasía o realidad. *Psicología Iberoamericana*, 5(2), 4-13.
- Gutiérrez, L. M. (1996). *Síndrome de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales*. México: Grupo de Consenso Nacional sobre Síndrome de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales. Fundación Mexicana para la Salud. ISBN 968-6186-71-9.
- Ham, R. (2003). *El Envejecimiento en México: El Siguiente Reto de la Transición Demográfica*. México: Purrua.
- Hartford, M. E. (1980). The use of group methods for work with aged. En J. E. Birren y R. B. Sloane (Eds.), *Handbook of Mental Health and Aging*. New Jersey, EE. UU.: Prentice Hall.
- Hays, P. (1995). Multicultural Applications of Cognitive-Behavior Therapy. *Profesional Psychology: Research and Practice*, 26(3), 309-315.

- Heerboth, J.R. (Feb. 1985). Development and validation of an irrational beliefs inventory. *Dissertation Abstracts International*, 45(8-B), 2688.
- Heimberg R. y Becker, R. (1984). Comparative Outcome Research. En M. Hersen, L. Michelson y A. S. Bellack (Edt), *Issues in Psychotherapy Research*. EUA: Springer.
- Hernández, Z. E. (Julio-Diciembre, 2004). La participación del psicólogo en a atención a la salud del adulto mayor. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 303-319.
- Hernández, Z. E. (Julio-Diciembre, 2005). La Psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 79-100.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2001). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill.
- Hillman, J. & Stricker, G. (2002). A Call for Psychotherapy Integration in Work with Older Adult Patients. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(4), 395-405.
- Hollon, S. D. & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Hoyl, T. (2003). Teorías actuales de envejecimiento. *ARS Médica*, 8(8), 47-62. Documento disponible en Internet. <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica8/Art04.html#>
- Hyer, L., Kramer, D. & Sohnle, S. (2004). CBT with Older People: Alterations and the Value of the Therapeutic Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 276-291.
- INEGI (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda*. México. Documento disponible en Internet, última visita invierno de 2006. <http://www.inegi.gob.mx>
- INEGI (2005). *II Censo de Población y Vivienda*. México. Documento disponible en Internet, última visita Julio de 2007. <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005>
- ISSSTE (2005). *Envejecimiento exitoso*. Documento disponible en Internet, última visita 30 de octubre de 2007. <http://www.issste.gob.mx/cnped/pdf/envejecimiento.pdf>
- Jódar, M. (1994). Déficits y habilidades neuropsicológicas en el envejecimiento normal. En J. Buendía (Comp.), *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (pp. 181-201). México: Siglo XXI.
- Jones, R.G. (1969). A factored measure of Ellis's irrational belief system, with personality and maladjustment correlates. *Dissertation Abstracts International*, 29(11-B), 4379-4380.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGrawHill.

- Knight, B.G. (1999). The scientific basis for psychotherapeutic interventions with older adults: An overview. *Journal of Clinical Psychology*, 55(8), 927-934.
- Knight, B. & McCallum, T. (1998). Adapting Psychotherapeutic Practice for Older Clients: Implications of the Contextual, Cohort-Based, Maturity, Specific Challenge Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 15-22.
- Koopmans, P. C., Sanderman, R., Timmerman, I. & Emmelkamp, P. (1994). The Irrational Beliefs Inventory (IBI): Development and psychometric evaluation. *European Journal of Psychological Assessment*. 10(1), 15-27.
- Lam, D., Brewin, C., Woods, R. & Bebbington, P. (1987). Cognition and Social Adversity in the depressed Elderly. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 23-26.
- Lambert, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York, EE. UU.: Brunner- Mazel.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143- 189). New York, EE. UU.: Wiley.
- Lawton, M. P. (1983a). The varieties of well-being. *Experimental Aging Research*, 9, 65-72.
- Lawton, M. P. (1983b). Environment and other determinants of well-being in older persons. *The Gerontologist*, 23, 349-357.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- Lehr, U. (1995). *Psicología de la Senectud*. España: Herder.
- Leszcz, M. (1998). Special Issue: Group Psychotherapy for the Medically Ill. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48(2). Documento disponible en Internet. <http://www.group-psychotherapy.com/bibliography.htm> - BIBLIOGRAPHY CONTENTS#BIBLIOGRAPHY CONTENTS
- Leung, S. N. M. & Orrell, M. W. (1993) A Brief Cognitive Behavioral Therapy Group for the Elderly: Who Benefits. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 593-598.
- Macavei, B. (2005). The role of irrational beliefs in the rational emotive behavior theory of depression. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 5(1), 73-81.
- Marín, P. (2000). Envejecimiento Saludable. *Manual geriatría y gerontología año 2000*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Documento disponible en Internet. <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejSaludable.pdf>

- Montes de Oca, V. (2003). El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política. *Papeles de Población*, 35, 79-104.
- Morales, M. E. (2003). *Género y Política en Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Morales, M. (2005). La felicidad de las personas mayores depende más de una actitud positiva que del estado físico. *Revista electrónica de ciencia, tecnología, sociedad y cultura*. Documento disponible en Internet, última visita 30 octubre de 2007. http://www.tendencias21.net/La-felicidad-de-las-personas-mayores-depende-mas-de-una-actitud-positiva-que-del-estado-fisico_a817.html
- Morin, C., Kowatch, R., Barry, T. & Walton, E. (1993). Cognitive- Behavioral Therapy for Late-Life Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 137-146.
- Muñoz, T. J. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. España: Pirámide.
- NACBT. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy*. National Association of Cognitive-Behavioral Therapists. Documento disponible en Internet. <http://www.nacbt.org/whatiscbt.htm>
- Nottingham IV, E. J. (1992, December). Use of the Survey of Personal Beliefs Scale: Further validation of a measure of irrational beliefs with psychiatric inpatients. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 10(4), 207-217.
- Oddone, M. J. & Aguirre, M. B. (2004). Ochenta y más: los desafíos de la longevidad. En Silvia Molina (Comp.), *Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor*. *Salud comunitaria, creatividad y derechos humanos* (pp. 63-85). Argentina: UNLa.
- Obst Camerini, J. (2004). *Introducción a la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires: CATREC. Documento disponible en Internet. <http://www.catrec.org>
- ONU-Organización de las Naciones Unidas. (26 de julio-6 de agosto de 1982). *Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Viena. S.82.I.16.
- Orlinsky, D., & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York, EE. UU.: Wiley.
- Ostrosky S. F. (1996). La neuropsicología del envejecimiento normal y patológico. En C. M. Corsi (Comp.), *Aproximaciones de las Neurociencias a la Conducta* (pp. 235-258). México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Phifer, J. F. & Murrel, S. A. (1986). Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 282-291.

- Pinquart, M. & Soerensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A meta analysis. *Journal of Mental Health and Aging*, 7(2), 207-243.
- Pullium, R. M. (1989). What makes good families: predictors of family welfare in the Philippines. *Journal of Comparative Family Studies*, 20(1), 47-66.
- Quintero, G. & González, U. (1997). Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y Salud. Perspectivas Actuales* (pp. 129-145). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Quiroz, T. F. (2001). *Afrontamiento, ideas irracionales y terapia racional emotiva en pacientes cardíopatas*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México, D. F.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of Complicated Mourning*. EE. UU.: BookCrafters.
- Reidl, M. L. (s. f.). *Medición en Ciencias Sociales*. México: UNAM, Facultad de Psicología. Mecanograma.
- Reig, F. A. (2000). Psicología de la Vejez. Comportamiento y Adaptación. En R. Fernández-Ballesteros (Directora), *Gerontología Social*. España: Pirámide.
- Rivera, A. (2007). *Modelo de intervención racional emotiva para la promoción del ajuste psicológico en el adulto mayor en un contexto religioso*. Tesis de doctorado no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México, D. F.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Paez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rodríguez, A. (2004). *La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados*. Papeles del Psicólogo. Universidad de Málaga. Documento disponible en Internet, última visita 28 de diciembre de 2007. www.eudemon.net
- Rokke, P., Tomhave, J. & Jovic, Z. (2000). Self-Management Therapy and Educational Group Therapy for Depressed Elders. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 99-119.
- Sank, L. & Shaffer, C. (1993). *Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitivo Conductual en Grupos*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Sczufca, M. & Matsuda, C. (2002). Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1),
- Secker, D., Kazantzis, N. & Pachana, N. (2004). Cognitive Behavior Therapy for Older Adults: Practical Guidelines for Adapting Therapy Structure. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 22(2), 93-109.

- Shapiro, A., Roberts, J. & Beck, G. (1999). Differentiating Symptoms of Anxiety and Depression in Older Adults: Distinct Cognitive and Affective Profiles? *Cognitive Therapy and Research*, 23(1), 53-74.
- Shapiro, D.A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shorkey, C. T. & Whiteman, V. L. (1977). Development of the Rational Behavior Inventory: Initial validity and reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 37, 527-534.
- Skinner, B.F. & Vaughan, M.E. (1986). *Disfrutar la Vejez*. España: Martínez Roca.
- Smith, J., Rausch, S. & Kettmann, J. (Oct. 2004). Factor Structure of the Smith Irrational Beliefs Inventory: Results of Analyses on Six Independent Samples. *Psychological Reports*, 95(2), 696-704.
- Spielgerger, C. D., Pollans, C. H. & Worden, T. J. (1984). Anxiety disorders. En S. M. Turner y M. Hersen, *Adult Psychopathology and Diagnosis* (pp. 263-303). New York, EE. UU.: Wiley.
- Steuer, J., Mintz, J., Hammen, C., Hill, M. A., Javik, L. F., McCarley, T., Motoike, P. and Rosen, R. (1984). Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 52, 180-192.
- Suárez, E. N., Munist, M. & Ruiz, M. D. (2004). Resiliencia en la tercera edad. En S. Molina (Comp.), *Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor. Salud comunitaria, creatividad y derechos humanos* (pp. 89-101). Argentina: UNLa.
- Thompson, L. W., Gallagher, D. & Breckenridge, J. S. (1987). Comparative Effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55, 385-390.
- Triadó, C. & Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de Psicología*, 73, 43-55.
- Tuirán, R. (2000). *Desafíos del Envejecimiento Demográfico en México*. CONAPO. Conferencia impartida el 8 de Mayo de 2000 en la CND, Ciudad de México. Documento disponible en Internet, última visita invierno de 2006.
<http://www.cndh.org.mx/PrincipaldocumentolibreriaFasciculos>
- Universidad Autónoma de Madrid. (2001). *Escalas de valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)*. España. Documento disponible en Internet, última visita invierno de 2006.
http://www.biopsicologia.net/fichas/page_5337.html
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarrí, O., Ben-Dov, P., Aristegui R. & De la Parra, G. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psykhé*, 14(2), 3-18.

- Vellas, P. (1996). Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Pública México*, 38(6), 513-522. Documento disponible en Internet. <http://www.insp.mx/salud/38/386-11.html>
- Vera-Villarroel, P., Valenzuela, P., Abarca, O. & Ramos, N. (2005). Evaluación de una intervención conductual Intensa y breve para el manejo de estados emocionales: un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 121-132.
- Villa, B. J. (2002). *La Animación de Grupos*. Barcelona, España: CISSPRAXIS
- Villafuerte, C. S. (2001). *Aprendiendo a ser asertivos: una oportunidad para adultos mayores*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México, D. F.
- Wessler, R. A. & Wessler, R.L. (1980). *The Principles and Practice of Rational Emotive Therapy*. EE. UU.: Jossey-Bass Publishers.
- Whitbourne, S & Weinstock, C. (1979). *Adult Development*. New York, EE. UU.: Holt, Rinehart and Wiston.
- Windle, G. & Woods, R.T. (Jul., 2004) Variations in subjective wellbeing: The mediating role of a psychological resource. *Ageing & Society*, 24(4), 583-602.
- Winston, J. B. (2003). *Cognitive Behavior Therapy*. The New York Institute for Cognitive and Behavioral Therapies. EUA. Documento disponible en Internet, última visita invierno de 2006. <http://www.cognitivetherapy.com>
- Wisocki, P. A. & Mosher, P. (1982). The elderly: An understudied population in behavioral research. *International Journal Geriatrics*, 1, 5-14.
- Wright, P. (2004). El envejecimiento según dos modelos: el Biológico y el Social. En S. Molina (Comp.), *Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor*. *Salud comunitaria, creatividad y derechos humanos* (pp. 55-60). Argentina: UNLa.
- Woodward, A., Carless, S. & Findlay, B. (Nov. 2001). A psychometric evaluation of the Irrational Beliefs Inventory in a marital context. *Australian Psychologist*, 36(3), 255-261.
- Yanguas, J., Leturia, J., Leturia, M. & Uriarte, A. (1998). *Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico*. España: Cáritas.
- Yesavage, J., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leiver, V.O. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Young, Q. R. (1998). Health promotion for older adults: Evaluation of a cognitive-behavioral intervention. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 58(9-B), 5149.

ANEXOS.

Anexo 1. Cuestionario de Ideas Irracionales para adultos mayores (CII).

Lea con mucho cuidado cada una de las siguientes afirmaciones y responda la opción de respuesta "sí", si se encuentra de acuerdo o creé lo que dice esa afirmación, o la opción de respuesta "no", si no está de acuerdo o no creé lo que dice tal afirmación.

Marque la opción deseada con una X, como se indica en el siguiente ejemplo:

	SI	NO
Todas las manzanas son rojas		X

Ahora lea con cuidado y responda la opción deseada para cada afirmación. Recuerde que no se puede modificar la pregunta, sólo límitese a responder si está de acuerdo o no con la afirmación que se encuentra escrita en el papel.

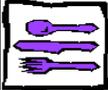
	SI	NO
1. Cuando me va mal en la vida es porque Dios así lo quiere		
2. Me siento muy mal cuando no se castiga a los que se lo merecen		
3. Es terrible tener que pedir ayuda		
4. Me importa mucho que mi familia apruebe todo lo que hago		
5. El gobierno tiene la culpa de los problemas de la gente		
6. La gente que comete errores merece lo que le pasa		
7. Yo tengo que poder con todo		
8. Es horrible cuando alguien me critica		
9. Debo de ser el/la mejor en todo lo que hago		
10. Los demás me han impedido salir adelante		
11. Soy una persona con muy mala suerte		
12. Evito hacer cosas en las que soy malo(a)		
13. Los demás tienen la culpa de que yo me sienta mal		
14. Rara vez logro ser lo suficientemente bueno(a) en lo que hago		
15. La vida me ha tratado mal		
16. Me molesta que las personas se equivoquen		
17. Está bien depender de alguien más fuerte que uno		
18. Yo tengo la culpa de que a mis hijos les vaya mal		
19. Lo desconocido me causa mucho temor		
20. Odio que las cosas me salgan mal		
21. Rara vez exagero los problemas		
22. Las cosas son buenas o malas, sin puntos medios		
23. Yo se cuando le caigo mal a alguien		
24. Las personas que no creen en Dios están perdidas		
25. La vida es injusta con algunas personas		
26. Es muy difícil que las cosas cambien		
27. Las cosas se hacen bien o mejor se dejan de hacer		
28. La suerte determina la vida de las personas		
29. Cuando tengo un logro en mi vida necesito que los demás me lo reconozcan		
30. He tenido una vida muy difícil que me ha impedido salir adelante		
31. Me importa poco lo que los demás piensan de mi		
32. Cuando estoy ausente todo se viene abajo		
33. Para que preguntar si ya sabes lo qué te van a contestar		

	SI	NO
34. Antes de tomar una decisión le pido consejo a alguien cercano		
35. El que nace para maceta no pasa del corredor		
36. Odio fracasar en algo		
37. Siempre se necesita contar con alguien más grande que nos ayude		
38. Es casi imposible vencer las influencias del pasado		
39. Regularmente me preocupo mucho por cosas que aún no suceden		
40. Las personas fuertes rara vez piden ayuda		
41. Sería muy feliz si no tuviera que trabajar		
42. Le doy a los problemas solo la importancia que tienen		
43. Soy más feliz cuando tengo poco que hacer		
44. Cuando la gente se equivoca es porque es tonta		
45. A veces pienso que ya nada tiene solución		
46. Llegada cierta edad es casi imposible cambiar mi forma de ser		
47. Cuando tengo un problema prefiero hacer de cuenta que no existe		
48. Yo se lo que es mejor para mi familia		
49. Creo que la vida es más sencilla si le damos vuelta a los problemas		
50. Las personas inmorales deben ser castigadas		
51. Quiero que todos me estimen		
52. A palo dado ni Dios lo quita		
53. Es difícil que yo salga adelante sólo(a) sin la ayuda de alguien		
54. Es mejor malo conocido que bueno por conocer		
55. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro		
56. Yo sé cuando algo me va a salir mal desde antes de hacerlo		
57. Rara vez pido ayuda		
58. Me doy cuenta cuando las personas están hablando mal de mí		
59. Me siento muy mal cuando le caigo mal a alguien		
60. La gente sobrevalora la influencia del pasado		
61. Es horrible desconocer lo que va a pasar en el futuro		
62. Tengo que hacer las cosas yo mismo(a) para que salgan bien		
63. Antes todo era mejor		
64. Si mi familia hiciera caso de mis consejos, serían mejores personas		
65. Presiento cuando algo muy malo va a suceder		
66. A veces creo que las personas están en contra mía		
67. Hay personas que me tienen mala fe		

Anexo 2. Registro conductual.

REGISTRO CONDUCTUAL

Marque por favor con una "X" las actividades que realizó usted

	LUNES	MARTES	MIÉR.	JUEVES	VIÉR.	SABADO	DOMI.
 1. Hizo o recibió visitas							
 2. Habló usted por teléfono con algún amigo o familiar							
 3. Siguió usted correctamente su tratamiento médico							
 4. Realizó usted sus tres comidas al día							
 5. Salió de paseo							
 6. Realizó gimnasia de mantenimiento o deporte							
 7. Realizó alguna actividad artística							

Anexo 3. Manual del participante.

Hoja de metas individuales.

I. Relajación

- a. _____

- b. _____

- c. _____

II. Cambio de pensamientos

- a. _____

- b. _____

- c. _____

III. Solución de problemas

- a. _____

- b. _____

- c. _____

Formato 1. Compromiso personal escrito.

En un esfuerzo por llevar al máximo mi aprendizaje sobre las técnicas cognitivo-conductuales, me comprometo a cumplir con los requisitos de asistencia, puntualidad, contacto con el compañero asignado, realizar las lecturas, tareas escritas y ejercicios para casa.

Estoy consciente que el incumplimiento de este contrato no tendrá repercusiones legales de ningún tipo, las consecuencias serán sólo de tipo personal.

A T E N T A M E N T E

Nombre, Firma y Fecha

Formato 2. Tareas para casa.

SESIÓN 1

1ª SESION - TAREAS ASIGNADAS PARA CASA

1. Practicar la Respiración Diafragmática dos veces al día durante cinco minutos.
2. Leer la primera parte de la lectura.
3. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

SESIÓN 2

2ª SESION - TAREAS PARA CASA

1. Practicar ejercicios de relajación:
 - a. Respiración diafragmática dos veces al día durante dos minutos.
 - b. Respiración profunda por tres minutos.
 - c. Relajación autógena por cinco minutos más.
2. Llamar al compañero por teléfono (opcional).

SESIÓN 3

3ª SESION - TAREAS PARA CASA

1. Practicar la Respiración diafragmática, profunda, la relajación autógena y la Imaginación guiada dos veces al día.
2. Leer la segunda parte de la lectura
3. Tratar de detectar pensamientos del tipo irracional que se presentan a lo largo del día.
4. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

SESIÓN 4

4ª SESION - TAREAS PARA CASA

1. Practicar la Respiración profunda, relajación autógena e imaginación dos veces al día.
2. Llenar un formato 6, análisis de pensamientos Irracionales, con las ideas irracionales que vayan apareciendo en la semana.
3. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

SESIÓN 5

5ª SESION - TAREAS PARA CASA

1. Practicar Respiración profunda y asociarla con una imagen guiada.
2. Leer la tercera parte de la lectura.
3. Repasar todo el manual para recordar lo visto durante todas las sesiones.
4. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

SESIÓN 6

6ª SESION - TAREAS PARA CASA

1. Practicar Respiración profunda y asociarla con una imagen.
2. Leer la cuarta parte de la lectura.
3. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

Formato 3. Características de los pensamientos irracionales.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS IRRACIONALES

- Injustificados.
- Son dogmáticos .
- Absolutistas.
- Se expresan en forma de obligación, necesidad imperiosa o exigencia.
- Provoca reacciones negativas inapropiadas.
- Interfieren en el logro de metas.
- Generan alteraciones de la conducta.
- Subjetivo.
- Inconsistentes con los hechos externos.
- Inflexibles, absolutistas, rígidos.
- Genera emociones inadecuadas.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS RACIONALES

- Son probabilísticas, preferenciales o relativos.
- Se expresa en forma de deseos o gustos.
- Cuando no se consigue lo que desea, los sentimientos negativos de malestar o insatisfacción no impiden el logro de nuevos objetivos o propósitos.
- Objetivo, consistente con hechos externos.
- Flexible, moldeable a las situaciones.
- Capaz de generar emociones adecuadas.
- Ayuda a conseguir nuestras metas.

Formato 4. Tipos de ideas irracionales.

1. **Pensamiento extremista de todo-o-nada:** ves las cosas en categorías de blanco o negro. Si tu rendimiento no es perfecto, te consideras a ti mismo un fracaso total.
2. **Generalización excesiva:** consideras un hecho negativo aislado como una pauta que no tiene fin.
3. **Descalificar lo positivo y concentrarse en lo negativo:** niegas las experiencias positivas insistiendo en que esas “no cuentan” por una u otra razón. De esta manera puedes mantener una creencia negativa que tu experiencia cotidiana contradice. Sacas un detalle negativo aislado de su contexto y te fijas exclusivamente en él, de manera que tu visión de la realidad se oscurece, como una gota de tinta que tiñe un vaso de agua clara.
4. **Sacar conclusiones precipitadas:** realizas una interpretación negativa aunque no existan hechos negativos que apoyen de una manera convincente tu conclusión.
 - a. **Lectura del pensamiento.** Concluyes arbitrariamente que una persona está reaccionando de manera negativa contigo y no te molestas en comprobarlo.
 - b. **Adivinar el futuro.** Anticipas que las cosas van a salir mal, y estás convencido de que tu predicción es ya un hecho establecido.
5. **Magnificar (catastrofizar) o minimizar:** exageras la importancia de las cosas o reduces las cosas de una manera inadecuada hasta que parecen insignificantes (tus propias cualidades deseables o las imperfecciones de otra persona).
6. **Razonamiento emocional:** asumes que tus emociones negativas reflejan necesariamente la forma en que las cosas son realmente: “Yo lo siento así, por lo tanto debe ser verdad”.
7. **Reglas y “deberías”:** intentas motivarte a ti mismo mediante “deberías” y “no deberías” como si tuvieras que ser hostigado y amenazado antes de poder pretender hacer algo. Los “tendría que” y “habría que” son también ofensas. Su consecuencia emocional es la culpabilidad. Cuando diriges las afirmaciones de “debería” hacia otros sientes enfado, frustración y resentimiento.
8. **Etiquetar:** esta es una forma extrema de sobregeneralización. En lugar de describir tu error, añades una etiqueta negativa a ti mismo: “soy un perdedor”. Cuando la conducta de otra persona te afecta de manera negativa, le añades una etiqueta: “es un maldito gusano”. El etiquetado erróneo implica describir un acontecimiento con un lenguaje viciado y cargado emocionalmente.
9. **Personalización:** te ves a ti mismo como la causa de algún acontecimiento negativo externo por el que, de hecho, no has sido responsable en primer lugar.

Formato 5. Preguntas de ayuda para cuestionar los pensamientos irracionales.

¿Sé a ciencia cierta que ocurrirá?

¿Estoy cien por ciento seguro de esas consecuencias desagradables?

¿Qué pruebas tengo?

¿Por qué tiene que ser igual o resultar en lo mismo?

¿Acaso tengo una bola de cristal?

¿Qué es lo peor que podría ocurrir?

¿Qué tan malo sería eso?

¿Podría haber alguna otra explicación?

¿Cuál es la probabilidad de que así sea?

¿Es realmente tan importante o necesario?

¿La opinión de refleja la del resto del mundo?

¿Es realmente tan importante, que todo mi futuro dependa de ese resultado?

Formato 6. Análisis de pensamientos irracionales.

ANÁLISIS DE PENSAMIENTOS IRRACIONALES

Pensamientos irracionales	Creencias racionales para invalidar los pensamientos irracionales								

Formato 7. Solución de problemas.

1. Identificación del Problema

a. ¿Cuál es el problema? (Especificación): _____

b. ¿Cómo empezó el problema? (Antecedentes): _____

2. ¿Cómo sabrías que has solucionado el problema? (Metas): _____

3. Opciones. Formas de solucionarlo, aunque de entrada no parezcan tan buenas (Generar alternativas):

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

4. Evaluar la opciones anteriores (Evaluar las alternativas):

“Pros”.

“Contras”.

¿Del uno al cinco que tan efectiva cree que sea esta alternativa? (1=menor; 10=mayor).

(Lo bueno, puntos a favor)

(Lo malo, puntos en contra)

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

5. Con base en el paso anterior, elija la mejor alternativa (Toma de decisión):

6. ¿Esta alternativa le permitirá alcanzar su meta? (Verificar la alternativa elegida).

SI () NO ()

7. ¿Qué necesito para realizar la alternativa elegida? (Preparación para la realización).

8. ¿Cuándo creo que obtendré el resultado deseado? (Tiempos).

9. ¿Qué resultado obtendré? (Realización).

Formato 8. Hoja de trabajo para problemas restantes.

Metas que Requieren Trabajo Adicional

A. Problema 1: _____
Meta 1: _____

Qué tengo que hacer para alcanzar la meta 1:

1. _____
2. _____
3. _____

B. Problema 2: _____
Meta 2: _____

Qué tengo que hacer para alcanzar la meta 2:

1. _____
2. _____
3. _____

Anexo 4. Registro de práctica de relajación.

Fecha:

Mañana

<input type="text" value="ANTES"/>					
<input type="text" value="DESPUÉS"/>					

Noche

<input type="text" value="ANTES"/>					
<input type="text" value="DESPUÉS"/>					

Fecha:

Mañana

<input type="text" value="ANTES"/>					
<input type="text" value="DESPUÉS"/>					

Noche

<input type="text" value="ANTES"/>					
<input type="text" value="DESPUÉS"/>					

Fecha:

Mañana

<input type="text" value="ANTES"/>					
<input type="text" value="DESPUÉS"/>					

Noche

<input type="text" value="ANTES"/>					
<input type="text" value="DESPUÉS"/>					

Anexo 5. Lectura parte Uno.

EL ENVEJECIMIENTO EXITOSO.

Envejecimiento exitoso, antes que un concepto, enmarca desde hace mucho, una importante aspiración humana. Deseamos envejecer bien, sin dolor o con el mínimo de sufrimiento. Usualmente, miramos con admiración a aquellos que pasan los años con bienestar, realización personal, vivacidad y vigor.

El envejecimiento exitoso es una habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental, y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y la participación en actividades significativas.

Es importante decir que el envejecimiento exitoso es una cuestión de opción individual.

Al referirnos al envejecimiento exitoso, queremos decir que a pesar de la edad cronológica de alguien, puede mantener su independencia para las actividades de la vida diaria, y gozar de una equilibrada salud mental y buena calidad de vida. En contraste, se habla de envejecimiento 'no exitoso', cuando el paso de los años ha llevado al individuo a una situación de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, hay limitación

funcional o problemas de salud mental, y con ello deterioro de su calidad de vida.

Ahora bien, la tercera edad, según sus bases, es una etapa en que las personas deben abrirse a lo nuevo, encontrar nuevas y mejores formas de relacionarse (con la pareja, la familia y la comunidad), rescatar antiguos proyectos de vida e iniciar otros, involucrarse en el aprendizaje de nuevas habilidades, etc. Implica oponerse a la concepción de vejez asociada a la decadencia y la declinación.

Se busca cambiar algunas creencias sociales alrededor de este período de la vida y de la jubilación. Estar retirado viene ahora a significar un período de actividad, realización personal, entretenimiento y diversión, y no de decadencia, aburrimiento, enfermedad y muerte.

Para estar sano, el ser humano necesita satisfacer sus necesidades primarias: alimentación, vestido, vivienda, afecto, recreación y descanso. Pero también requiere vivir en paz, disfrutar de educación y de un entorno favorable para la vida.

Por lo anterior podemos decir que el envejecimiento exitoso se construye simultáneamente con la satisfacción de necesidades y un estilo de vida salud.

A partir de la explicación del envejecimiento como exitoso, se desprende entonces, el hecho de que el término viejo y vejez no es una ofensa, no es vergonzoso, implica dignidad, independencia, participación social y autocuidado.

Si estamos en esta etapa de la vida hay una gran cantidad de cosas que podemos hacer para mantenernos en buenas condiciones:

- Comer en forma variada y prudente, evitando excesos en grasas, sal y azúcares.
- Mantenernos en nuestro peso.
- Hacer ejercicio.
- Mantenga la higiene en su casa y su persona.
- Visitar al médico para controlar y prevenir problemas de salud así como los riesgos que implican (ej. hipertensión, diabetes, depresión, falta de memoria).
- Ser estricto en el seguimiento de sus tratamientos.
- Evitar el abuso de medicamentos y no automedicarse.
- El alcohol y el tabaco no son buenos para nadie.
- Mantener y procurar el contacto social, especialmente con su familia y amigos.
- Tome la iniciativa en sus relaciones (no pasa nada si usted es el que llama o el que invita u organiza la reunión).
- Busque grupos de personas de su misma edad para convivir.
- En la medida de lo posible no dependa de lo demás, procure desenvolverse en la vida con autonomía.
- Tome sus propias decisiones, exprese sus deseos y preferencias, hágalas respetar.

- Respete la apariencia, las opiniones, las decisiones y la vida de los demás.
- Realice muchas y variadas actividades recreativas y culturales.
- Tome clases y aprenda nuevas cosas.
- Desarrolle nuevas metas en su vida que sean alcanzables a corto y mediano plazo.
- No de por hecho que las molestias que le aquejan son debidas al envejecimiento.
- Cuide sus finanzas, “las penas con pan son menos”.
- Continúe haciendo cosas que le gustan y le interesen.
- No se enfoque sólo en sus problemas.
- Ayude a otros a envejecer bien.
- Si detecta que a pesar de todos sus esfuerzos no logra ser feliz, asista con un especialista (psicólogo o psiquiatra).

Una actitud positiva ante la vida proporciona mayor felicidad en la vejez que el mismo estado de salud, por lo tanto la felicidad en la vejez depende más de una actitud positiva que de la salud que se tenga. Una buena actitud es casi una garantía de un buen envejecimiento.

El optimismo y la actitud de “hacer frente” a las cosas es muy importante para conseguir un envejecimiento feliz, así la preocupación de las personas que se encuentran en edades avanzadas debe centrarse en el cultivo de actitudes positivas.

La percepción que se tiene de uno mismo puede ser incluso más importante que el estado físico y también se ha demostrado que la gente que

socializa y convive con otras personas, lee o participa en actividades de recreación, tiene un nivel de satisfacción más alto en la vejez.

Por todo lo anterior, podemos concluir que el objetivo en la vejez debe estar centrado en lograr tener una vejez saludable, satisfactoria, activa y por lo tanto exitosa.

¿Pero qué significa eso?

El **envejecimiento saludable** se refiere a pasar por esta etapa de la vida en las mejores condiciones de salud posibles, lo cual implica necesariamente la aparición de términos como autocuidado, higiene, gimnasia de mantenimiento, buena nutrición, manejo del estrés, etc.

Sin el envejecimiento saludable es difícil alcanzar una vida larga y satisfactoria. La salud en esta etapa de la vida tiene que ser concebida como el estado general de bienestar (en lo biológico, psicológico y social) y no sólo como la ausencia de enfermedad.

La salud es un valor. Cada persona puede conservarla, mejorarla y enriquecerla identificando los factores que inciden en ella, previniendo riesgos y modificando hábitos y conductas nocivas.

Cuando hablamos de **envejecimiento satisfactorio** nos referimos a la funcionalidad, es decir, el envejecimiento satisfactorio se define por la “capacidad para funcionar de manera autónoma en un contexto social determinado”. El adulto mayor puede considerarse sano si es social e intelectualmente activo, aun cuando tenga alguna enfermedad crónica y esté tomando fármacos.

Envejecer satisfactoriamente implica un estilo de vida personal y social con dignidad, energía y salud; actividad física y mental; participación e integración social y productiva; seguridad, tranquilidad y satisfacción con la vida propia. Es el resultado de optimizar nuestro potencial personal y social viviendo vidas tan activas, participativas y productivas, saludables y solidarias como nuestras condiciones lo permitan.

Precisamente aquí es donde surge la necesidad de hablar también de un **envejecimiento activo**, que implica la participación dinámica de la persona para lograr su propio envejecimiento saludable, satisfactorio y por lo tanto exitoso. El envejecimiento activo es el resultado de las siguientes acciones:

1. El mantenimiento de las capacidades funcionales:
 - Físicas: por el ejercicio.
 - Cerebrales: a través de la activación cerebral.

- Afectivas y sociales: a través del desarrollo y mantenimiento de una buena red de relaciones sociales.
2. Un buen estado nutricional.
 3. Un proyecto de vida motivante.
 4. Sustituir lo que ya no se puede hacer por otras actividades que sí se pueden hacer.
 5. Emplear los aparatos necesarios como prótesis, equipo electrónico, etc. que permitan compensar las incapacidades.

Como podemos observar, todos los conceptos antes mencionados (envejecimiento exitoso, saludable, satisfactorio y activo) comparten muchas características entre ellos, así como una base común de procurar una mejor calidad de vida en la vejez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Brigeiro, M. (2005). "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": Problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*, 23(1), 102-109.

<http://enfermeria.udea.edu.co/revista/Marzo2005/09-EnvejecimientoExitoso.pdf>

Caracoles (2005). ¿A qué nos referimos con "envejecimiento exitoso"? Página de Internet, última visita 30 de octubre de 2007.

http://www.centrodeculturadigital.org/caracoles/modules.php?name=Content&pa=list_pages_categories&cid=7

Hoyl, T. (2003). Teorías actuales de envejecimiento. *ARS Médica*, 8 (8), 47-62.

<http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica8/Art04.html#>

ISSSTE (2005). Envejecimiento exitoso. Página de Internet, última visita 30 de octubre de 2007.

<http://www.issste.gob.mx/cnped/pdf/envejecimiento.pdf>

Marin, P. (2000). Envejecimiento Saludable. Manual geriatría y gerontología año 2000. Pontificia Universidad Católica de Chile.

<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejSaludable.pdf>

Morales, M. (2005). La felicidad de las personas mayores depende más de una actitud positiva que del estado físico. Revista electrónica de ciencia, tecnología, sociedad y cultura. Última visita 30 octubre de 2007. http://www.tendencias21.net/La-felicidad-de-las-personas-mayores-depende-mas-de-una-actitud-positiva-que-del-estado-fisico_a817.html

Vellas, P. (1996). Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. Salud Pública México, 38(6), 513-522. <http://www.insp.mx/salud/38/386-11.html>

Banco Interamericano de Desarrollo. (2007). Washington, D.C.: BID. Página de Internet, última visita Febrero de 2007. <http://www.iadb.org/regions/aging/esp/home.cfm>

Anexo 6. Hoja de Datos Sociodemográficos (HDS).

FOLIO _____

FECHA DE APLICACIÓN _____

LUGAR DE APLICACIÓN _____

1. NOMBRE _____

2. TELÉFONO CASA _____

3. TELÉFONO CEL. _____

4. SEXO: Femenino ()
Masculino ()

5. EDAD _____ (años cumplidos)

6. ESTADO CIVIL: Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado ()
Viudo ()

7. CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE: Solo () Con su pareja o cónyuge ()

Con sus hijos () Con un familiar () Otro () ¿Quién? _____

8. ¿CUENTA CON ALGÚN INGRESO ECONÓMICO? Sí () No ()

9. ¿QUIÉN SE LO PROPORCIONA? _____

10. ¿EL INGRESO QUE USTED RECIBE SATISFACE SUS NECESIDADES? Sí () No ()

11. ¿SABE USTED LEER Y ESCRIBIR? Sí () No ()

12. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS?

Ninguno en absoluto ()
Primaria ()
Secundaria o Nivel Técnico ()
Bachillerato o Profesional ()

13. ¿LA VIVIENDA QUE USTED HABITA ES?

Rentada () Propia () Prestada () Vive en casa de algún familiar () Albergue ()

14. ¿CUÁL ES SU ACTIVIDAD PRINCIPAL? Puede marcar más de una.

Empleado () Trabaja por su cuenta () Retirado, Jubilado o pensionado ()

Busca trabajo () Otra ¿cuál? _____

15. MENCIONE TRES ACTIVIDADES QUE REALICE EN SU TIEMPO LIBRE. Sólo tres.

- 1.Ver t.v./escuchar música
- 2.Domesticas
- 3.Manualidades
- 4.Sociales, culturales, educativas
- 5.Oficio
- 6.Deportivas
- 7.Dormir, descansar
- 8.Otras

16.PERTENECE ALGÚN GRUPO O ASOCIACIÓN? Sí () No ()

17.¿DE QUE TIPO?

Recreativa () Cultural () Educativa () Religiosa () Deportiva () Otra ¿cuál? _____

18.¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA?

- Al menos una vez a la semana ()
- Al menos una vez al mes ()
- Ocasionalmente ()

19.¿ESTÁ USTED ENFERMO EN ESTE MOMENTO? Sí () No ()

20.¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD? _____

- 1 Crónico-degenerativa
- 2 Auditiva/ visual
- 3 Músculo-esquelética
- 4 Aguda
- 5 Mental o psicológica
- 6 Otras (especifique)

21.¿ACTUALMENTE TOMA USTED ALGÚN MEDICAMENTO? Sí () No ()

22.¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMA?

23.MENCIONE LOS TRES PROBLEMAS PRINCIPALES QUE VIVE EN ESTE MOMENTO:

1. _____
2. _____
3. _____

Anexo 7. Manual de descripción de sesiones de intervención (basado en Sank & Shaffer, 1993).

Evaluación inicial. Duración total aproximada 30 min.

Objetivos:

- Evaluación clínica individual de los miembros “pre-grupo”.

Sumario de evaluación inicial.

1. Administración de los instrumentos de evaluación (25 min.).
2. Establecer *rapport* y encuadrar las sesiones (5 min.).

Material necesario:

- Lápiz
- Instrumentos de evaluación (Hoja de Datos Sociodemográficos, Minimental, Ansiedad de Beck, Escala de Bienestar Subjetivo, Cuestionario de Ideas Irracionales, Escala de Depresión Geriátrica, Registro Conductual).
- Hojas blancas.
- Fichas de respuesta.

Actividad 1. Administración de instrumentos de evaluación.

Objetivos:

- Aplicar evaluación “pre”-intervención.

Descripción:

Se aplican los instrumentos de evaluación (Hoja de Datos Sociodemográficos, Minimental, Ansiedad de Beck, Escala de Bienestar Subjetivo, Cuestionario de Ideas Irracionales, Escala de Depresión Geriátrica, Registro Conductual).

Se le explica al paciente que el proceso de evaluación es un medio para conocer cómo se encuentra antes de que empiece el grupo, para posteriormente al terminar las sesiones poder conocer los avances. Además, que se intenta mejorar la calidad del grupo de psicoterapia y por lo tanto se necesitan las mediciones para poder evaluar cómo fue su avance dentro del grupo.

Actividad 2. Establecer *rappor*t y encuadrar las sesiones.

Objetivos:

- Preparar al paciente para el grupo.

Descripción:

Explicación breve al paciente de cómo será el grupo de psicoterapia, los días, el horario y los objetivos de las reuniones de grupo, y de la próxima cita.

Sesión 1. Iniciación. Duración total 120 min.

Objetivos:

- Presentación.
- Integración de grupo.
- Comienzo del entrenamiento en relajación.

Sumario de sesión 1.

1. Orientación general (5 min.).
2. Descripción de la experiencia de grupo (10 min.).
3. Juego de nombres (10 min.).
4. Juego de los secretos (15 min.).
5. Introducir al paciente para la experiencia de grupo (5 min.).
6. Desarrollo de metas individuales (15 min.).
7. Compartir metas individuales (20 min.).
8. Clasificación de preguntas y conceptos erróneos respecto al grupo (5 min.).
9. Compromisos personales y reglas internas (15 min.).
10. Explicación y demostración de la respiración diafragmática (15 min.).
11. Tareas asignadas para casa (5 min.).

Material necesario:

- Lápices.
- Hojas blancas.
- Hojas de rotafolio.
- Pizarrón, gises o plumones y borrador.
- Metas individuales (manual del participante).
- Formato de compromiso personal escrito (formato 1).
- Lectura parte uno (manual del participante).
- Hojas con tareas asignadas para casa (formato 2, sesión 1).

Actividad 1. Orientación general.

Objetivos:

- Comprobar asistencia.
- Presentación por parte del terapeuta.
- Dar inicio a las sesiones con unas palabras de bienvenida.

Descripción:

Se comprueba inmediatamente al inicio de cada sesión la asistencia. El terapeuta comienza presentándose por su nombre y disciplina.

El terapeuta presenta al grupo de la siguiente manera:

Este es un grupo de terapia cognitivo-conductual que se encarga de ayudar a los miembros a comprender las raíces de sus síntomas; a superar sus sentimientos y conductas inapropiadas; a funcionar mejor en sus relaciones "intra" e interpersonales y a minimizar sus perturbaciones básicas. Todos hemos llegado aquí por diversas razones. Lo que planeamos hoy es mostrarles como cada una de sus metas y áreas individuales de problema van a ser abordadas en las siguientes sesiones.

Se da una explicación breve sobre lo que se va a realizar durante la 1ª sesión: explicación sobre la experiencia de grupo, una visión general de lo que van a ser las sesiones, dinámicas para conocernos e integrarnos mejor, compartir las metas Individuales, establecimiento de compromisos personales y reglas Internas y, la primera de las técnicas de relajación.

Actividad 2. Descripción de la experiencia de grupo.

Objetivos:

- Reforzar la decisión del paciente de unirse al grupo.

Descripción:

Se comienza con la descripción de grupo. El terapeuta incorpora las preocupaciones de los pacientes a esta descripción, y el por qué el formato de grupo resulta especialmente apropiado para satisfacer las necesidades de los pacientes.

A continuación se le ofrece una lista de ventajas intrínsecas a la terapia de grupo en oposición al tratamiento individual. No tiene que aplicarse todo a cada paciente, pero algunos puntos podrán asegurar al paciente la conveniencia de estar en un grupo.

Ventajas del formato grupal para la terapia cognitivo-conductual:

1. La primera se deriva de la naturaleza educacional o didáctica de la terapia cognitivo-conductual y del hecho de que las explicaciones e instrucciones son más fácilmente dadas a los pacientes en un formato grupal.
2. La segunda ventaja es que, dado que la terapia cognitivo-conductual requiere que el paciente tome conciencia de sus cogniciones inadaptativas, el terapeuta puede ser ayudado por comentarios y sugerencias de otros miembros del grupo.
3. Por último, ciertas técnicas conductuales requieren el formato de grupo (ejemplo juego de roles).

Siete ventajas del formato de grupo frente al tratamiento individual cognitivo-conductual:

1. Aprendizaje vicario.
2. Promover la independencia.
3. Aprendizaje de los compañeros.
4. Aprendizaje mediante la ayuda a otros.
5. Tener problemas similares.
6. Compromiso público.
7. Estímulo a través del éxito de otros.

Actividad 3. Juego de nombres.

Objetivos:

- Hacer que se familiaricen con los nombres de los demás miembros del grupo.
- Proporcionar a cada miembro la oportunidad de decir algo sobre sí mismos.
- Aprender algo sobre los demás miembros del grupo.
- Aumentar la cohesión del grupo.
- Generar situaciones de humor que rompan el hielo y crear clima de confianza.

Descripción:

Se comienza por una explicación sobre el objetivo de este ejercicio.

Se pide a cada miembro del grupo que piense un adjetivo que lo describa como persona. Que también piense en la explicación breve del porque ese adjetivo. Cada participante dice su nombre, su adjetivo y la razón del adjetivo.

Actividad 4. Juego de los secretos.

Objetivos:

- Oportunidad de expresar una emoción y de efectuar revelaciones personales en un ambiente seguro.
- Aproximación sucesiva a la auto-apertura real al grupo.
- Disminuir el impacto de su problema al escucharlo en boca de alguien más.
- Promover la cohesión por medio de la empatía.

Descripción:

Se comienza con una explicación breve sobre el objetivo de este ejercicio.

Todos los miembros del grupo reciben lápices y hojas. Se pide a cada uno que escriba algo de sí mismo que le sería incómodo comunicar al resto de los miembros del grupo. También se les dice que su secreto será mantenido anónimo pero que será leído por otro miembro del grupo como si fuera

propio. El grupo tiene cinco minutos para escribir los secretos. A continuación se recogen los papeles, se colocan en un recipiente y se mezclan. Cada miembro va eligiendo un papel y cuenta el secreto como si fuera el propio (con sentimiento). Se termina el ejercicio con una retroalimentación sobre qué sintieron al revelar su secreto.

Actividad 5. Introducir al paciente para la experiencia de grupo.

Objetivos:

- Preparar al participante de grupo por medio de la explicación sobre qué consisten los módulos (relajación, cambio de pensamiento y solución de problemas) que incluye el tratamiento y en qué casos nos sirven.

Descripción:

Al paciente se le proporciona una breve descripción de los tres módulos de intervención (relajación, cambio de pensamiento y solución de problemas):

A continuación, se describen los tres módulos que constituyen esta experiencia de grupo. Después de cada descripción, se encuentra un grupo de áreas de problemas que podrán ser mejoradas mediante lo que se aprenda en el grupo en ese módulo particular. Mientras lee cada descripción, piense por favor en usted mismo y en cómo le puede servir ese punto a usted. Después de esto, nos ayudaremos para desarrollar metas personales para su experiencia de grupo.

Módulo de relajación.

El primer módulo introduce al paciente a cuatro diferentes procedimientos de relajación: respiración diafragmática, respiración profunda, relajación autógena e imaginación guiada. Todas estas técnicas enseñan una habilidad que contrarresta la experiencia corporal y psicológica de la ansiedad. Los miembros del grupo con problemas somáticos como dolor crónico en la parte inferior de la espalda, dolores de cabeza tensionales, problemas de eficacia reducida, o ansiedad en circunstancias

sociales son especialmente proclives a beneficiarse del empleo de estas técnicas. Ahora bien, la mayoría de las personas están en algún momento inadecuadamente tensas y pueden beneficiarse del dominio de estas técnicas.

Ejemplos de áreas de problemas:

1. Dificultad para dormir.
2. Persistentes dolores de cabeza tensionales.
3. Sentirse presionado.

Módulo de cambio de pensamiento.

Este módulo se basa en un principio que defiende que las emociones negativas extremas no son el resultado de las experiencias vitales, sino de las actitudes o pensamientos que las personas tienen sobre esas experiencias. El Cambio de Pensamiento es una competencia que implica el reconocimiento de pensamientos no racionales o irracionales, desafiar esos pensamientos y desarrollar afirmaciones más racionales y adecuadas para decirse a uno mismo. Este pensamiento más racional eventualmente conlleva una disminución y/o prevención de estados emocionales exagerados de depresión y ansiedad severa o enfado extremo.

Ejemplos de áreas de problemas:

1. Insomnio.
2. Sentimientos de inutilidad.
3. Humor depresivo.
4. Humor ansioso.
5. Pérdida de interés en las cosas.
6. Dificultades para la concentración.
7. Dificultades en las relaciones familiares.

Módulo de solución de problemas.

Este tercer y último módulo está dedicado a enseñar una estrategia que permita resolver los problemas de la vida. Se hace especial énfasis en un acercamiento gradual; es adaptable a un amplio abanico de problemas a los que el miembro de grupo puede encontrarse confrontado en su medio social, familiar o laboral. Los miembros del grupo que se sienten derrotados o desbordados por situaciones problemáticas encontrarán este módulo especialmente útil. Se les otorgará la oportunidad de discutir la aplicabilidad de esta técnica a los problemas especificados al comienzo del módulo.

Ejemplos de áreas de problemas:

1. Conflictos familiares.
2. Vivir con los medios económicos disponibles.
3. Dificultades de vivienda.

También se proporciona a los pacientes una lista de trastornos emocionales que pueden ser abordados en los módulos:

Síntomas de depresión:

1. Privación o exceso de sueño.
2. Pérdida o aumento del apetito.
3. Apatía y desgano.
4. Tristeza.
5. Llanto fácil.
6. Dificultades de concentración.
7. Cansancio.
8. Sentimientos de inutilidad.
9. Culpa.

Síntomas de ansiedad:

1. Incremento de la tensión muscular.
2. Miedo a quedarse solo.
3. Miedo a caerse.
4. Dolores de cabeza.
5. Preocupación constante.
6. Problemas gastro-intestinales.
7. Irritabilidad.
8. Palpitaciones del corazón.
9. Sudoración.
10. Hiperventilación.

Problemas para vivir:

1. Dificultad para tener amigos.
2. Dificultades económicas.
3. Problemas intergeneracionales.
4. Dificultades para resolver alguna tarea complicada.
5. Timidez.

Y por último, se le proporciona una lista de las metas potenciales para la experiencia de grupo en general y cada módulo en particular:

Módulo de relajación:

1. Ser capaz de dormirse más rápidamente.
2. Ser capaz de volver a dormirse fácilmente después de haberme despertado en medio de la noche.
3. Aliviar el dolor de la espalda.
4. Reducir la frecuencia de mis dolores de cabeza tensionales.

5. No sentirme tan presionado.
6. No tener tanto miedo.

Módulo de cambio de pensamiento:

1. Sentir mayor control sobre estados de humor negativos:
 - a. Evitar enfadarme inadecuadamente.
 - b. Disminuir la tendencia a estar inevitablemente deprimido.
 - c. Dejar de estar tan preocupado por todo.
2. Incrementar la eficacia en mis actividades.
3. Sentirme mejor conmigo mismo.
4. Perdonar.
5. Sentir mayor control de mi vida.
6. Llevarme mejor con mi nieto o hijo.
7. Respetar a los demás.

Módulo de solución de problemas:

1. Conocer a más gente y aumentar mis actividades sociales.
2. Incrementar la cantidad de tiempo disponible para mí con el fin de perseguir el logro de mis propios intereses.
3. Mejorar mis relaciones familiares.
4. Poner límites.

Actividad 6. Desarrollo de metas individuales.

Objetivos:

- Permitir al paciente no perder de vista qué espera lograr y a dónde quiere llegar con el grupo.

Descripción:

Primero se motiva a la participación individual acerca de sus áreas problemas, preguntando que de estos problemas tienen que ver con ellos. Después el terapeuta les pide que llenen el formato metas individuales, incluido también en su manual del participante. Para ayudar en este proceso, el terapeuta puede realizar las siguientes preguntas: ¿Cómo sabría usted al final que este grupo le ha sido de ayuda?, ¿Qué cambios tendría que observar usted para decir que la terapia fue efectiva o pensar que ya no la necesita?

Actividad 7. Compartir metas individuales.

Objetivos:

- Promover la cohesión de grupo, identificando que existen similitudes en sus metas y síntomas.

Descripción:

Se comienza con una explicación breve sobre el objetivo de este ejercicio.

Se pide a los miembros del grupo que lean en voz alta algunas. Si no lo realizan espontáneamente los participantes el terapeuta homologa metas y síntomas, señala similitudes y puntos de encuentro.

Actividad 8. Clasificación de preguntas y conceptos erróneos respecto al grupo.

Objetivos:

- Aclarar dudas del paciente sobre el proceso de grupo.
- Permitir al terapeuta tener una visión de las preconcepciones sobre el grupo.

Descripción:

El terapeuta centra sus esfuerzos en clarificar las dudas y concepciones erróneas que tengan los pacientes acerca del grupo. A continuación se recoge una lista con algunas de estas ideas preconcebidas, junto con descripciones más realistas sobre esta terapia de grupo.

Actividad 9. Compromisos personales y reglas internas.

Objetivos:

- Instar a los participantes a comprometerse con el trabajo grupal.
- Realizar el encuadre.
- Especificar las reglas internas de grupo.

Descripción:

Se escribe en el pizarrón o rotafolio la pregunta “¿Qué estoy dispuesto a dar?” y se le pide a cada uno de los sujetos que pase y escriba una cosa que esté dispuesto a dar al grupo y a las sesiones de terapia. Una vez habiendo pasado todos los integrantes del grupo, se habla sobre la importancia de las reglas dentro de un grupo y se completan las que no se hayan incluido (principalmente puntualidad, asistencia, confidencialidad, atención, participación, tareas para casa, compañerismo, colaboración y respeto). Es aquí donde se realiza el encuadre, hablando sobre las fechas de todas las siguientes sesiones, los horarios de trabajo, duración de las sesiones, ausencia planificadas y explicación del objetivo de las tareas.

Posteriormente se reparte el formato de compromiso personal escrito (formato 1), se lee en voz alta y se les pide que lo firmen, aclarando que este es un compromiso con ellos mismos y con los compañeros de grupo que no tiene ningún tipo de consecuencias legal por incumplimiento, sólo una consecuencia para ellos mismos.

Actividad 10. Explicación y demostración de la respiración diafragmática.

Objetivos:

- Entrenamiento en relajación.
- Aprender la manera correcta de respirar diafragmáticamente.

Descripción:

Se comienza con palabras introductorias para hacer saber a los pacientes que se esta iniciando ahora si con las técnicas que se van a estar utilizando a lo largo de la terapia. Se comienza con la

explicación breve sobre los efectos de una mala respiración y se continúa con la forma correcta de hacerlo.

Indicaciones:

Cuando somos bebés la respiración que hacemos es adecuada, el abdomen se infla como un globo al entrar el aire. Conforme vamos creciendo vamos modificando esta manera de respirar, así, en el común de las veces, respiramos inadecuadamente influidos también en gran parte por el estrés.

Póngase una mano en el abdomen y la otra en su pecho, observe cual es la que se mueve más. Ahora trate de que la mano que tiene en su pecho permanezca inmóvil y que su abdomen se infle al entrar el aire y se desinfe cuando salga el aire. Ponga mucha atención en que sus hombros y pecho permanezcan inmóviles para no utilizar músculos innecesarios para el ejercicio.

El terapeuta va a observar a cada persona para detectar errores en la respiración y hará las observaciones necesarias para corregirlos.

Actividad 11. Tareas asignadas para casa.

Objetivos:

- Dejar claras las tareas que se asignan para casa.

Descripción:

1. Se explica a los pacientes que tendrán que repetir el ejercicio visto en sesión mínimo dos veces al día por cinco minutos, de preferencia en frente de un espejo y si se desea, en posición horizontal, se puede utilizar un libro encima del abdomen para observar de mejor manera si la respiración está siendo adecuada o no.
2. Se les pide que lean la primera parte de la lectura.

3. Llamar a un compañero del grupo por teléfono al menos una vez antes de la sesión anterior (opcional).

Se les pide que revisen sus hojas con tareas asignadas para casa (formato 2, sesión 1).

1ª Sesión. Tareas asignadas para casa.

1. Practicar la Respiración Diafragmática dos veces al día durante cinco minutos.
2. Leer la primera parte de la lectura.
3. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

Sesión 2. Entrenamiento en relajación. Duración total 120 min.

Objetivos:

- Entrenamiento en relajación.

Sumario de sesión 2.

1. Breve repaso de la sesión anterior (10 min.).
2. Revisión de tareas y responder a preguntas sobre las tareas asignadas para casa (25 min.).
3. Revisar respiración diafragmática (15 min.).
4. Respiración profunda (20 min.).
5. Relajación autógena (20 min.).
6. Lista de situaciones problema (25 min.).
7. Asignación de tareas para casa (5 min.).

Material necesario:

- Lápices.
- Hojas blancas.
- Hojas de rotafolio.
- Pizarrón, gises o plumones y borrador.
- Hojas con tareas asignadas para casa (formato 2, sesión 2).

Actividad 1. Breve repaso de la sesión anterior.

Objetivos:

- Comprobar asistencia.
- Repasar puntos principales de la sesión pasada.

Descripción:

Se comprueba inmediatamente al inicio de cada sesión la asistencia y se hace un pequeño resumen de lo visto en la sesión uno.

Actividad 2. Revisión de tareas y responder a preguntas sobre las tareas asignadas para casa.

Objetivos:

- Revisión de tareas para casa.
- Observar el desempeño de los participantes fuera de las sesiones.
- Resolver dudas.

Descripción:

También, se revisa las tareas asignadas para casa, haciendo referencia al material de trabajo para casa de la 1ª sesión y se anima a los participantes a formular aquellas preguntas que puedan tener respecto al proceso de relajación mismo, el sistema de compañero, y poner énfasis a la lectura asignada, hacer preguntas y repasar puntos importantes.

Actividad 3. Revisar respiración diafragmática.

Objetivos:

- Obtener información sobre como está siendo el desempeño de los ejercicios de respiración diafragmática para casa.

Descripción:

Se le pide a los pacientes que realicen su ejercicio como lo hacen en casa y se les supervisa uno por uno la respiración, dando retroalimentación sobre el desempeño.

Actividad 4. Respiración profunda.

Objetivos:

- Entrenamiento en respiración profunda.

Descripción:

Se introduce una nueva técnica de relajación. Se le pide al paciente que deje sus objetos personales al lado, descruce piernas y brazos y se siente en una posición cómoda de preferencia pegando los glúteos al respaldo de la silla, y se le dan las siguientes instrucciones:

Prepare su ambiente...y acomódese para reducir o no tener ninguna interrupción durante los próximos minutos.

Siéntese cómodamente... con sus brazos y piernas extendidas, si lo considera necesario afloje su ropa (cinturón, corbata, etc.) (4" segs.)... Si lo prefiere cierre sus ojos o vea fijamente a un punto por arriba del nivel de sus ojos (10" segs.) Enfoque su atención en su respiración (4"), deje que el aire entre por su nariz y salga por su boca lentamente (5"), respire dejando entrar el aire lenta y profundamente (3"), sienta cómo su estómago se va inflando como un bebé (7"), aumentando el tamaño de abajo hacia arriba (10"), haga que su respiración se vuelva rítmica (3"), pausada (3"), no la force, no haga respiraciones muy profundas (3"), solo, naturalmente deje que su respiración se vuelva pausada y rítmica (3"), cuando deje salir el aire hágalo que dure dos veces más que el tiempo que le tomó dejarlo entrar (6"), recuerde dejar salir el aire muy despacio (5"), preste atención a los momentos en los cuales la respiración sale y el momento en el cual el aire entra (5"), fíjese en todo lo que le sea posible acerca de su respiración, en sus músculos endurecidos, el sonido del aire y la sensación al entrar y salir, el movimiento o la inmovilidad de su pecho, alguna sensación de resequedad o más humedad en su nariz y otras cosas (7"), continúe haciendo lo mismo por unos segundos más (13"). Tómese su tiempo y empiece a abrir sus ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies y por último comente cómo se siente (7").

Actividad 5. Relajación autógena.

Objetivos:

- Entrenamiento en relajación.

Descripción:

Dando un tiempo para hablar de cómo se sintieron los pacientes en la técnica anterior, se introduce esta nueva técnica volviendo a pedir que cierren sus ojos, que escuchen y sigan las instrucciones. Lea estas frases despacio con tono de voz suave y ritmo melodioso. Repita cualquier frase las veces que usted considere necesario.

Ejercicios autógenos

1. Me siento bastante tranquila (o).
2. Estoy empezando a sentirme relajada (o).
3. Empiezo a sentir mis pies pesados y relajados.
4. Siento fluir el calor de mis piernas a mis pies.
5. Mis pies están calientes y pesados.
6. Siento mis pies calientes, calientes y pesados.
7. Siento mis tobillos, rodillas pesadas, relajadas y cómodas.
8. Siento mis caderas y estómago relajados y tranquilos.
9. Siento mi pecho fresco y relajado.
10. Siento mis manos, brazos y hombros pesados, relajados y cómodos.
11. Siento fluir el calor de mis brazos a mis manos.
12. Mis manos están calientes y pesadas.
13. Siento mis manos calientes, calientes y pesadas.
14. Siento mi cuello ligero, flojo, tranquilo.
15. Siento mi mandíbula suave, pesada y relajada.
16. Siento mi frente pesada, cómoda y suave.
17. Siento todo mi cuerpo pesado, cómodo y relajado.
18. Sigo sintiendo todo mi cuerpo relajado-tranquilo.
19. Estoy bastante relajada (o).
20. Me siento bastante tranquila (o).
21. Todo mi cuerpo está relajado.
22. Siento mi cuerpo quieto, cómodo y relajado.
23. Mi mente está tranquila.

24. Aparto mis pensamientos, me siento calmada (o) y tranquila (o).
25. Me concentro en mis pensamientos de tranquilidad.
26. En el fondo de mi mente puedo verme relajada (o), cómoda (o) y tranquila (o).
27. Estoy alerta pero siento tranquilidad interior.
28. Mi mente está tranquila.
29. Siento una tranquilidad interior.
30. Sigo gozando de estas sensaciones.
31. El relajamiento está por concluir. El cuerpo entero se reactiva con una respiración y las frases siguientes.
32. "Siento vida y energía fluyendo por:"
 - mis piernas
 - caderas
 - estómago
 - pecho
 - brazos
 - manos
 - cuello
 - cabeza
33. "La energía me hace sentir ligera(o) llena (o) de vida".
34. Despacio y cuando lo considere oportuno muevo mi cuerpo, brazos, piernas, abro los ojos y me pongo alerta.

El ejercicio ha concluido.

Se dedican unos minutos a hablar sobre cómo se sintieron con esta nueva técnica y se acentúan las diferencias entre la respiración profunda y la relajación autógena, diciendo que en una tienen que pensar solo en su respiración y en hacerla lenta, y en la otra tienen que concentrarse en ir sintiendo cada parte de su cuerpo su cuerpo flojo, pesado, relajado.

Actividad 6. Lista de situaciones problema.

Objetivos:

- Empezar a detectar situaciones difíciles para los pacientes en las que se sientan ansiosos o tristes.

Descripción:

Realizar una lista de cinco o más situaciones en las que hayan estado ansiosos o deprimidos. Se ponen ejemplos y al final se les pide que den ejemplos ellos mismos y se les dice el objetivo de esta lista que es detectar situaciones conflictivas para ellos, para en la siguiente sesión utilizarlas para encontrar ideas irracionales.

Actividad 7. Asignación de tareas para casa.

Objetivos:

- Dejar claras las tareas que se asignan para casa.

Descripción:

Se explica la hoja de tareas para casa correspondientes a la 2ª sesión (formato 2):

1. Se pide a los miembros del grupo que continúen practicando la respiración diafragmática dos veces al día durante dos minutos. Se aumenta ahora la respiración profunda por tres minutos más. Por último se realiza la relajación autógena por cinco minutos más.
2. Llamar al compañero por teléfono (opcional).

2ª Sesión. Tareas asignadas para casa.

1. Practicar ejercicios de relajación:
 - Respiración diafragmática dos veces al día durante dos minutos.
 - Respiración profunda por tres minutos.
 - Relajación autógena por cinco minutos más.
2. Llamar al compañero por teléfono (opcional).

Sesión 3. Módulo de reestructuración cognitiva. Duración total 120 min.

Objetivos:

- Inicio de la técnica de reestructuración cognitiva.
- Comprensión de la reestructuración cognitiva.
- Aplicarla en situaciones perturbadoras.

Sumario de la sesión 3.

1. Breve repaso de la sesión anterior (10 min.).
2. Revisión de las tareas para casa y respuesta a las preguntas sobre las tareas asignadas para casa (5 min.).
3. Repaso de las técnicas anteriores e introducción del nuevo material de relajación: imaginación guiada (emparejar escena con la relajación autógena) (20 min.).
4. Introducción a la teoría de la reestructuración cognitiva (15 min.).
5. Discusión del concepto de pensamientos automáticos (PAs) o pensamientos irracionales (PI) (20 min.).
6. Ejemplo personal del terapeuta ilustrando los pensamientos irracionales (10 min.).
7. Ejemplos del grupo utilizando la lista de situaciones problema hechas la sesión anterior para practicar las respuestas racionales (25 min.).
8. Generación de pensamientos irracionales respecto al tratamiento de grupo (10 min.).
9. Tareas asignadas para casa (5 min.).

Material necesario:

- Lápices.
- Hojas blancas.
- Hojas de rotafolio.
- Pizarrón, gises o plumones y borrador.
- Hoja de características de pensamientos irracionales (formato 3).
- Hoja de tareas asignadas para casa (formato 2, sesión 3).
- Lectura parte dos (manual del participante).

Actividad 1. Breve repaso de la sesión anterior.

Objetivos:

- Comprobar asistencia.
- Repaso de puntos principales de la sesión pasada.

Descripción:

Se comprueba inmediatamente al inicio de cada sesión la asistencia. Se realiza un pequeño resumen de la sesión anterior.

Actividad 2. Revisión de las tareas para casa y respuesta a las preguntas sobre las tareas asignadas para casa.

Objetivos:

- Revisión de tareas para casa.
- Observar el desempeño de los participantes fuera de las sesiones.
- Resolver dudas.

Descripción:

Se revisa las tareas asignadas para casa, haciendo referencia al material de trabajo para casa de la 2ª sesión. Los miembros del grupo son animados a formular cualquier pregunta que puedan tener sobre la práctica de la relajación o la lectura.

Actividad 3. Repaso de las técnicas anteriores e introducción del nuevo material de relajación: imaginación guiada (emparejar escena con la relajación autógena).

Objetivos:

- Entrenamiento en relajación.

Descripción:

Tras el apartado de preguntas y respuestas, se vuelven a repasar las técnicas anteriores y se presenta al grupo una estrategia más de relajación. Se pide al grupo que empareje escenas imaginadas al estado de relajación total conseguido tras la sesión de relajación. Este proceso de asociar de manera consistente el estado final de la práctica de relajación con escenas es semejante al proceso de auto-condicionamiento. Este condicionamiento de imágenes mentales con el estado corporal está diseñado para ayudar al paciente a conseguir un estado de relajación rápido y profundo. La intención es investir a estas escenas, cuando se piensa en ellas, otorgándoles la capacidad de generar el estado de relajación física, exactamente igual que si el paciente hubiera realizado el procedimiento completo de relajación.

Se presenta una escena que es imaginada utilizando el mayor número posible de claves sensoriales (principalmente vista, oído, movimiento, tacto y olfato). La escena que se presenta suele estar asociada con la naturaleza.

A continuación se presenta la instrucción:

Siéntese en una silla o sillón cómodo apoyando los pies en el suelo. Coloque los brazos y manos a los lados de su cuerpo, déjelos caer de manera natural.

Ahora deje pasar el aire por su nariz y mientras lo hace, imagínese cómo entra el aire por su nariz y déjelo salir por la boca. Nuevamente repita el mismo ejercicio imaginándose el color del oxígeno, la cantidad, la forma y cómo va entrando lentamente por su nariz como si fuera un pedazo de nube suave y ligera que entra por su nariz y llega a sus pulmones.

Imagine delante de usted una puerta de madera café oscura, en medio de la puerta hay una manija de color dorado, usted se acerca a la puerta y la abre con delicadeza, del otro lado de la puerta se encuentra con un lugar en el que siempre había querido estar, un lugar agradable, tranquilo, hermoso. En este lugar usted puede observar todo lo que se encuentra ahí, mira usted a su alrededor, mira usted hacia delante, hacia atrás, hacia los lados, hacia arriba y hacia abajo. Puede usted también tocar los objetos y texturas, puede usted oler los aromas de este lugar, puede usted escuchar los sonidos que hay, también puede sentir la temperatura de este lugar. Recuerde que este lugar es suyo y puede regresar cuando así lo desee. Puede estar solo o acompañado.

Continúe visualizando este lugar, ahora de preferencia escoja uno de los objetos de este lugar, seleccione el que más le guste, visualice su tamaño, su forma, su textura, su color, recuerde su olor; mientras continua respirando nuevamente, disfrute de las sensaciones que le producen estos recuerdos.

Ahora voltee nuevamente hacia la puerta de madera café, dirijase hacia ella, ábrala, ahora se encuentra nuevamente en este salón, de una respiración profunda, empiece a mover lentamente su cuerpo y abra sus ojos.

Actividad 4. Introducción a la teoría de la reestructuración cognitiva.

Objetivos:

- Explicar las bases de la reestructuración cognitiva.

Descripción:

El terapeuta hace una introducción a la técnica de reestructuración cognitiva, basándose en el siguiente texto:

Una de las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual es la Reestructuración Cognitiva o cambio de pensamiento (término mejor comprendido por los adultos mayores) es una técnica de auto-ayuda que puede ser utilizada por prácticamente todos para disminuir o eliminar reacciones emocionales no deseadas. La teoría sobre la que se basa la reestructuración es que, no son las situaciones o los acontecimientos los que causan nuestros estados extremos de depresión, enfado, ansiedad o celos, sino que son los pensamientos que nosotros tenemos sobre esos hechos los responsables de nuestras emociones. Dicho de otro modo, las personas no llegan a tener problemas emocionales gracias a sus experiencias y condiciones infantiles, si no porque ellos mismos repetidamente crean sus disturbios emocionales presentes y pasados, mayormente debido a las creencias que tienen acerca de lo que rodea sus vidas.

Por lo tanto, cambiando nuestros pensamientos o actitudes, podremos cambiar nuestras emociones. El primer paso es darte cuenta cuándo estás pensando de esta manera. Por ejemplo, cuando experimentas una emoción desagradable, que parece inadecuadamente grave, te detienes y te preguntas “¿Qué me estoy diciendo a mí mismo?” Una vez que has descubierto un pensamiento negativo (ejemplo: una

afirmación pesimista sobre ti mismo, el futuro o la vida en general), el siguiente paso es hacerte una pregunta sobre ese pensamiento (ejemplo: “¿Tengo la certeza de esto?” O “¿Existe alguna otra explicación posible?”, etc.). Las respuestas objetivas que das a estas y otras preguntas desafiantes suelen ser habitualmente más razonables que tus auto-afirmaciones iniciales, y posiblemente resulten en un estado de ánimo más moderado y más placentero, incluyendo una reducción en tu malestar emocional.

Esta técnica intenta ser científica al enseñar a los pacientes a describir, analizar y poner a confirmación sus propias teorías acerca de sí mismos y de los demás; a discutir sus propias ideas, a descubrir lo que los lleva a resultados buenos o positivos (ideas racionales) y a descartar aquellos que los llevan a consecuencias malas o desadaptativas (ideas irracionales).

No se pretende decir que esta técnica vaya a curar todas las experiencias negativas. Por supuesto que habrá ocasiones en las que sufres desengaños y pérdidas y seas tratado descortésmente. Ahora bien, empleando un modelo de reestructuración cognitiva, serás capaz de asumir un mayor control sobre tu respuesta a estos acontecimientos desagradables. Por lo tanto, al emplear un modelo de reestructuración cognitiva, probablemente serás capaz de responder más sensatamente y con una mayor sensación de control. Probablemente también te será más fácil lograr los fines deseados, en lugar de responder impulsivamente y «sin pensar». Aunque esta técnica no elimina totalmente la ansiedad y la depresión de la vida de una persona, la intensidad de estos estados emocionales puede ser disminuida mediante el empleo adecuado de técnicas de reestructuración cognitiva. Esta experiencia de grupo te va a proporcionar una competencia que tú podrás utilizar o no en función de tus deseos.

La teoría de la reestructuración no debe ser confundida con filosofías sobre «el poder del pensamiento positivo». La reestructuración no es intercambiar simplemente un pensamiento negativo por uno positivo, sino que requiere reconocer y examinar las

ideas que han desencadenado los estados emocionales disfuncionales y, a continuación, cuestionar y desafiar tales ideas. La meta deseable no es transformar un pensamiento pesimista en uno optimista sino sustituir una creencia irracional automática e infundada por otra que sea razonablemente más objetiva. Estos pensamientos racionales tienen más probabilidades de desencadenar estados emocionales más funcionales y adecuados. Los pensamientos racionales son evaluados tanto por su adaptabilidad como por ser manifestaciones personales no absolutas.

Cuando se habla que una persona es racional, se refiere a que ha decidido vivir con felicidad por:

1. Aceptar lo que en realidad existe en el mundo real.
2. Tratar de vivir amigablemente en un grupo social.
3. Relacionarse íntimamente con unos cuantos miembros de su grupo social o comunidad.
4. Comprometerse en un trabajo productivo y agradable.
5. Participar en empresas recreativas elegidas por selección y que van desde los deportes hasta las artes y las ciencias.

Para la terapia cognitivo-conductual es elemental partir de la base de que los seres humanos somos falibles por naturaleza, cometemos errores con facilidad y pasamos por diferentes estados de ánimo que nos afectan para alcanzar nuestras metas en la vida. Sin embargo, contamos, a pesar de estar influidos por condiciones hereditarias y ambientales poseemos un grado de autodeterminación potencial que nos hace dueños de nuestra propia conducta.

Uno de los rasgos humanos más valiosos y más complicados para el individuo no importando su condición: saludable, enfermo o físicamente impedido; es la plena aceptación de sí mismo.

La verdadera confianza en sí mismo no está determinada por la capacidad para el trabajo o en la capacidad para tener el amor de los demás, ya que si pierde su capacidad para trabajar o no puede ya ganar la aprobación de la gente, sentirá que se convierte en una persona inútil. La confianza en sí mismo significa que se acepta tal cual es, no importando si actúa mal o bien, o si gana la aceptación de la gente o no. Se acepta a sí mismo simplemente eligiendo hacerlo: no necesita alguna razón específica para ello.

Enseñanza de competencias de reestructuración cognitiva:

Se pide que den ejemplos de pensamientos negativos que ellos piensan que causan problemas.

A continuación, se vuelve a hacer hincapié en la premisa básica de la TCC, es decir, no son las situaciones extremas las que causan las emociones negativas extremas, sino que es lo que uno se dice a sí mismo sobre esas situaciones lo que causa el malestar extremo.

Actividad 5. Discusión del concepto de pensamientos automáticos (PAs) o pensamientos irracionales (PIs).

Objetivos:

- Explicación del concepto de ideas irracionales.

Descripción:

A partir del siguiente texto se le da al participante una explicación sobre los PIs:

Los PIs son descritos como pensamientos que parecen surgir inmediata y habitualmente en determinadas situaciones, son injustificados, absolutistas e inconsistentes con los hechos externos y generan emociones inadecuadas. Algunas de estas creencias suelen derivar de una exigencia u obligatoriedad básica y suelen conllevar habitualmente reacciones inadecuadas y negativas. Parecen formar parte del propio repertorio de respuesta y, para las distintas personas estar

desencadenados por diferentes situaciones. A veces los pacientes preguntan de dónde surgen estos pensamientos. La respuesta es que son aprendidos en una etapa temprana de la vida de acuerdo a: (1) cómo hemos sido tratados por los demás, (2) cómo se sienten nuestros modelos de rol respecto a sí mismos y lo que se dicen a sí mismos, (3) lo que se nos han dicho sobre nosotros mismos, y (4) nuestras experiencias generales de la vida.

Las ideas irracionales por lo común son oraciones no expresadas, ya que son suposiciones o expectativas de las que las personas no se percatan, las sostienen, pero no se las dice ni a sí mismas, ni al grupo, ni al terapeuta, esto provoca que en ocasiones los individuos actúen o reaccionen basándose sólo en información parcial o distorsionada, respondiendo a las situaciones de manera automática, sin percibirlas.

A continuación se muestra la lista de características de los PI y de los racionales, como apoyo se utiliza la hoja de características de los pensamientos irracionales que viene en el manual del participante (formato 3) y un rotafolio que contenga esta misma información y que se pondrá todas las sesiones a partir de la 3ª al frente del salón.

Características de los pensamientos irracionales:

- Injustificados.
- Son dogmáticos o absolutistas.
- Se expresan en forma de obligación, necesidad imperiosa o exigencia.
- Su consecución provoca reacciones negativas inapropiadas que interfieren en la consecución de metas y generan alteraciones de la conducta.
- Subjetivo, inconsciente con los hechos externos.
- Inflexible, absolutista, rígido.
- Genera emociones inadecuadas.
- Entorpece nuestras metas.

Características de los pensamientos racionales:

- Son probabilísticos, preferenciales o relativos.
- Se expresan en forma de deseos o gustos.
- Cuando no se consigue lo que desea, los sentimientos negativos de malestar o insatisfacción no impiden el logro de nuevos objetivos o propósitos.
- Objetivos, consistente con hechos externos.
- Flexibles, moldeable a las situaciones.
- Capaces de generar emociones adecuadas.
- Ayudan a conseguir nuestras metas.

Para ilustrar con mayor claridad qué es un pensamiento irracional, el terapeuta del grupo proporciona varios ejemplos de PI en una situación particular (ej. Mi hijo no me llama, pienso.....; me llevan a comer mis nietos pero no me preguntan mi opinión, yo pienso....; me veo al espejo, y pienso...; no puedo hacer mi quehacer, y pienso...; se me olvidó algo, y pienso...; veo a mi nieta adolescente besándose con su novio, y pienso....).

Actividad 6. Ejemplo personal del terapeuta ilustrando los pensamientos irracionales.

Objetivos:

- Aclaración de las posibles dudas sobre los PIs.

Descripción:

Con el fin de ilustrar el concepto de PIs y cómo estas cogniciones pueden resultar en estados emocionales inadecuados, el terapeuta proporciona un ejemplo. Primero se describe la situación problema y los pensamientos automáticos acompañantes a modo de narración por parte del terapeuta. Después, los pensamientos automáticos son separados para concentrarse en ellos.

Ejemplo 1: mi esposo me deja por una mujer más joven, entonces yo pienso “soy una mujer muy vieja y fea, por eso me dejó”, “nunca volveré a encontrar el amor”, “no

volveré a ser feliz”. Y aunque llegue mi mejor amiga y me diga que es mentira lo que pienso, que seguro encontraré a otra persona, yo sigo considerando que es verdad.

Ejemplo 2: Me veo en el espejo y pienso “estoy muy gorda”, “todo se me ve mal”. Y aunque me digan lo contrario sigo pensando que estoy gorda. Esto sucede porque los pensamientos irracionales son verdad para nosotros aunque no tengan base en la realidad.

Actividad 7. Ejemplos del grupo utilizando la lista de situaciones problema hechas la sesión anterior para practicar las respuestas racionales.

Objetivos:

- Comenzar a detectar pensamientos automáticos irracionales.
- Expresar pensamientos irracionales.
- Observar la contraparte racional de estos pensamientos.

Descripción:

A continuación se les pide a los miembros del grupo que compartan su tarea para casa, que era hacer una lista de aquellas situaciones ocurridas durante la semana en las que se hayan sentido ansiosos o deprimidos. Cada miembro presenta brevemente estas situaciones, se enlistan algunas en el pizarrón.

Se motiva a los miembros del grupo a detectar con ayuda del terapeuta las ideas irracionales en los ejemplos escritos en el pizarrón qué pensamientos estaban detrás de esas situaciones problemas en las que se sintieron mal emocionalmente. Cualquier referencia espontánea, por parte de los miembros del grupo, acerca de pensamientos negativos es reforzada y utilizada para introducir una explicación sobre los pensamientos automáticos.

Actividad 8. Generación de pensamientos irracionales respecto al tratamiento de grupo.

Objetivos:

- Debate sobre las objeciones del grupo y entre todos crear argumentos para esta crítica.

- Construcción del *rapport*.
- Práctica con las ideas irracionales.
- Generalización del empleo de esta técnica.

Descripción:

En este apartado, se otorga a los miembros del grupo la oportunidad de generar sus propios pensamientos irracionales. Los miembros del grupo pueden expresar cualquier reacción o predicción negativa que tengan respecto a su tratamiento en grupo. Con el fin de hacer que esta apertura personal resulte más cómoda, se puede dar las siguientes instrucciones a los miembros del grupo:

Piensa sobre tus reacciones iniciales y sobre las que han ido apareciendo como producto de estar en este grupo. Ahora por favor, concéntrate en cualquier pensamiento negativo que puedas tener, o haber tenido sobre ti mismo, otros miembros del grupo y el progreso que esperas hacer. Si tienes dificultad para generar alguna auto-afirmación negativa, puedes generar los PI que podría tener cualquiera que estuviera en un tratamiento de grupo.

La sugerencia de poder atribuir estos pensamientos a otras personas suele ser normalmente suficiente para romper las barreras y compartir pensamientos disfuncionales.

El terapeuta elabora una lista de todos los pensamientos apropiados que van saliendo. Las preguntas se transforman en afirmaciones y los terapeutas ayudan a los miembros del grupo a traducir afirmaciones sobre sentimientos y hechos en sus contrarios irracionales. En esta etapa es posible, que los miembros del grupo tengan dificultades para llegar a pensamientos automáticos “puros”, y será labor del terapeuta transformar con delicadeza esos pensamientos de una manera instructiva.

Ejemplos de PI del ejercicio “estar en un grupo”:

1. “No voy a ser capaz de hablar delante de todas estas personas”.
2. “Mis problemas son más graves que los de los demás”.
3. “Si hablo voy a parecer idiota”.

4. "Necesito la atención personal de una terapia individual para mejorar".
5. "Si el resto de los miembros del grupo averiguan lo que realmente pienso, no les voy a gustar".

Los PI generados por los miembros del grupo probablemente sean parecidos a los ejemplos mostrados arriba.

El terapeuta puede representar o hacer un *rol-playing* (juego de roles) de los PI empleando segunda persona (la voz con *tú*) (ej.: "Tú nunca podrás hablar delante de todas estas personas"). Otro integrante del grupo puede responder con un pensamiento desafiante más lógico como por ejemplo: "Es poco probable que no pueda hablar en este grupo. De hecho esta es una situación segura en la que asumir riesgos. Posiblemente hable más aquí que en la mayoría de las situaciones de grupo. Aunque no sea la persona que más hable aquí, veo que hay mucho que aprender y también simplemente escuchando puedo beneficiarme mucho".

Ejemplos de respuestas racionales a los PI del ejercicio "estar en un grupo" (pensamiento irracional-PI-; refutación racional-RR):

PI: Tus problemas son más graves que los de cualquier otro.

RR: En un principio esto no lo puedo saber y tal vez nunca sepa lo grave que son los problemas del resto de las personas del grupo. Además la dificultad de los problemas de una persona es algo bastante relativo. Aun cuando mis problemas sean más difíciles de resolver, esto no significa que no me pueda ir bien aquí.

PI: Si hablas, vas a parecer un idiota.

RR: No tengo razones para creer que voy a parecer idiota, y sí muchas razones para creer lo contrario. Además no estoy aquí para ganar un concurso de inteligencia. Estoy aquí para aprender y la mejor forma de hacerlo es participando.

PI: No puedes lograr lo que quieres de un grupo. Necesitas la atención personal de una terapia individual para poder mejorar.

RR: Ya he comprobado algunas de las ventajas de la terapia de grupo al darme cuenta que otras personas tienen problemas similares a los míos. También he visto que mis notas coinciden con las competencias que se van a enseñar en el grupo. Es probable que obtenga tanto de esta

experiencia como de un tratamiento individual, ya que puedo aprender de otras personas y estar motivado por sus éxitos.

PI: Si los otros miembros del grupo averiguan lo que realmente piensas, no les vas a gustar.

RR: No se si voy a gustar o no a todas las personas que lleguen a conocerme bien. No tengo que gustar a todo el mundo para ser feliz. Si hay algunas partes de mí mismo que me gustaría cambiar, puedo trabajar en ello. No tengo porque mostrar todo a los demás, pero este grupo es un lugar seguro para averiguar como reaccionan otros ante mí. Es una buena oportunidad para practicar el ser yo mismo y ver como reaccionan otros ante mí.

Actividad 9. Tareas asignadas para casa.

Objetivos:

- Dejar claras las tareas que se asignan para casa.

Descripción:

Llegados a este punto explican las tareas para casa (formato 2, sesión 3). Estas serán las siguientes:

1. Leer la segunda parte de la lectura.
2. Practicar la respiración profunda, la relajación autógena y la Imaginación guiada dos veces al día.
3. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).
4. Tratar de detectar pensamientos del tipo irracional que se presentan a lo largo del día.

3ª Sesión - tareas asignadas para casa.

1. Practicar la Respiración diafragmática, profunda, la relajación autógena y la Imaginación guiada dos veces al día.
2. Leer la segunda parte de la lectura.
3. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).
4. Tratar de detectar pensamientos del tipo irracional que se presentan a lo largo del día.

Sesión 4. Afianzamiento de las competencias de reestructuración cognitiva. Duración total 120 min.

Objetivos:

- Reforzar las competencias de reestructuración cognitiva aprendidas.
- Conocer el patrón particular de distorsiones cognitivas de cada miembro.

Sumario de la sesión 4.

1. Breve repaso de la sesión anterior (10 min.)
2. Revisar las tareas para casa y responder a preguntas sobre las tareas asignadas para casa (10 min.).
3. Reafirmación de los ejercicios de relajación vistos en sesiones anteriores (20 min.).
4. Registrar de 5 a 10 ideas irracionales y categorizarlas empleando los tipos de ideas irracionales (formato 4) (20 min.).
5. Detección, análisis y desafío de ideas irracionales (25 min.).
6. Práctica grupal de competencias de reestructuración cognitiva (25 min.).
7. Asignación de tareas para casa (10 min.).

Material necesario:

- Lápices.
- Hojas blancas.
- Hojas de rotafolio.
- Pizarrón, gises o plumones y borrador.
- Tipos de ideas irracionales (formato 4).
- Preguntas de ayuda para cuestionar los pensamientos irracionales (formato 5).
- Análisis de pensamientos irracionales (formato 6).
- Hoja de tareas asignadas para casa (formato 2, sesión 4).

Actividad 1. Breve repaso de la sesión anterior.

Objetivos:

- Comprobar asistencia.
- Repasar puntos importantes de la sesión anterior.

Descripción:

Se comprueba inmediatamente al inicio de cada sesión la asistencia y se realiza un pequeño resumen de la sesión pasada.

Actividad 2. Revisar las tareas para casa y responder a preguntas sobre las tareas asignadas para casa.

Objetivos:

- Revisión de tareas para casa.
- Observar el desempeño de los participantes fuera de las sesiones.
- Resolver dudas.

Descripción:

Se anima a los miembros del grupo a formular las preguntas que pudieran tener sobre el nuevo material presentado en la sesión anterior o en las semanas anteriores. Ese material incluye la relajación, las lecturas y la reestructuración cognitiva.

Actividad 3. Reafirmación de los ejercicios de relajación vistos en sesiones anteriores.

Objetivos:

- Afianzar el entrenamiento en relajación.

Descripción:

Se repasan rápidamente las cuatro técnicas aprendidas, conforme avanzan las sesiones se van haciendo de forma más rápida, además que se van disminuyendo en número también:

- Respiración diafragmática.
- Respiración profunda.
- Relajación autógena.
- Imaginación guiada.

Actividad 4. Registrar de cinco a 10 ideas irracionales y categorizarlas empleando los tipos de ideas irracionales (formato 4).

Objetivos:

- Familiarizar a los miembros del grupo con su forma particular de distorsionar la realidad.

- Aumentar el grado de sensibilidad de los miembros del grupo hacia sus pensamientos irracionales.
- Hacer que reconozcan que es probable que ellos mismos generen este tipo de pensamientos ante diversas situaciones.
- Distinguir que una forma excelente para detectar la presencia de este tipo de pensamientos es por medio de los sentimientos negativos residuales.

Descripción:

Los pacientes harán una lista de cinco a 10 PIs en una hoja blanca.

El terapeuta puede enumerar los PIs tras solicitar que algún voluntario vaya exponiendo los suyos, mientras se va haciendo una lista en el pizarrón (aproximadamente 12 ó 15). Después de este ejercicio, se distribuye una hoja con una lista de los nueve tipos de ideas irracionales (formato 4, tipos de ideas irracionales). Se explica cada uno de los tipos de ideas. A continuación, los terapeutas solicitan a los miembros del grupo que intenten categorizar sus propios PIs recogidos en el pizarrón. Para aquellos tipos de PIs que no se han recogido, el terapeuta puede utilizar cualquier ejemplo suyo de la sesión anterior o de los proporcionados por los miembros del grupo en el ejercicio de la sesión anterior relativos de «estar en el grupo». El terapeuta de grupo revisa posteriormente la lista de entre cinco y 10 PIs con el fin de comprobar el grado de comprensión en torno al concepto de PI.

La categorización de los tipos de pensamiento disfuncional es un aspecto central en esta fase del módulo de aprendizaje. El sistema de clasificación facilita el reconocimiento de un proceso de pensamiento personal que altera su estado de ánimo, ayudando al paciente en la tarea de cambiar este estilo de pensamiento disfuncional.

Actividad 5. Detección, análisis y desafío de ideas irracionales.

Objetivos:

- Adentrarse en el desafío y registro de sus ideas.

Descripción:

Al igual que en la última sesión, la enseñanza de un modelo de reestructuración cognitiva viene precedida por la presentación de un ejemplo por parte del terapeuta del grupo. El ejemplo personal es presentado inicialmente en forma de narración; a continuación, se pone en el pizarrón la idea del ejemplo y al lado su desafío que será creado con la ayuda del grupo.

El siguiente paso es con una lista de “preguntas de ayuda para cuestionar los pensamientos irracionales” (formato 5), mientras el terapeuta ilustra como el uso de varios argumentos de discusión empleados en el ejemplo ilustrativo, corresponden con los de la hoja de “preguntas de ayuda para cuestionar los pensamientos irracionales”. Se hace hincapié, en la discusión como medio para desafiar el sistema de creencias que ligan las consecuencias al acontecimiento activador. El formular una pregunta crítica sobre este vínculo automático hace que se ponga en duda la lógica de las consecuencias resultantes del acontecimiento activador.

Actividad 6. Práctica grupal de competencias de reestructuración cognitiva.

Objetivos:

- Poner en práctica la teoría vista en la actividad cinco.

Descripción:

En el siguiente paso, se presenta al grupo un ejemplo más para completar entre todos. Se les pide a los pacientes que dividan un papel en blanco en dos columnas verticales. Escribir en el lado de la izquierda las ideas irracionales generadas en la actividad 4 y en el lado de la derecha, anotar los pensamientos racionales contrarios a esas cogniciones negativas (mínimo 10), tratando de responder por qué es irracional ese pensamiento. El terapeuta finalmente revisa el trabajo de los pacientes y se comentan en grupo.

Actividad 7. Asignación de tareas para casa.

Objetivos:

- Dejar claras las tareas que se asignan para casa.

Descripción:

Las tareas para casa asignadas para la siguiente sesión incluyen (formato 2, sesión 4):

1. Practicar la respiración profunda, relajación autógena e imaginación guiada con una escena dos veces al día.
2. Llenar un formato 6, análisis de pensamientos irracionales, con las ideas irracionales que vayan apareciendo en la semana.
3. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

4ª Sesión - tareas asignadas para casa.

1. Practicar la respiración profunda, relajación autógena e imaginación dos veces al día.
2. Llenar un formato 6, análisis de pensamientos Irracionales, con las ideas irracionales que vayan apareciendo en la semana.
3. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

Sesión 5. Módulo de resolución de problemas. Duración total 120 min.

Objetivos:

- Enseñar una nueva técnica que permita a los pacientes utilizar mejor los módulos precedentes.
- Unir fuerzas para divisar soluciones alternativas a los problemas de cada uno de los miembros.
- Explicar componentes específicos de la resolución de problemas.

Sumario de la sesión 5.

1. Breve repaso de la sesión anterior (10 min.).
2. Revisar las tareas para casa y responder a preguntas sobre las tareas asignadas para casa (20 min.).
3. Reafirmación de los ejercicios de relajación vistos en sesiones anteriores y retroalimentación sobre técnicas de relajación (5 min.).
4. Introducción y explicación del módulo de resolución de problemas (15 min.).
5. Ejemplo ilustrado mediante *rol playing* por el terapeuta (15 min.).
6. Metas individuales (10 min.).
7. Ejercicio en grupo para la identificación de problemas para el módulo de resolución de problemas (20 min.).
8. Ejercicio grupal para generar alternativas para los problemas de los participantes (20 min.).
9. Tareas asignadas para casa (5 min.).

Material necesario:

- Lápices.
- Hojas blancas.
- Hojas de rotafolio.
- Pizarrón, gises o plumones y borrador.
- Hoja de metas individuales (manual del participante).
- Hoja de tareas de solución de problemas (formato 7).
- Hoja con tareas asignadas para casa (formato 2, sesión 5).
- Lectura tres (manual del participante).

Actividad 1. Breve repaso de la sesión anterior.

Objetivos:

- Comprobar asistencia.
- Repasar puntos importantes de la sesión anterior.

Descripción:

Se comprueba inmediatamente al inicio de cada sesión la asistencia y se realiza un pequeño resumen de la sesión pasada.

Actividad 2. Revisar las tareas para casa y responder a preguntas sobre las tareas asignadas para casa.

Objetivos:

- Revisión de tareas para casa.
- Observar el desempeño de los participantes fuera de las sesiones.

- Resolver dudas.

Descripción:

Al igual que en las sesiones anteriores, se anima a los miembros del grupo a formular preguntas sobre cualquier material presentado hasta la fecha. Esto incluye tanto el entrenamiento en relajación y el material de reestructuración cognitiva. Se les solicita la tarea de reestructuración cognitiva (formato 6) y se revisan los ejemplos de cada uno de los pacientes.

Actividad 3. Reafirmación de los ejercicios de relajación vistos en sesiones anteriores y retroalimentación sobre técnicas de relajación

Objetivos:

- Afianzar el entrenamiento en relajación.

Descripción:

A estas alturas se ha quitado la parte de la respiración diafragmática, al menos durante las sesiones, y la respiración profunda se hace muy rápido sólo para introducir la autógena y la imaginación guiada, partiendo de la premisa de que ya son cuatro las sesiones de entrenamiento y que el paciente ha practicado en casa. En total este ejercicio completo ya no debe durar más de 10 min. Es probable que cada miembro del grupo tenga partes específicas de su cuerpo que le cueste más relajar a través de los procedimientos de relajación expuestos hasta ahora. Por lo tanto, en esta fase se pide a los pacientes que expongan los problemas que han tenido y discutan acerca de cómo poder abordar estas zonas problemáticas. El acercamiento básico consiste en aconsejar al paciente que persevere. Casi todas las zonas problemáticas responderán a los procedimientos descritos en las sesiones anteriores. A veces, los pacientes se desaniman y prefieren tolerar un nivel de tensión innecesario en el cuerpo. Tranquilizarle y apremiarle puede producir en algunos casos que el paciente sea menos tolerante con su nivel de malestar.

Actividad 4. Introducción y explicación del módulo de resolución de problemas.

Objetivos:

- Presentar los objetivos de la nueva técnica.

- Explicar los pasos de la Resolución de Problemas.

Descripción:

Este nuevo módulo, el último de la secuencia, está diseñado para estudiar aquellas áreas de la vida del paciente que continúan generándole problemas. Este módulo está dirigido a: 1) ayudar al paciente a colocar sus problemas en perspectiva y 2) proporcionar a éste un medio de resolver sus dilemas actuales y futuros.

La resolución de problemas puede desglosarse en una serie de pasos. No obstante, la naturaleza serial sugerida no es necesariamente una representación precisa de aquello que hacen siempre los seres humanos para resolver sus problemas. A menudo, en el proceso de la resolución de problemas, hay pasos que se omiten, repiten e invierten.

Orientación General:

El acercamiento de ocho pasos de la secuencia de resolución de problemas, va precedido por una introducción general preliminar esencial para desarrollar un marco de aprendizaje orientado a buscar soluciones a los conflictos. Esta introducción requiere que el paciente comprenda y acepte que él, al igual que el resto de las personas, va a experimentar un gran número de problemas a lo largo de su vida. No es él elegido, ni tampoco está más ni menos expuesto que los demás a las situaciones desagradables de la vida. Además está preparado para reconocer los problemas a medida que surjan, sin evitar, ni negar los mismos. Esto no implica que deba tomar acciones precipitadas sino que, por el contrario, el paciente debe poner en marcha los siguientes pasos de resolución de problemas:

1. Identificación del problema. Este primer paso requiere que el paciente contemple los antecedentes del problema: su historia de recurrencia y los intentos de resolución anteriores, al igual que sus variables históricas más relevantes. A continuación, se requiere que el paciente defina el problema con precisión, tomando en consideración cualquier factor de complicación; ¿se trata un conflicto entre una meta y un obstáculo, o entre un objetivo y otro? Tras esta formulación precisa de problemas, el paciente procede mediante los siguientes pasos.

2. Formulación de metas. El paciente responde a la siguiente pregunta: ¿Qué significaría la resolución de este problema?
3. Generar alternativas. Tras el reconocimiento del objetivo general, se pide al paciente que realice una lluvia de ideas de alternativas, generando tantas soluciones alternativas al problema como le sea posible. Esto se hace de una manera no crítica sin formular juicios de valor, haciendo especial énfasis sobre la cantidad y la construcción de las alternativas sugeridas.
4. Evaluar las alternativas. Tras la lluvia de ideas de soluciones posibles, el paciente intenta evaluar las probables consecuencias de las pautas de acción sugeridas en el paso anterior. Estas alternativas son evaluadas atendiendo tanto a su dimensión positiva como negativa, intentado determinar en última instancia una puntuación (utilizando una escala del 1 al 5).
5. Toma de decisiones. Con base en las evaluaciones realizadas en el paso 4, el paciente decide qué alternativas tienen más probabilidades de resolver su problema.
6. Verificación. A continuación, el paciente aborda la siguiente pregunta: ¿Es probable que la alternativa seleccionada en el paso quinto lleve a la solución del problema? Si no lo es, el paciente debe volver al paso 3 y repetir el proceso desde ahí. Si la respuesta es afirmativa, procede al siguiente paso.
7. Preparación para la implementación. En este paso crucial, el paciente identifica el curso de acción necesario para implementar la acción identificada en el paso 5 y verifica en el 6. Ocasionalmente este paso implica un nuevo proceso sistemático de resolución de problemas, con el fin de desarrollar los medios necesarios para resolver el problema original.
8. Implementación y resultado. El último paso especifica el resultado del curso de acción ejercido atendiendo a los términos del problema y objetivos, definidos en este proceso.

Actividad 5. Ejemplo ilustrado mediante *rol playing* (juego de roles) por el terapeuta.

Objetivos:

- Clarificar los ocho pasos de la técnica.
- Resolver dudas.

Descripción:

Con un ejemplo relacionado a los adultos mayores, desarrollar los ocho pasos, desmenuzando cada uno de ellos. Tras esta ilustración de la técnica, se invita al grupo a comentar el procedimiento y discutir su ámbito de aplicabilidad. Esto sirve como introducción natural a la discusión de metas.

Actividad 6. Metas individuales.

Objetivos:

- Determinar metas a trabajar para este módulo.

Descripción:

Utilizando sus hojas de metas individuales (manual del participante), los miembros del grupo van discutiendo una por una sus metas individuales para este módulo. Este módulo resulta a veces el más difícil en términos de identificación de objetivos. La escasez de metas es en parte atribuible a que la resolución de problemas es la última técnica estudiada. En ocasiones, al llegar a esta fase, ya se han abordado con (mayor o menor éxito) la mayoría de los problemas en los módulos anteriores, y consecuentemente los pacientes temen repetirse a sí mismos o pueden tener un número reducido. A veces se puede ayudar a los pacientes, animándoles a que realicen una lluvia de ideas para obtener un mayor número de metas y motivarles a utilizar adecuadamente este módulo.

Finalmente realizar una lista sobre los posibles problemas o metas a trabajar para este módulo.

Actividad 7. Ejercicio en grupo para la identificación de problemas para el módulo de resolución de problemas.

Objetivos:

- Reconocer en qué problemas resulta adecuado aplicar esta técnica.
- Reconocer lo valioso de la técnica para sus vidas.

Descripción:

Los participantes van exponiendo, a medida que les llega el turno, su lista de problemas o metas para los que podría ser útil esta técnica. Los pacientes pueden consultar sus propias listas personales.

El terapeuta anota algunos de esos ejemplos potenciales en los que se puede aplicar la técnica de la resolución de problemas en el pizarrón. Esto suele ser de gran ayuda para promover el entusiasmo general sobre la utilidad de este módulo.

Actividad 8. Ejercicio grupal para generar alternativas para los problemas de los participantes.

Objetivos:

- Que cada integrante tenga la oportunidad de ser ayudado por el grupo en la resolución de su problema.

Descripción:

Con los ejemplos recogidos en la actividad anterior, el terapeuta hace que los participantes compartan sus problemas mas ampliamente, de forma voluntaria o llamando a la gente por su nombre, con el fin de especificar ese problema en términos de metas. A continuación se pide al grupo que mediante la lluvia de ideas genere el mayor número de alternativas para cada uno de los problemas presentados, intentando no censurar ninguna, y apoyándose en ellas para construir nuevas sugerencias. Las alternativas son registradas por los terapeutas. Tras el ejercicio de lluvia de ideas, se pide al dueño del problema que puntúe cada solución potencial en una escala del uno al cinco. A continuación se eligen las alternativas con mayor puntuación y se evalúa su probabilidad de resolver el problema.

A continuación se pide a los sujetos que completen un formulario de solución de problemas (formato 7).

Actividad 9. Tareas asignadas para casa.

Objetivos:

- Dejar claras las tareas que se asignan para.

Descripción:

Se explica la hoja con tareas para casa (formato 2, sesión 5) conteniendo las siguientes instrucciones:

1. Practicar respiración profunda y asociarla con una imagen agradable.
2. Leer tercera parte de la lectura.
3. Repasar todo el manual del participante para recordar.
4. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

5ª Sesión - tareas asignadas para casa.

1. Practicar Respiración profunda y asociarla con una imagen guiada.
2. Leer la tercera parte de la lectura.
3. Repasar todo el manual del participante para recordar lo visto durante todas las sesiones.
4. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

Sesión 6. Sesión de cierre. Duración total 120 min.

Objetivos:

- Comprender cómo se combinan juntos los tres módulos, complementándose unos a otros.
- Cómo poder emplear lo que se ha aprendido.
- Dar y recibir retroalimentación del resto de los miembros del grupo relativo a su funcionamiento en el grupo y progreso hacia la consecución de sus metas declaradas.
- Última oportunidad de estar juntos y desearse buenos deseos.

Sumario sesión 6.

1. Breve repaso de la sesión anterior (10 min.).
2. Revisar las tareas para casa y responder a preguntas sobre las tareas asignadas para casa (10 min.).
3. Relatar las experiencias de éxito (20 min.).
4. Revisar los problemas que quedan (20 min.).
5. Retroalimentación (50 min.).
6. Preparación para las entrevistas Individuales de partida (5 min.).
7. Asignar tareas para casa (5 min.).

Material necesario:

- Lápices.
- Hojas blancas.
- Pizarrón, gises o plumones y borrador.
- Hoja de metas individuales (manual del participante).
- Formulario de solución de problemas (formato 7).
- Hoja con tareas asignadas para casa (formato 2, sesión 6).
- Lectura cuatro (manual del participante).

Actividad 1. Breve repaso de la sesión anterior.

Objetivos:

- Comprobar asistencia.
- Repasar puntos importantes de la sesión anterior.

Descripción:

Se comprueba inmediatamente al inicio de cada sesión la asistencia y se realiza un pequeño resumen de la sesión pasada.

Actividad 2. Revisar las tareas para casa y responder a preguntas sobre las tareas asignadas para casa.

Objetivos:

- Revisión de tareas para casa.
- Observar el desempeño de los participantes fuera de las sesiones.
- Resolver dudas.

Descripción:

Al igual que en las sesiones anteriores, se anima a los miembros del grupo a formular preguntas sobre cualquier material presentado hasta la fecha. Esto incluye tanto el entrenamiento en relajación, como las lecturas.

Actividad 3. Relatar las experiencias de éxito.

Objetivos:

- Realizar un recuento de los cambios y cómo se lograron.
- Escuchar cómo se han aplicado las técnicas a los problemas personales concretos.

Descripción:

Los miembros del grupo describen aquellos problemas que originalmente los llevaron a participar en el grupo, detallando el éxito experimentado en la resolución de tales problemas, en el transcurso de las 5 sesiones anteriores. Además se pide a los miembros del grupo que describan también las competencias que han utilizado para superar dichos problemas. Normalmente, los miembros del grupo realizan su discurso leyendo directamente su hoja de metas de tratamiento (manual del participante), comentando brevemente cada una de ellas. El terapeuta puede solicitar que se especifique algún punto determinado, con el fin de proporcionar la oportunidad a los otros miembros del grupo de aprender de estas experiencias, especialmente de cómo se han aplicado las diversas competencias aprendidas en el grupo para afrontar problemas personales concretos.

Actividad 4. Revisar los problemas que quedan.

Objetivos:

- Que el grupo trabaje unido en la formulación de estrategias que permitan superar sus problemas personales.

Descripción:

Elaborar una lista de aquellos problemas que queden por resolver o metas por alcanzar, y completar un formulario de solución de problemas (formato 7) para cada uno.

Una parte principal de esta sesión está destinada a discutir los problemas que aún persisten, y cómo pueden los miembros del grupo abordar estos una vez finalizado el programa de grupo.

Actividad 5. Retroalimentación.

Objetivos:

- Última colaboración grupal.
- Despedirse con un comentario hacia cada uno de los miembros.
- Expresar sentimientos.
- Ayudar a refinar el programa de grupo.

Descripción:

La retroalimentación que se ofrecen unos a otros respecto al progreso efectuado y las áreas que restan por trabajar, pueden tener un valor incalculable. Este proceso se logra haciendo que cada miembro del grupo reciba *feedback* (retroalimentación) del resto de los participantes. El terapeuta modela, especialmente al inicio de este ejercicio, cómo proporcionar *feedback* constructivo, y cómo formular sugerencias encaminadas a continuar trabajando en un camino positivo para lograr el cambio:

1. Dar primero retroalimentación positiva, decir a la persona lo que ha hecho bien.
2. En lugar de criticar hacer sugerencias sobre que podría cambiarse la próxima vez.
3. Ser específico respecto a los comportamientos.
4. Dar ejemplos de cómo podría decirse algo de manera diferente.

Ya que la siguiente sesión será individual, el terapeuta en esta sesión sólo se limita a realizar intervenciones para modelar afirmaciones adecuadas atendiendo a las siguientes dimensiones: brevedad, punto de vista positivo no enjuiciador, y visión optimista del futuro. Se anima a los participantes a formular expresiones positivas de sentimientos, permitiendo así que el grupo concluya con una nota optimista.

Como en el resto de las sesiones, se les pide a los pacientes que proporcionen retroalimentación al terapeuta sobre esa sesión particular y sobre la experiencia global de grupo. Se pide a los miembros del grupo que sugieran recomendaciones de cambio que permitan mejorar futuros grupos.

Actividad 6. Preparación para las entrevistas individuales de partida.

Objetivos:

- Informar a los pacientes sobre la entrevista final y su objetivo.

Descripción:

A continuación, el terapeuta del grupo explica que cada participante tendrá una sesión individual con el terapeuta. Se les explica a los pacientes que la última sesión tendrá como objetivo continuar con el procedimiento de *feedback* que ya ha tenido lugar. Por otro lado el terapeuta tendrá una perspectiva mejor para estudiar los aspectos que resten por trabajar y formular planes para un tratamiento adicional si fuera necesario.

Actividad 7. Asignar tareas para casa.

Objetivos:

- Dejar claras las tareas que se asignan para casa.

Descripción:

Se explica la hoja con tareas para casa (formato 2, sesión 6) conteniendo las siguientes instrucciones:

1. Practicar respiración profunda y asociarla con una imagen guiada.
2. Lectura cuatro (manual del participante).
3. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

6ª Sesión - tareas asignadas para casa.

1. Practicar respiración profunda y asociarla con una imagen.
2. Realizar la cuarta y última lectura.
3. Llamar al compañero de grupo por teléfono (opcional).

Entrevista de evaluación final. Duración total aproximada 60 min.

Objetivos:

- Oportunidad final para el terapeuta y el paciente de discutir cualquier tema que no haya sido abordado en grupo.
- El terapeuta puede adquirir una perspectiva mejor para estudiar los aspectos que resten por trabajar.
- Formular planes para un tratamiento adicional si fuera necesario.
- Diseñar estrategias individualizadas dirigidas al logro de cualquier objetivo que aún reste por alcanzar.
- Retroalimentación detallada del terapeuta respecto al progreso efectuado en el curso del tratamiento.
- Evaluación clínica de los miembros "post".

Sumario de la entrevista de evaluación final.

1. Orientación a los miembros del grupo para la entrevista final (5 min.).
2. Revisar las metas individuales y evaluación del progreso (10 min.).
3. Formulación de estrategias para el logro de las metas restantes (5 min.).
4. Desarrollar metas futuras y planes para su Implementación (5 min.).
5. Retroalimentación del terapeuta al paciente (10 min.).
6. Retroalimentación del paciente al terapeuta (5 min.).
7. Administración de los instrumentos de investigación (20 min.).

Material necesario:

- Lápiz.
- Instrumentos de evaluación.
- Metas de Individuales (manual del participante).
- Hoja de trabajo para problemas restantes (formato 8).

Actividad 1. Orientación a los miembros del grupo sobre la sesión final

Objetivos:

- Explicar el objetivo de la sesión final de evaluación.

Descripción:

Se puede presentar al grupo la entrevista final de la siguiente manera:

El propósito de esta sesión es una vez más evaluar el progreso que has realizado en la consecución de tus metas para el grupo. Este deberá incluir cualquier área no mencionada en la última reunión de grupo. Luego, podremos estudiar cualquier otra meta no conseguida durante este tiempo y discutir cómo te gustaría poder utilizar las competencias que has adquirido para su consecución. Tras esto, podríamos contemplar cualquier meta nueva que hayas podido establecer recientemente, al igual que, cómo conseguir esas futuras metas y/o afrontar esas situaciones potencialmente estresantes. Por último, estaría contento de recibir cualquier comentario adicional que pudieras darme acerca de lo que ha representado la experiencia de grupo para ti. Podría ser muy beneficioso para futuros miembros del grupo que me contases qué has encontrado o qué te ha resultado dentro del grupo de mayor ayuda, y qué podría haber sido más útil para ti.

Actividad 2. Revisión de las metas individuales y evaluación del progreso.

Objetivos:

- Evaluar el avance del paciente con respecto a sus metas iniciales.
- Localizar metas no logradas dentro del grupo.
- Valorar nuevas metas o problemas.

Descripción:

En primer lugar se dirige la atención del paciente hacia las metas originales establecidas (formato 1) durante la primera sesión. Una discusión más personal y con mayor profundidad acerca de qué metas han sido alcanzadas, junto a ejemplos específicos del progreso realizado, permiten enmarcar, a modo de seguimiento, el trabajo de la sesión final del grupo. Los pacientes pueden revelar anécdotas personales adicionales que ilustren y refuercen el progreso efectuado. Este ejercicio también proporciona al terapeuta la oportunidad de efectuar una evaluación en profundidad al paciente, formulándole preguntas que permitan examinar cómo el paciente ha aprendido e incorporado las técnicas que se le han enseñado.

Actividad 3. Formulación de estrategias para el logro de las metas restantes.

Objetivos:

- Formular estrategias para problemas no resueltos.
- Presentar un ejemplo de hoja de trabajo para los problemas restantes (formato 8).

Descripción:

Se discute con el paciente las áreas que requieren seguir trabajándose, y qué técnicas podrían emplearse para el logro de los fines deseados. Entre ambos llenan la hoja de trabajo de problemas restantes (formato 8).

Actividad 4. Desarrollar metas futuras y planes para su implementación.

Objetivos:

- Ampliar el beneficio a otras áreas de su vida no pensadas con anterioridad.
- Abordar problemas que no se habían considerado.

Descripción:

A lo largo del grupo los pacientes pueden presentar cambio en sus metas y en las expectativas que tienen de sí mismos. Esto hace que habitualmente pasen de desear que los síntomas remitan a plantearse metas más elevadas de actualización personal y mejora de su calidad de vida. De la misma manera que el terapeuta ayuda al paciente a planificar estrategias para lograr las metas que aún le quedan de la lista inicial, también ambos pueden trabajar juntos intentando planear formas de conseguir esas nuevas metas.

Actividad 5. Retroalimentación del terapeuta al paciente.

Objetivos:

- Retroalimentar al paciente sobre sus logros en el grupo.

Descripción:

El terapeuta puede detallar la retroalimentación proporcionada al paciente la semana anterior, en el transcurso de la última sesión del grupo. Este *feedback* puede incluir los cambios efectuados por el sujeto en su comportamiento dentro del grupo, los progresos experimentados hacia el logro de sus metas enunciadas, y las contribuciones efectuadas por el paciente al progreso de otros miembros del grupo y al grupo en general.

Se puede estimular a los pacientes del grupo a continuar extendiendo su crecimiento a áreas muy diversas de su vida ahora que han concluido la experiencia de grupo.

Actividad 6. Retroalimentación del paciente al terapeuta.

Objetivos:

- Proporcionar al terapeuta información sobre como mejorar la experiencia de grupo.

Descripción:

Proporciona al terapeuta la oportunidad de aprender qué parte de la experiencia ha resultado de mayor ayuda para el paciente y qué podría mejorarse. Proporciona una nueva oportunidad para el terapeuta de aprender algo nuevo sobre su estilo terapéutico y la reacción de los pacientes al mismo. Algunas preguntas que pueden ayudar a facilitar este proceso son:

¿Qué aspecto de la terapia de grupo te ha resultado particularmente beneficioso?

¿Qué módulos has encontrado más útiles y por qué?

¿Qué te hacía estar motivado para hacer las tareas de casa?

¿Hubo alguna área en la que te haya parecido que ocupamos muy poco o demasiado tiempo?

¿Ha habido alguna cosa que haya hecho yo que te haya confundido?

¿Cómo podríamos mejorar para futuros programas de grupo?

¿Existe alguna forma de que yo hubiese sido de mayor ayuda para ti?

Actividad 7. Administración de instrumentos de evaluación.

Objetivos:

- Aplicar “post-test” para la evaluación.

Descripción:

Se aplican los instrumentos de evaluación (Minimental, Cuestionario de Ideas Irracionales, Escala de Depresión Geriátrica, Escala de Ansiedad de Beck, Escala de Bienestar Subjetivo, Registro Conductual y Hoja de Datos Sociodemográficos).

Referencias Bibliográficas.

Ellis, A. (1957) *How to live with a Neurotic*. California, EE. UU.: Wilshire Books.

Ellis, A. (1958). *The Art and Science of Love*. New York, EE. UU.: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, EE. UU.: Carol Group.

Ellis, A. (1999_a). *Una Terapia Breve Más Profunda y Duradera*. España: Paidós.

Ellis, A. (1999_d). Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Elderly people. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 17(1), 5-18

Ellis, A & Abrahms, E. (1980). *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax

Ellis, A. & Dryden, W. (1987). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.

Ellis, A. & Harper, R. (1975). *Conquering the Direneed for Love*. New York, EE. UU.: Institute for Rational Living.

Sank, L. & Shaffer, C. (1993). *Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitivo Conductual en Grupos*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.