



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

***UNA PROPUESTA NARRATIVA PARA EL MANEJO DE  
LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES***

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**ADELAIDA VÁZQUEZ GÓMEZ**

DIRECTORA: MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA

SINODALES: DR. GILBERTO LIMÓN ARCE

MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO

LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA



CIUDAD UNIVERSITARIA 2016

CDMX



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.

## ***AGRADECIMIENTOS***

Gracias a la Mtra. Laura Somarriba por sus enseñanzas, comprensión y dirección.

Gracias a cada uno de los sinodales por sus reflexiones y aportaciones, para mejorar este trabajo.

Gracias a todas las personas que me acompañaron al recorrer este camino de la vida y me motivaron para concluirlo.

## ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Vejez	
1.1 Definiciones de la vejez	4
1.2 Teorías psicosociales de la vejez	6
1.3 Cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en la vejez	13
1.4 Estereotipos de la vejez	23
1.5 La vejez en México	31
Capítulo 2. Depresión	
2.1 Definición	36
2.2 Clasificación de la depresión	36
2.3 La depresión en la vejez	43
2.4 Intervenciones psicológicas en la depresión	50
Capítulo 3. Terapia Narrativa	
3.1 Antecedentes filosóficos	54
3.2 La terapia narrativa una postura filosófica	57
3.3 Principales prácticas narrativas	61
3.4 Ejemplos de intervención narrativa en la depresión	76
Capítulo 4. Propuesta de intervención	80
Discusión	91
Referencias	96
Anexos	101

## **RESUMEN**

Se considera que la depresión es el segundo problema de salud mental que afecta y resta bienestar en la vida de los adultos mayores, esto ocasiona que demanden una mayor atención en los servicios de salud.

De ahí que se vuelve necesario generar diversas propuestas de intervención que propicien en los adultos mayores la identificación y desarrollo de recursos que les permitan hacerle frente a la depresión. Es por eso que el presente trabajo plantea una propuesta de intervención en la modalidad de taller. Mediante el uso de prácticas narrativas como son: externalización, deconstrucción, eventos extraordinarios, mapas de posición, la metáfora de “el árbol de la vida”, grupos de testigos externos, ceremonias de definición y re-autoría se crea un contexto para que las personas se conecten nuevamente con sus habilidades, valores, esperanzas, conocimientos y capacidades que les han ayudado a responder ante las situaciones difíciles. Por otra parte el trabajar desde este enfoque, también les permite evaluar cuáles de estos recursos les son más útiles en esta etapa de su vida y qué otras habilidades les vendría bien aprender.

Otra de las ventajas de las prácticas narrativas es que crea un contexto de seguridad en donde la persona puede hablar de una forma más ligera de lo que la depresión le hace a su vida, es decir, el individuo puede apartarse de la depresión y dejar de sentirse abrumado por este problema, en cambio puede llegar a reconocer que es capaz de tomar el control de su vida y generar respuestas para manejar la depresión, respuestas que en muchas ocasiones ya han sido utilizadas.

Palabras clave: Adulto mayor, depresión y terapia narrativa.

## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad se ha acrecentado el estudio relacionado con la etapa de vida de la vejez, esto se debe a que existe una mayor expectativa de vida en la mayoría de los países y por ende hay una mayor población longeva.

México no es la excepción a estos cambios, de acuerdo con el texto “Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México” de Manrique, et al. (2013) indica que en el censo del 2010 hay 10 millones de adultos mayores de 60 años o más y se calcula una tasa de crecimiento para el 2018 cuando habrá 14 millones de adultos mayores.

Es entonces necesario atender los temas relacionados con esta población, pues el desafío no solamente es el incremento de la esperanza de vida, sino sobre todo la calidad de vida que tengan los adultos mayores.

Uno de los problemas que resta bienestar a la vida de los adultos mayores es la depresión. En esta etapa de vida existen diversas situaciones que influyen para que se presente, estos factores van desde cambios fisiológicos, enfermedades, pérdidas de familiares y amigos, dificultades económicas o situaciones de abandono.

La presencia de la depresión en la vejez tiene graves consecuencias ya que ocasiona efectos negativos sobre las capacidades funcionales, además existe una mayor susceptibilidad para las enfermedades o tardan más tiempo en recuperarse; esto los lleva a una mayor demanda de servicios médicos (Ávila, Melano, Payette y Amieva, (2007).

La presente propuesta tiene como finalidad aportar una nueva forma de trabajo con adultos mayores, que han visto su vida invadida por la depresión. Para ello en el primer capítulo se realiza un análisis de lo que se entiende por vejez y los estudios

que se han elaborado en torno a ella, pues estas teorías han influido en las formas en cómo se mira la vejez, además estas nociones han cambiado en el transcurso del tiempo y son utilizadas como referencias en la elaboración de los planes de acción para trabajar con los adultos mayores. En este capítulo también se revisa los cambios que acontecen en esta etapa de vida, así como los estereotipos que se tienen sobre la senectud, los cuales en muchas ocasiones repercuten y obstaculizan el buen desarrollo de la vejez. Además se contextualiza cómo se percibe la vejez en México, para conocer la manera en que se vive y se afronta en nuestro país.

En el capítulo dos se explica el concepto de depresión y la clasificación de la misma que se establece en Psicología, la forma en que la depresión afecta a los adultos mayores y los diferentes tratamientos que generalmente se emplean para atender esta problemática.

Posteriormente se exponen los fundamentos de la Terapia Narrativa, sus principales conceptos y prácticas en el quehacer terapéutico, también se presentan ejemplos de la forma en que se ha trabajado desde este enfoque narrativo en el manejo de la depresión.

Finalmente se desarrolla la propuesta de intervención, que es un taller vivencial en donde se emplean las prácticas narrativas como son: la externalización, grupo de testigos externos, metáfora de “el árbol de la vida”, ceremonias de definición, re-autoría, entre otras. Todo esto se utiliza con la finalidad de crear un contexto para que la persona hable de sus valores, intenciones, habilidades, esperanzas, etc. Es decir, se construye un territorio de identidades preferidas, desde el cual la persona habla de sus respuestas de resistencia frente a las amenazas que ocurran en su vida, de esta manera se puede hablar del problema sin que la persona se vea saturada por el mismo y además sea el propio individuo quien retome la dirección de su vida.

## **CAPÍTULO 1 VEJEZ**

### **1.1 DEFINICIONES DE LA VEJEZ**

En el presente estudio se emplea el término de vejez porque se considera que la vejez es una etapa en la vida y el envejecimiento es un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital (Fernández-Ballesteros, 2013). Existen diferentes criterios para delimitar y explicar la vejez, los cuales varían en función del momento histórico y del contexto sociocultural. En la actualidad el concepto de la vejez es analizado desde los enfoques: biológico, psicosocial, cronológico y funcional.

El criterio biológico esta asociado al desgaste de órganos y tejidos, cuando este deterioro fuera perceptible se señalaría como el inicio de la vejez. Esta consideración por si sola no es válida, porque algunas estructuras envejecen de forma más rápida que otras (Martínez, 2005).

Además los cambios fisiológicos se producen de forma gradual y a mayor edad envejecemos más lentamente, por lo que resulta muy difícil establecer el umbral a partir del cual una determinada persona puede ser considerada vieja desde el punto de vista biológico. (Vizcaíno, 2000).

La utilización de la edad ha sido la manera más simple de definir la vejez, consiste en contar los años transcurridos desde el nacimiento, por lo general en las sociedades marcan las edades de 65 o 70 años como el comienzo de la vejez y que coincide con la jubilación. De esta forma se ha pretendido que la edad cronológica sea un criterio para la evaluación de los acontecimientos de la vida (Mishara y Riedel, 2000).

La edad cronológica tampoco es un indicador exacto de los cambios en el envejecimiento, pues existen considerables variaciones en el estado de salud, la



participación, y los niveles de independencia entre las personas ancianas de la misma edad.

Para algunos autores es importante considerar otros criterios además de la edad, en la definición de la vejez, ya que muchas veces el sujeto al cumplir 60 o más no necesariamente se reconoce automáticamente como viejo.

Orozco, Reyes, Robles y Vázquez (2006) proponen que este criterio demográfico se utilice como punto de partida para delimitar la población en estudio, pero es importante realizar distinciones en la forma en que se envejece y no ver este fenómeno como homogéneo.

En el enfoque funcional, se define la vejez asociándola a la pérdida de funciones físicas, psíquicas e intelectuales, es decir, se relaciona la vejez con la enfermedad; sin embargo este criterio no es tan apropiado utilizarlo porque se ha visto que más de dos terceras partes de las personas mayores de 60 años viven de forma independiente (Martínez, 2005).

De acuerdo al aspecto social se considera que la vejez empieza cuando ocurre la jubilación, no es que suceda psicológica o biológicamente algo radical, sino que son los roles sociales y laborales los marcadores de la vejez (Fernández-Ballesteros, Moya e Iñiguez, 1999).

Se puede decir entonces que no existe ningún criterio que, por si solo, defina o represente la vejez, puesto que en la vejez se producen de forma gradual modificaciones fisiológicas, funcionales, psíquicas y sociales. Estos cambios afectan a todas las personas, sin embargo el proceso de envejecimiento es distinto en cada individuo y varía dependiendo de los factores endógenos debidos a la herencia (sexo, raza, etc.) y a los factores exógenos relacionados con el entorno (hábitos de autocuidado, estilos de vida, clima, etc.) (Martínez, 2005).

El proceso de envejecimiento humano debe ser también considerado en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual, es por eso que el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales (Ríos, 2007).

## **1.2 TEORÍAS PSICOSOCIALES DE LA VEJEZ**

En las investigaciones sobre la vejez se han formulado diversas teorías que explican esta etapa de vida, debido a que son una vasta cantidad de postulados, éstos se han clasificado desde varios puntos de vista. A continuación se mencionan los enfoques que más notabilidad han tenido.

### **TEORÍA MECANICISTA**

Esta teoría se clasificó como modelo del déficit del envejecimiento, estos supuestos observan un deterioro esencial de importantes funciones, aquí se concentran todas las teorías del envejecimiento biológico que de manera explícita o implícita constituyeron la base de las primeras investigaciones psicológicas.

De acuerdo a la perspectiva biológica en el envejecimiento ocurren cambios dependientes del tiempo, irreversibles y predecibles en los organismos, cambios que consisten en una progresiva pérdida de funciones de todos los tejidos y que conducen finalmente a la muerte. Esta es una premisa para la investigación biológica del envejecimiento; sin embargo constituyó (de forma implícita) el fundamento de las investigaciones de la psicología experimental y de la psicometría (Lehr y Thomae, 2003).

En este modelo también se incluyen las teorías del aprendizaje y el conductismo, para estos enfoques se explica el comportamiento humano a partir de aspectos que

pueden ser observados directamente; consideran al organismo como el lugar donde se acumulan aprendizajes; además el cambio acontece en cualquier momento del ciclo vital y se reduce a aquello que las personas son capaces de aprender gracias a los aportes del ambiente, este ambiente a su vez se traduce en un conjunto de estímulos y respuestas, aquellos elementos que no pueden ser reducidos a unidades de estímulo-respuesta, como por ejemplo los efectos generacionales, las repercusiones históricas, los cambios que surgen por las modificaciones de las estructuras sociales, no son reconocidos ni tomados en cuenta (Cornachione, 2003).

Para Vega y Bueno (1995) esta perspectiva mecanicista propone el concepto de desarrollo que se reduce a la noción del cambio, adquirido a través de los diferentes tipos de aprendizaje, pues toda conducta se puede reducir a la aplicación continua de las leyes del aprendizaje y estas leyes se aplican a todos los organismos a cualquier edad, por eso se considera que el hombre llega a ser lo que es en reacción al ambiente. Y de acuerdo a estos autores, en este marco también pueden incluirse las diferentes teorías y aproximaciones psicoanalíticas, algunas teorías biológicas del envejecimiento que se centran en la acumulación de errores o en el uso y desgaste del organismo.

## EL MODELO EVOLUTIVO

Este modelo afirma la existencia de cambios cualitativos en el transcurso de la vida de las personas, estos cambios también se dan en la transición de la mediana edad a la edad ya más avanzada.

Este enfoque concibe que la personalidad se desarrolla a lo largo de la vida en una serie de etapas, las cuales siguen un curso fijo en todos los sujetos cualquiera que sea su contexto. En este modelo se destacan las ideas propuestas por Erik Erikson.

Erikson (1980) plantea que, si se proporciona una educación adecuada a las experiencias del individuo se fortalece la personalidad, la cual se desarrolla con etapas predeterminadas en la disposición del organismo humano, que lo llevan a

darse cuenta y a interactuar en un círculo cada vez más amplio de individuos e instituciones significativas.

De acuerdo a Erikson (1981, 1993) las etapas psicosociales por las que pasan las personas son las siguientes:

- Confianza básica frente a desconfianza (niñez).
- Autonomía frente a vergüenza y duda (primera infancia).
- Iniciativa frente a culpa (edad de jugar).
- Laboriosidad frente a inferioridad (edad escolar).
- Identidad frente a confusión de rol (adolescencia).
- Intimidad frente a aislamiento (adultez joven).
- Generatividad frente a estancamiento (adultez media).
- Integridad del yo frente a desesperación (vejez).

Cada estadio supone una crisis debido a un cambio radical en cuanto a perspectiva. El término crisis no se utiliza para designar una amenaza o una catástrofe, sino indica un período crucial de vulnerabilidad incrementada y de más alto potencial (Erikson, 1980).

Nadie está completamente ubicado en una sola etapa; se puede observar que todas las personas oscilan entre dos etapas por lo menos, y que definitivamente se trasladan a una etapa superior sólo cuando una fase todavía más elevada empieza a definir la interrelación (Erikson, 1981).

En la última etapa perteneciente a la vejez, es donde se logra la aceptación del propio ciclo de vida, que es singular y único, como algo que debía ser y que no permitía sustitución alguna, significa un amor nuevo y distinto hacia los propios padres y la aceptación de que la propia vida es responsabilidad de uno mismo. El poseer esta integridad le ayuda a la persona a defender su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica (Erikson, 1993).

Se logra una integridad del yo cuando la persona en alguna forma ha cuidado de cosas y personas, se ha adaptado a los triunfos y las desilusiones que sobrevienen al ser generador de otros seres humanos o de productos e ideas. (Erikson, 1980).

La contraparte a la integridad del yo es la desesperación, la cual expresa el sentimiento de que el tiempo que queda es corto para intentar otra vida y lograr la integridad. Existe también un malestar (consigo mismo o hacia los demás) que oculta la desesperación, y en caso de empeorar pueden aparecer la depresión, la hipocondría y los episodios paranoicos. También se puede dar una renovada lucha con las dos etapas anteriores porque se tiene delante a la muerte o por lo menos a la senectud (Erikson, 1981, 1993).

Si se logra la integridad, entonces está presente como virtud la sabiduría, que es el interés desapegado y activo en la vida misma, ante la presencia de la muerte. La sabiduría mantiene y transmite la integridad de la experiencia a la generación siguiente (Erikson, 1981).

#### TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO

Se considera que los diferentes sucesos que se presentan en la vejez, como son el paso a la jubilación, la pérdida de personas cercanas, la partida de los hijos del hogar, la presencia cada vez mayor de enfermedades; son cambios capaces de crear desequilibrio psíquico y físico; sin embargo desde el punto de vista de este enfoque, se atribuye al adulto mayor algunas competencias que le permiten lograr una regulación de ese desequilibrio.

E. J. Havighurst (1963, en Lehr y Thomae, 2003) considera que la satisfacción y el gozo de vivir representa el mejor indicador de un envejecimiento con éxito, ya que permite la acomodación existente entre las propias necesidades y expectativas, por un lado, la situación social y biográfica, por el otro.

A continuación se exponen los diferentes modelos que explican el envejecimiento con éxito.

- Modelo de Selección, Optimización y Compensación (SOC)

De acuerdo a este modelo en todos los periodos de la vida se dan pérdidas y ganancias psicológicas; pero es en la vejez donde las pérdidas se descompensan superando significativamente a las ganancias. Debido a esto la selección, optimización y compensación serían estrategias de organización aplicadas por el individuo y si son adecuadas, pueden ser claros índices de envejecimiento saludable (Baltes y Baltes, 1997 en Yuste, Rubio y Rico 2004).

La selección se relaciona con la elección de objetivos o metas, e implica decidir acerca de los recursos como el tiempo, el esfuerzo y el dinero. La optimización es la inversión de esfuerzos, medios y tiempo para lograr las metas propuestas. Y la compensación se refiere a cómo la gente hace frente a las pérdidas y a los obstáculos que se encuentran cuando intentan alcanzar sus metas, implica también tomar decisiones equilibradas entre abandonar las metas demasiado temprano o no, o desistir de las metas inalcanzables (García y Ellgring, 2004).

La selección también implica el saber escoger aquellas actividades que son importantes para el individuo, porque en ellas se han de concentrar las energías. La optimización es el trabajo en áreas fundamentales de la vida para desarrollar todo el potencial. Y en la compensación, al no poder realizar todas las actividades por sí mismo, el adulto mayor ha de apoyarse en otros y generar estrategias (Yuste, et al. 2004).

Sin embargo se considera que el envejecimiento con éxito es un criterio subjetivo; por lo que otros autores tratan de complementar o de sustituirlo por un criterio objetivo. Lehr y Thomaes (2003) mencionan que ante esto se propusieron las teorías

de la desvinculación, de la actividad y de la continuidad, las cuales las explican de la siguiente forma:

- Teoría de la actividad

Plantea que únicamente será feliz y estará contenta aquella persona que se mantenga activa y sea útil para los demás, por el contrario la persona que no desempeñe ningún papel en la sociedad, será desdichada y estará descontenta. Por ello es importante que las personas prolonguen mientras puedan sus labores, o bien encuentren otras actividades que sustituyan a las que tuvo que renunciar.

- Teoría de la desvinculación

En este concepto se afirma que la persona de edad avanzada desea para sí diversas formas de aislamiento social, de reducción de sus contactos sociales y que con ello se siente –ni más ni menos- feliz y contento. Se critica a la teoría de la actividad por estar orientada exclusivamente hacia la edad mediana de la vida, además de que llevar una vida activa durante la edad avanzada, sería difícilmente compatible con la idea del final de la vida; una actitud vital orientada hacia la expansión, impediría la actitud ante el final de la vida y haría que la muerte no quedase incluida en la actitud ante el futuro.

- Teoría de la continuidad

Esta teoría considera la continuidad interna y la externa, la continuidad interna se refiere a la permanencia de actitudes psíquicas, de ideas, de cualidades del temperamento y de la afectividad, de experiencias, aficiones y capacidades. La continuidad externa es la estructura recordada de un entorno físico y social, del ejercicio de acciones que le resulten familiares y relaciones con otras personas con las que este familiarizado.

Todos estos modelos que pertenecen a la envejecimiento con éxito, se considera que su meta era ayudar a las personas a vivir mejor, sin embargo no existe acuerdo

en lo que deba entenderse por “vivir mejor”. Así se explica las diferencias entre la teoría de la desvinculación de compromisos, la teoría de la actividad, la teoría de la continuidad y la teoría de la selección, optimización y compensación (Havighurst 1963, en Lehr y Thomae, 2003).

Por su parte Fernández-Ballesteros, et al. (1999) consideran que actualmente el concepto de vejez con éxito también se le ha denominado como vejez competente, satisfactoria o activa. Y es a partir de esta definición que se establecen políticas públicas para mejorar la calidad de vida de los ancianos.

La Organización Mundial de la Salud (2002) adoptó el término “envejecimiento activo” a finales de los años 90. Utiliza el término de envejecimiento activo para expresar el proceso con el que se consigue hacer de la senectud una experiencia positiva, acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. El término activo no solo hace referencia a estar físicamente activo; sino que también permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental; permitiéndoles participar (de acuerdo con sus deseos, necesidades y capacidades) en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas.

Además el envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, con alguna discapacidad o que necesitan asistencia.

Triado y Villar (2006) lo nombran como envejecimiento satisfactorio, en donde los niveles de funcionamiento físico y psicológico, así como la actividad social se mantiene en niveles elevados e incluso en algunos sentidos pueden mejorar. Para Triado y Villar, los investigadores que propusieron este concepto fueron Rowe y Kahn en 1987 y de acuerdo a ellos el envejecer satisfactoriamente implica tres elementos: una baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades asociadas a ellas (presencia de salud física); una capacidad funcional alta tanto



física como cognitiva (capacidad para realizar las actividades cotidianas necesarias para el autocuidado y la vida autónoma) y una implicación activa con la vida.

Por lo que este concepto implica no solo tener una buena salud física y mental o no padecer de enfermedades, sino además que la persona sea capaz de implicarse activamente en la vida.

Sin embargo, aún con todo lo anteriormente mencionado, se debe tener cuidado al emplear el término de envejecimiento con éxito, debido a que puede cargar más que liberar a los ancianos, al presionarlos para satisfacer estándares que no pueden o no quieren satisfacer y este concepto puede crear restricciones que limitan las elecciones de los estilos de vida diferentes. (Holstein y Minkler, 2003 en Papalia, Harvey, Sterns, Duskin y Camerón, 2009)

Para finalizar este apartado se debe señalar que existen diferencias en la forma en que los autores han recopilado o nombrado estas teorías del envejecimiento, por ejemplo para Yuste, et al. (2004) el concepto de selección, optimización y compensación (SOC) forma parte de un modelo dialéctico-contextual; las teorías de la actividad y la desvinculación forman parte de los modelos de selectividad socioemocional y además estos enfoques junto con otras teorías como la evolutiva, los mencionan como modelos de intervención hacia el envejecimiento activo o hacia el envejecimiento con éxito.

### ***1.3 CAMBIOS FISIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN LA VEJEZ***

Se considera a la vejez como una etapa más en el desarrollo humano en donde las personas están sujetas a problemas, lo mismo quienes se encuentran en otros períodos de vida, en esta fase tienen lugar una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que asignan a esta época características propias y distintas (Salvareza, 1998).

En el proceso de envejecimiento existe una enorme variabilidad, en la medida en que se incrementa la edad aumenta las diferencias existentes entre los individuos, debido a la diversidad de circunstancias y de contextos históricos vividos (Fernández-Ballesteros, 2013).

Se ha observado que no todas las personas envejecen igual, existen personas mayores que conservan sus capacidades funcionales, su vigor físico y sus capacidades intelectuales en edades ya muy avanzadas. En cambio otros adultos mayores presentan frecuentes enfermedades o afecciones severas como la demencia, que los recluyen en sus casas. De ahí que el estereotipo “todos los viejos están llenos de achaques y sufren demencia” esta muy lejos de la realidad, pues cada persona envejece de forma distinta (Orozco, et al. 2006).

En el proceso de envejecimiento se van produciendo cambios paulatinos que aparecen de forma natural y con gran variabilidad entre las personas, estos cambios son el resultado de una constante adaptación evolutiva de nuestro cerebro a las condiciones bio-psico-sociales que se van produciendo a lo largo del ciclo vital, y se manifiestan tanto en el plano físico (anatómicos) como en el bioquímico y funcional; sin embargo, estos cambios pueden verse alterados e incrementados por la enfermedad. Es por eso que se consideran declives a aquellos cambios que suceden con probabilidad al envejecer y se llama deterioro cuando ocurre un cambio patológico (excedente del declive) generalmente producido por una determinada enfermedad (Fernández-Ballesteros, et al.1999).

#### ❖ CAMBIOS FISIOLÓGICOS

Conforme la edad avanza, el funcionamiento sensorial y motor varía ampliamente entre las personas, con frecuencia hay varias disminuciones en el sistema nervioso central. La fuerza muscular disminuye gradualmente hasta los 70 años y más significativamente después de esa edad. Sin embargo el rendimiento muscular, incluso en los ancianos más grandes, se puede mejorar mediante entrenamiento y

ejercicio. Tienen también menos sensibilidad táctil y menor tolerancia para el dolor y los cambios de temperatura (Papalia, et al. 2009).

Ciertas modalidades sensoriales como el olfato, no se ven muy afectadas por el transcurso de los años, sin embargo la visión y la audición pueden sufrir serias disfunciones, las pérdidas sensoriales de naturaleza auditiva y visual son causa importante del decremento general del funcionamiento de las actividades intelectuales (Muñoz, 2006).

Durante el envejecimiento el cerebro disminuye entre el 10 y 15% de su peso y las neuronas reducen su tamaño, y disminuye el número de conexiones realizadas con otras células. La pérdida celular solo ocurre en algunas partes del cerebro (en el hipocampo, la corteza cerebral y los lóbulos temporales) sin embargo, esta pérdida es poco probable que se presente en personas sanas, además de que no se puede suponer que la pérdida celular lleve a una disminución en la capacidad intelectual, porque aún cuando haya una muerte de neuronas, las que permanecen en la red mantienen lo suficiente del patrón de memoria para que se continúe almacenando eficazmente (Hamilton, 2002).

Hay enfermedades relacionadas con la vejez que no son exclusivas de los ancianos, pero sí favorecidas por la edad: las neoplasias, la úlcera péptica, la esclerosis etc. Las enfermedades que son exclusivas de la edad, son por ejemplo demencias seniles, la osteoporosis, la diabetes tipo II (no dependiente de la insulina) (Gonzalo, 2002).

Para la OMS (2002) las principales enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas en todo el mundo son: Enfermedades cardiovasculares (como la cardiopatía coronaria), hipertensión, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades musculoesqueléticas (como la artritis y la osteoporosis), enfermedades mentales (principalmente demencia y depresión), ceguera y alteraciones visuales.

Durante la vejez hay más probabilidad de que se presenten enfermedades, sin embargo, vejez no es sinónimo de enfermedad ya que estos padecimientos no están presentes en todos los ancianos, al respecto Fernández-Ballesteros (2000) menciona los siguientes postulados en lo que se refiere a la cuestión física.

- No todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo ritmo.
- El entrenamiento y el cuidado del cuerpo pueden llevar a que las personas mayores estén físicamente mejor que otras más jóvenes.
- Existen personas de edad avanzada que tiene mejor salud que otras más jóvenes y existe una enorme variabilidad entre individuos en cuanto a enfermar.

#### ❖ CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Mishara y Riedel (2000) consideran que los cambios psicológicos que se presentan en la vejez, son cambios cognitivos (que afectan la manera de pensar así como las capacidades) y los cambios en relación a la afectividad y a la personalidad. Estos cambios no sobrevienen solos, pues se ven afectados por acontecimientos como la jubilación, la pérdida de seres queridos, etc.

#### PERSONALIDAD

Suponer a la personalidad como algo cambiante o estable dependerá del enfoque teórico que se utilice; por ejemplo la teoría de los rasgos menciona que todas las dimensiones de la personalidad permanecen estables más o menos después de los 30 años. En cambio el modelo evolutivo, describe un cambio normativo de la personalidad, cambios que surgen en periodos sucesivos con frecuencia marcados por crisis emocionales y que son comunes a la mayoría de la población. Por su parte, las teorías del autoconcepto buscan explicar tanto el cambio como la estabilidad, donde la visión de uno mismo es el núcleo de la personalidad y este concepto se construye a partir de la interacción con otros, por lo que existen auto

imágenes que permanecerán estables a menos que se contradigan con cambios en las circunstancias de vida o de roles (Papalia, et al. 2009).

Es por eso que se puede encontrar diferencias en lo que cada autor refiere sobre la personalidad, por ejemplo, Fernández-Ballesteros, et al. (1999) consideran que las personas mantienen un grado de estabilidad bastante alto en conceptos relativos al "sí mismo", a pesar de las situaciones adversas que les puedan ocurrir a lo largo de su vida. Las personas que viven en condiciones de abandono, incapacidad física o mala salud, no es que modifiquen su personalidad, sino estaría más bien relacionado con el advenimiento de un cuadro psicopatológico generalmente depresivo.

En cambio Hamilton (2002) menciona que la personalidad se establece en la edad adulta temprana, sin embargo, las variaciones en el estilo de vida pueden ser las causas principales en los cambios de personalidad. En las personas mayores a medida que envejecen, se pueden volver más introvertidas, porque la sociedad se ajusta menos a sus necesidades y esto ocasiona en las personas sentimientos de reserva.

Y para el construccionismo social, el "yo" ya no se le define como una esencia en sí, sino como productos de las relaciones y estas relaciones ocuparían el lugar que tenía el yo individual, por lo tanto la identidad vuelve a conformarse y sigue en una nueva dirección a medida que nos relacionamos (Gergen, 1991).

## EMOCIÓN Y AFECTIVIDAD

Fernández-Ballesteros (2013) menciona que en estudios transversales que se han realizado, han hallado lo siguiente: Cuando se es mayor se experimentan emociones con la misma intensidad y se tiene emociones positivas con igual frecuencia que la gente más joven; la experiencia emocional negativa se da con mucha menor frecuencia a partir de los 60 años pues existe menor frustración, tristeza o rabia, en cambio se demuestra una mayor expresión de felicidad y gratitud, también se

presenta una mayor complejidad y riqueza emocional, esto es: en la vejez se incrementa el manejo adecuado de los afectos y por tanto existe una mayor madurez afectiva.

También se ha visto en estos estudios que no existe una correlación entre la edad y la afectividad positiva, la edad es una variable vacía y tan solo conlleva los efectos de otras covariantes que tienen una mayor influencia, estas generalmente son la personalidad y el funcionamiento intelectual.

Se puede decir entonces que en el aspecto afectivo parecen ocurrir cambios principalmente ligados a un declive de las emociones negativas y existe una mejor integración o elaboración emocional

## MOTIVACIÓN

Las principales cuestiones relacionadas con los motivos de las personas mayores se refieren al tipo de necesidades que tienen que satisfacer, en sus necesidades psicológicas están las necesidades de autonomía, las sociales y las de competencia. Se ha comprobado que los ancianos que viven en instituciones que les permiten una mayor autonomía, muestran una mayor satisfacción por la vida. La competencia se refiere a un sentimiento de efectividad en la interacción con el medio y la capacidad para realizar actividades. Para fomentar el sentimiento de competencia en las personas mayores se han realizado proyectos en donde las personas aprenden cosas nuevas y además se les motiva y potencia su autoestima. En cuanto a las relaciones sociales se ha visto que las personas de cualquier edad funcionan mejor cuando sienten que otros se ocupan de ellas, reciben amor y afecto (García y Ellgring, 2004).

En la motivación, que es el motor que nos impulsa a actuar, que iniciemos o abandonemos cierta actividad, están muy relacionada con nuestra inserción social, con la concepción que el sujeto tenga de sí mismo, el sistema de valores y creencias

del adulto mayor y el contexto en que se desenvuelve (Fernández-Ballesteros, et al. 1999).

## INTELIGENCIA

La inteligencia fluida (capacidad heredada para pensar, razonar, procesar información y solucionar problemas) presenta un deterioro continuo que comienza a final de la tercera y principios de la cuarta década de vida. En cambio la inteligencia cristalizada (que consiste en los conocimientos adquiridos a través de la educación, el aprendizaje, las experiencias y la aplicación de habilidades) muestra evidencia de crecimiento con la edad y se deteriora a una edad muy avanzada (Lemme, 2003).

Se ha observado que las personas que realizan ejercicio físico constante parecen tener un menor deterioro en el rendimiento conductual, sobre todo en relación a la inteligencia fluida. En cambio no se tiene claro si la falta de práctica disminuye las capacidades intelectuales, pues en algunos estudios se ha encontrado que casi siempre hay una disminución en algunas destrezas relacionadas, a pesar de la práctica regular, aunque esta disminución es mínima y solo se nota cuando se compara con las destrezas de los más jóvenes (Hamilton, 2002).

## MEMORIA

Se considera que los cambios en la memoria asociados a la edad son los signos de declive y deterioro senil más reconocidos, principalmente porque la pérdida de memoria se presenta como uno de los síntomas iniciales en la demencia senil. La memoria a corto plazo se ve afectada en cuanto a la recuperación ya que es más lenta. En cambio en la memoria a largo plazo hay pocas diferencias significativas con respecto a los jóvenes, pues aparentemente el almacenamiento de la información codificada no sufre modificaciones con el envejecimiento (Cornachione, 2003).

En estudios experimentales que se han diseñado para analizar el funcionamiento de la memoria, se ha observado que la recuperación de la memoria a corto plazo

empeora con la edad puesto que se recupera más lentamente y se cometen más errores, sin embargo se ha visto que la recuperación se ve menos afectada si se presentan estímulos familiares. En la memoria a largo plazo, una vez que la información se almacena permanece ahí, aunque resulte inaccesible, pero si se da la señal correcta en la situación adecuada se podría recuperar la información (Vega y Bueno, 1995).

En los últimos años, se ha propuesto que el debilitamiento de la memoria se puede deber en parte a los cambios fisiológicos producidos en el cerebro, el debilitamiento en el funcionamiento neuronal, o en la afectación de zonas cerebrales relacionadas con la memoria, por ejemplo, un déficit en el hipocampo tendrá consecuencias particularmente graves sobre esta actividad, sin embargo, es importante no asumir automáticamente que estos cambios son inevitables o de base totalmente física (Hamilton, 2002).

#### ❖ CAMBIOS SOCIALES

Durante la vejez se presentan significativos cambios sociales en las personas, que los lleva a modificar su forma de relacionarse consigo mismas y con los demás, uno de estos cambios que ocurre en esta etapa es la jubilación.

La jubilación se presenta como un cambio de vida y de roles sociales esto puede ser asumido de formas diferentes, algunas personas se ven afectadas por esta nueva situación, en cambio otras personas lo ven como una oportunidad para realizar actividades de su agrado.

La forma en cómo las personas mayores afronten la jubilación depende de varios factores, Lemme (2003) indica que la forma en que se afronte la jubilación va a depender de las habilidades aprendidas previamente, los individuos que han enfrentado con éxito sucesos importantes de la vida y que se jubilan de forma voluntaria, tienen más probabilidades de adaptarse adecuadamente, a diferencia de



quienes no los han afrontado bien o se ven obligados a jubilarse. De igual forma, una buena adaptación es más fácil si se cuenta con un ingreso suficiente, buena salud, relaciones de apoyo y si se realizan actividades significativas.

Vega y Bueno (1995) mencionan que las personas que tienen una jubilación satisfactoria presentan las siguientes características: tienen un buen estado de salud que les permite realizar trabajos remunerados o no, en donde demuestran sus habilidades. No tienen preocupaciones económicas y por lo tanto no perciben la jubilación como pérdida de ingresos, además organizan y disfrutan de su tiempo libre.

Durante la edad adulta intermedia se puede animar a las personas a prepararse para la jubilación, esta preparación ayuda a afrontar los problemas de salud, económicos y sociales, así como organizar su vida para hacerla más placentera y satisfactoria (Vega y Bueno, 1995).

Otra de las situaciones sociales que ocurre es la viudez, donde es más probable que la experiencia de la viudez la vivan las mujeres, debido a que su esperanza de vida es mayor a la de los hombres y porque existe la tendencia de que las mujeres contraigan matrimonio con hombres de mayor edad. El hecho de ser viudo significa vivir el período de duelo por la pérdida de la otra persona. Además implica cambiar radicalmente de vida y realizar una serie de actividades que podrían haber parecido imposibles hasta ese momento, como puede ser el ordenar y tener al día la situación económica, cocinar, arreglar los desperfectos de la casa, etc. (Belsky, 1996).

En cuanto a la forma de relacionarse a esta edad se tiene la idea de que las personas mayores gustan de estar solas y aislarse de los demás, pero en diversas investigaciones se ha visto que las relaciones son muy importantes a esta edad y no necesariamente con la familia sino con otras personas de su misma edad.

La necesidad de compañía puede llevar a la persona a establecer relaciones personales intensas, ingresar o aumentar su participación en clubes deportivos, de servicios o de trabajo voluntario. En cualquier caso la meta es satisfacer o reducir la necesidad de compañía. La amistad en esta etapa es muy importante ya que los contactos humanos evitan el aburrimiento y los sentimientos de privación, depresión, aislamiento y desesperanza. La necesidad de socialización cercana se enfoca en factores sentimentales como calidez, compartir, ser escuchado y aceptado. Las relaciones establecidas por medio del trabajo pueden desaparecer, pero las más importantes son las nuevas amistades que se desarrollen ya que se construyen por la necesidad de compañía, por un interés mutuo y son un baluarte contra el aburrimiento (Villa, 2005).

Los mayores como grupo no padecen significativamente de soledad, exceptuando quizás en los últimos tramos de la vejez, en el grupo de los mayores de 80 años, esto puede deberse a que cuando se es mayor las relaciones se perciben como de más calidad que en épocas anteriores, debido quizás a la mayor cantidad de tiempo que se tiene para ellas, los vínculos son más óptimos y satisfactorios y son reconocidos como amortiguadores de la soledad. Sin embargo, es posible que las mujeres valoren más la soledad, ya que en otras épocas de sus vidas parece que han tenido que ver cómo sus intereses y aficiones eran postergados en función de los que tenían otros miembros de la familia. El vivir solas en esta etapa, es tiempo para dedicarse a sí mismas, para el autocuidado, para mantener prácticas de salud, mantener sus redes de amistad y tiempo para el ocio y la participación en sus entorno a través de las relaciones que establecen en instituciones (De la Mata, 2006).

Las personas jubiladas necesitan amigos que estén retirados con quienes compartir las experiencias de la jubilación y del envejecimiento. Hacer y mantener nuevos amigos en esta etapa es más difícil, ya que no siempre es fácil conocer nuevas personas y algunos reportes indican que las personas de edad comienzan a aislarse. Se ha visto que los hombres jubilados solteros se involucran principalmente

en actividades sociales informales como visitar amigos. En cambio los hombres casados no visitan tanto sus amistades, ya que buscan la satisfacción de esta necesidad en su relación marital. Por el contrario las mujeres casadas reportan un alto nivel de participación en actividades sociales y en trabajo voluntario o de servicio social. Las mujeres divorciadas reportaron un nivel moderado en su participación en actividades sociales, en comparación con las mujeres viudas que se encuentran relativamente aisladas de sus parientes o amigos y no se involucran tanto en actividades de voluntariado (Villa, 2005).

Las mujeres valoran mucho las relaciones personales con otras mujeres y rompen el estereotipo de la necesidad que tienen las mujeres de mantener vínculos muy estrechos con la familia, ya que muchas veces suelen frecuentar más los contactos con sus amigas que con su familia. Encuentran en sus amigas a las mejores interlocutoras por proximidad de edad e intereses, comparten valores y vivencias similares. Las redes de amistad no dependen tanto del estado civil sino que dependen más del carácter de cada persona y quizás por la educación recibida basada en modelos que inculcaban la prioridad de la consanguinidad y la familia a la amistad con extraños (De la Mata, 2006).

#### ***1.4 ESTEREOTIPOS DE LA VEJEZ***

El estereotipo es una imagen o idea fija que determinado grupo o sociedad tienen sobre algo. Estas ideas generalmente negativas son aprendidas a través del proceso de socialización, los estereotipos actúan no solamente a través de opiniones y juicios sino que lo hacen en forma implícita, es decir, la gente no es consciente de que algunas de sus formas de percepción sobre la vejez son bastante negativas e influyen o determinan comportamientos discriminatorios (Fernández-Ballesteros, 2013).

Los estereotipos son creencias que construyen a las personas, les proporcionan significados sobre sí mismas e influyen en sus sentimientos y acciones.

Uno de los rasgos frecuentes considerados en el envejecimiento, es la generación de algún grado de dependencia, la cual no solamente es de índole biológico, sino también social, pues generalmente en la sociedad se conceptualiza a la vejez como sinónimo de pérdida, enfermedad y deterioro, esto se debe en gran medida a que en nuestra cultura se tiene en alta estima los atributos que corresponden a la juventud como es la belleza, la fuerza, la agilidad, la rapidez, la salud, etc.

La imagen colectiva que persiste de la vejez, son imágenes que se basan en la apariencia, debido a que el cuerpo es el principal indicador de la vejez, a nivel corporal se experimentan cambios que son interpretados como deterioro y a su vez generan una imagen negativa sobre la vejez. La imagen que se construye de la vejez es a partir de la presencia de canas, arrugas, flacidez de los tejidos; y estos rasgos de la vejez se conciben como debilidad, tristeza y enfermedad, imagen que se separa enormemente de la juventud (Warren, 1998 en Orozco, et al. 2006).

Además se tiene el estereotipo de que la gente mayor está deteriorada, es incapaz de aprender nuevas cosas esto se debe a que otro estereotipo común es el deterioro de las habilidades mentales, sobre todo en la capacidad de realizar nuevos aprendizajes y a la disminución de la memoria o la capacidad para recordar. Este estereotipo sobre la vejez es tan fuerte que algunos estudios han demostrado la existencia de una predisposición en el trato a los ancianos (Palmore, 1999 en Orozco, et al. 2006).

En los estereotipos negativos se tiene un modelo de deterioro de los aspectos físicos, de la inteligencia y la personalidad. Ancianos siempre fatigados, malhumorados, depresivos, achacosos, faltos de coordinación y por ello proclives a accidentes, pobres y avarientos, de inteligencia y memoria reducida, dogmáticos, inflexibles, inapetentes al sexo salvo que sean viejos verdes, solitarios, gastando su

tiempo con la televisión o las cartas sin aportar nada a la sociedad y que el pavor de la muerte les lleva a aferrarse a la religión (Montorio e Izal, 2000).

También se considera que no pueden cuidarse así mismos, son desagradables o regañonas. Así mismo otras imágenes que existen de los ancianos son como personas difíciles de escuchar, olvidadizos y quisquillosos, estas visiones negativas originan barreras en la comunicación y en las posibilidades de desarrollo social (Saunders, 1998 en Orozco, et al. 2006).

Estas imágenes sobre el deterioro permanecen en el imaginario colectivo de manera muy similar en los ámbitos rural y urbano, de acuerdo con Orozco, et al. (2006) en sus entrevistas a ancianos encontraron que hombres y mujeres tanto de zonas urbanas como de lugares muy distantes poseían imágenes, ideas, percepciones o estereotipos similares de lo que es ser viejo, con repercusiones importantes en el trato social recibido. La dependencia se consideraba una experiencia diaria en la vida de los ancianos y están expuestos a una situación que los hace verse a sí mismos como carentes de identidad.

Por otro lado, también se ha visto que existe una discrepancia entre la imagen que uno tiene de sí mismo y la imagen que otros tienen de uno, es probable que en el adulto mayor por ser una persona de edad, limite muchas veces su propio espacio vital o que no haga cosas que pudiera hacer bien todavía y que además le gustan, por el temor a que otros se rían de ellos o no aprueben esas conductas. Estas investigaciones muestran que es principalmente la actitud de las demás personas la que obliga a menudo a adoptar formas de conducta “adecuadas a la vejez” (Lehr y Thomae, 2003).

Estas falsas creencias no les permiten realizar cosas para obtener una mejor calidad de vida, ya que en muchas ocasiones los malestares que sienten, se traducen como cosas que tienen que pasar y son inevitables.

Una de las actitudes que generan distorsiones en la comprensión del envejecimiento es el fatalismo, el cual nos lleva a aceptar que el envejecimiento se produce ya que forma parte del orden natural, pues las cosas se desgastan, se traduce en la aceptación sin más y se considera que ya no hay más que hacer; por ejemplo en los dolores físicos debido a que se es grande o por que el organismo esta gastado, se deja avanzar sin más al dolor y a la enfermedad. Un estudio realizado con una población de más de 70 años en Suecia, muestra que, en personas de edad avanzada es bastante frecuente el diagnostico incompleto de las enfermedades, principalmente debido a que estas personas ya esperan presentar algún empeoramiento achacable a la edad y ni siquiera los mencionan a sus médicos, aun cuando existan tratamientos adecuados para hacerles frente (Kirkwood, 2000).

Esta creencia de que la vejez conlleva pérdida, declive y deterioro, no solo se identifican en la población en general, sino también en profesionales de la salud se observan estas actitudes, esto se presentó sobre todo en las primeras teorías de la vejez, las cuales se basaban en modelos biológicos.

Algunos psicólogos adoptaron un modelo biomédico, en donde se asume que después de pasar por un fuerte periodo de crecimiento todos nuestros sistemas biológicos pierden eficiencia, a este comportamiento de los sistemas biofísicos desde la biología se le llama envejecimiento y se expresa como una involución que es contrario a lo que se llama desarrollo. Sin embargo, el desarrollo humano desde una perspectiva psicológica, dura mientras se siga produciendo las transacciones entre el organismo biológico y el contexto sociocultural, pero existen factores psicológicos que experimentan ganancias y otros que presentan pérdidas, por ejemplo existen funciones cognitivas en las que el tiempo de reacción o ejecución es importante, las cuales declinan a partir de los 20 años; en cambio otras actitudes cognitivas como la amplitud de vocabulario o los conocimientos decrecen hasta muy avanzada la edad, a partir de los 70 años; o en funciones socioafectivas, como el balance entre el afecto positivo y negativo se articulan mucho mejor en la vejez (Fernández- Ballesteros, 2013).

Además de estos estereotipos negativos, también existen los estereotipos positivos los cuales tampoco favorecen del todo a los adultos mayores, pues también los encasillan, limitando sus posibilidades.

En los estereotipos positivos se considera a los ancianos como personas bonachonas, sonrientes, generosas, y atentas para escuchar, sin preocupaciones ya que han alcanzado la paz, la edad de oro, la sabiduría, el descanso, la edad del disfrute y de hacer lo que les venga en gana pues todo su tiempo es libre (Montorio e Izal, 2000).

Todos estos estereotipos los ponen en desventaja para lograr su autonomía, asimismo en muchos casos el trato que se les da a los adultos mayores está influido por las connotaciones generalmente negativas y estereotipadas sobre la vejez, además de que estas ideas pueden llevar a la discriminación.

La discriminación por razones de edad, consiste en la devaluación de un individuo por el sólo hecho de tener una edad avanzada. Algunos de sus extremos más grotescos consisten en el tratamiento infantil y en ocasiones brutal (Kirkwood, 2000).

Estas prácticas discriminatorias contra los mayores también pueden verse en una menor atención a sus problemas de salud, el acceso limitado a tratamientos y terapias, las menores posibilidades de ser elegidos para ciertos cargos o posiciones de liderazgo debido a su edad (Triado y Villar, 2006).

Estos juicios son el reflejo de que la sociedad no acepta la vejez y estos estereotipos son generalidades que no siguen ineludiblemente al hecho de ser viejo, son los propios ancianos los que tienen una visión más negativa sobre la vejez, implica la necesidad de trabajar para cambiar las nociones falsas de ancianidad (Montorio e Izal, 2000).

El envejecimiento implica cambios biológicos, psicológicos y sociales, pero la vejez no es sinónimo de etapa patológica, aunque el riesgo de padecer enfermedades se incrementa con la edad, esto propicia la evolución del concepto de envejecimiento hacia una representación positiva, en donde se sostiene que sólo parte de los trastornos orgánicos y cognitivos es irreversible, para contrarrestarlos se deben poner a disposición de las personas, los avances de la ciencia y los medios necesarios para prevenir su deterioro, controlarlo o hacerlo más lento (Muñoz, 2006).

Habría que pensar entonces si las enfermedades que ocurren en el envejecimiento, no se deben forzosamente a la vejez, sino también tiene mucho que ver las cosas que se ha dejado de hacer o que se hacen, las cuales afectan a la persona ya sea en lo físico, intelectual o emocional, por ejemplo: no se alimenta adecuadamente, no realice ejercicio, no aprenda cosas nuevas, o que descuide sus relaciones personales, etc.

Ciertas consecuencias de la vejez que hasta ahora se atribuían al envejecimiento, y que parecían irremediables, podrían tener como origen la inactividad. Por lo tanto sería la falta de actividad, y no el envejecimiento en sí, el origen de las patologías asociadas tradicionalmente a la vejez. La falta de uso de nuestras capacidades (El síndrome del desuso) tiene consecuencias fatales sobre el organismo; la inactividad física, psíquica y social conlleva inexorablemente a un deterioro de la salud y a un envejecimiento prematuro, haciendo el sistema cardiovascular vulnerable, volviendo frágiles los sistemas óseo y muscular, aumentando el riesgo de obesidad, permitiendo el aislamiento para que se instale la depresión, además ofreciendo una apariencia más vieja y decrepita del individuo (Ortiz, 2002).

En otros sistemas donde pueden presentarse más cambios negativos asociados con la edad, por ejemplo en los sistemas de memoria (memoria operativa y memoria episódica) aun en estos casos existen recursos para mejorar aquellos sistemas que han declinado, Ruiz Vargas (2002, en Fernández-Ballesteros, 2013) propone



recursos que contribuyan a mejorar la memoria durante la vejez: Estar muy motivado, jugar a recordar en forma deliberada ¡recordar por recordar!, prestar mucha atención, repetir, repetir y repetir, dedicar mucho tiempo al aprendizaje y a la memoria, organizar mentalmente la información a recordar, buscar y establecer asociaciones entre la información que se quiere recordar y otros eventos cotidianos, crear imágenes mentales de lo que se quiere recordar, utilizar ayudas externas como agendas, libretas, etc.

Existen funciones intelectuales que declinan en función de la edad, otras que se mantienen a lo largo de la vida e incluso ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez.

El funcionamiento intelectual también se puede compensar, hay evidencia de que la actividad intelectual (como hacer crucigramas o jugar al ajedrez) mejora el funcionamiento intelectual, incluso existen datos experimentales de que las personas que realizan actividad intelectual en su vida cotidiana son menos propensas a presentar demencia (Fernández-Ballesteros, 2013).

Algunos estudios han demostrado que lo percibido como pérdidas de la memoria, la inteligencia o el aprendizaje son más manifestaciones resultantes del estrés de no haberse adaptado a la vejez (Orozco, et al. 2006).

Otra idea común que se tiene es asumir que a esta edad es normal que las personas mayores están habitualmente tristes y sufren de depresión, lo que no permite una atención oportuna cuando se presenta la depresión en la vida de las personas mayores; sin embargo la depresión no es un problema necesariamente asociado, en sí mismo a la vejez, sino que es un trastorno que se puede presentar en todas las edades.

Los estereotipos no sólo implican falsas creencias e ideas, sino también tienen efectos en la vida de las personas. De acuerdo a Levy (2003, en Fernández-

Ballesteros, 2013) después de realizar estudios transculturales, experimentales y longitudinales concluye que los estereotipos negativos sobre la vejez que ostentan las personas mayores influyen en su memoria, causan estrés y peores formas de combatirlo, e incluso, predicen menor sobrevivencia, se observó que las personas que ostentaban estereotipos más positivos vivieron 7 años más que aquellas que tenían imágenes negativas en torno a la vejez.

Por lo tanto es importante que los estereotipos se pongan a debate, pues es a partir de estas imágenes que se incrementa la pobreza, se pierde el control de las decisiones, entonces quedan en manos de la familia principalmente, en donde generalmente el control social es de los jóvenes. Los ancianos se vuelven entonces dependientes no sólo por sus condiciones de salud física y mental, sino también por la pérdida de su rol social (Jones-Finer, 2000 en Orozco, et al. 2006).

Parece demostrado que son los cambios ambientales y sociales los que ejercen una mayor presión para hacer que el adulto mayor asuma y adopte o no, el rol de viejo. Pueden ser las modificaciones biológicas aquellas sobre las que el adulto mayor tenga menor grado de control, es necesario que cualquier intervención vaya orientada de forma definida a potenciar aquellos recursos personales y sociales que ayuden al anciano a afrontar positivamente estos acontecimientos y estos cambios, de modo que se le facilite el mantener un adecuado nivel de bienestar (Salvarezza, 1998).

En los estudios recientes se ha demostrado que en esta etapa el adulto mayor puede lograr muchas cosas, de hecho puede hacer todo lo que los demás hacen, pero más lentamente. Es por ello que el adulto mayor es un hombre normal como cualquier otro, con el pleno derecho a la vida, y a vivirla sin la carencia causada por los prejuicios o las falsas creencias acumuladas sobre él para disminuirlo impidiéndole la realización normal de la vida, para la que está capacitado en casi todos los campos, puesto que en muchas ocasiones las limitaciones tiene que ver más con aspectos psicológicos que físicos (Canal, 1999).

## **1.5 LA VEJEZ EN MÉXICO**

En el país se ha incrementado la población de adultos mayores, en los resultados del censo del 2010 actualmente en México hay 10 millones de adultos mayores de 60 años o más, que representan 9% del total de la población. La esperanza de vida es de 76.4 años para la población en general y de 22 años para el grupo poblacional de 60 años o más. Sin embargo, la esperanza de vida saludable para la población en general es de 65.8 años, lo que significa que durante 10.6 años (de la esperanza de vida general) hay una carga de enfermedad y dependencia (Manrique, et al. 2013).

La situación en la que viven los ancianos en nuestro país no siempre ha sido la misma, en el transcurso de las épocas existen diferencias en la actitud que se tiene ante la vejez y por lo tanto la forma en cómo se trata a las personas mayores, así como la manera en como se percibe y se vive la vejez.

En la época prehispánica, los Mexicas tenían como sacerdotes a personas que generalmente eran viejos y se encargaban de curar las enfermedades. Además los viejos eran quienes sobrevivían a guerras, enfermedades y trabajo; se les llamaba huehuetques; si habían servido al Estado (guerreros o burócratas) recibían una pensión (uno de los primeros casos conocidos de retiro). Si eran plebeyos, formaban automáticamente parte del consejo de su barrio o pueblo, y se les escuchaba en silencio. A los ancianos se les permitía la ebriedad, pues se creía que bajo sus efectos sus consejos y órdenes eran más acertados. “Honra a los ancianos. No comas ni caminos antes que ellos. No reproches sus errores, pues el próximo error será tuyo” Es el consejo que le daban a los jóvenes mexicas (Alba, 1992).

Durante el periodo colonial, entre los indígenas los viejos adquirieron un poder considerable. En la primera generación colonizada, eran los únicos que podían transmitir el recuerdo de la época anterior a la llegada de los colonizadores, se designaron a los viejos de cada comunidad para dirigirla y tener en ella quien

transmitiera las órdenes y las hicieran cumplir. De esa forma los viejos y los consejos de ancianos que los asesoraban se convirtieron en jefes de la comunidad, como lo eran de la familia. En el siglo y medio de caudillismo que siguió a la independencia varios caudillos llegaron a viejos en el poder. Los que eran jóvenes, para darse respetabilidad, se rodeaban de ministros ancianos. En las poblaciones indígenas se continuaba con la costumbre de que la comunidad atendía a los viejos si éstos quedaban solos (Alba, 1992).

Actualmente esta imagen que se tenía de los ancianos ha cambiado, ya no es una representación de sabiduría y experiencia, sino se relaciona más con la decrepitud y la dependencia, esto ocurre tanto en el ámbito rural como urbano, como se observa en el estudio que a continuación se explica.

Orozco, et al. (2006) realizaron una investigación en México con un enfoque antropológico, tanto en el ámbito urbano como rural. Tenía como finalidad conocer la forma en cómo las personas ancianas perciben la vejez, a partir de las entrevistas se observó lo siguiente: Las personas entrevistadas entienden por viejo un sinónimo de inservible, achacoso, senil, improductivo. Perciben el periodo de la vejez como una amenaza a su integridad, el mayor temor de la vejez es afrontarla enfermo, acabado, inútil, pobre, solo o ser considerado una carga para la familia. Además no es aceptado de buen grado el cambio de estatus y rol protagónico a papeles secundarios. Orozco, et al. proponen entonces distinguir algunas fases del envejecimiento, a partir del criterio de actividad/inactividad, remunerada o no, plantean dividir la vejez en dos etapas. La primera es la prevejez comprendida entre los 60 hasta que la persona acepta su vejez, en esta fase a pesar de su edad avanzada, la persona no acepta ser del todo viejo, pues se ha iniciado el proceso de envejecimiento, pero sin verse mayormente afectado en su rendimiento habitual. La segunda etapa ocurre cuando las capacidades físicas y mentales van disminuyendo, algunas veces de forma gradual y en otras de forma drástica. No hay una edad específica para alcanzar esta fase y es aquí donde la persona acepta que su vejez

se ha declarado en forma total, sin embargo, aún tiene dificultad para reconocer esta nueva condición.

Esta dificultad para aceptar la vejez se puede deber a la situación que actualmente prevalece para esta población de adultos mayores.

En nuestro país existen contextos que colocan a los adultos mayores en situación de vulnerabilidad. Por ejemplo, la mayor parte de los adultos mayores presentan ingresos económicos insuficientes y sus gastos están destinados principalmente al consumo de alimentos y vivienda. El porcentaje de adultos mayores con discapacidad es de 13.2%, esto aumenta con la edad teniendo un incremento cercano a 50% en personas mayores de 70 años y sólo poco más de un tercio de las personas con discapacidad tiene acceso a servicios médicos. Por otro lado, el 24.0% de las personas mayores de 60 años reportan haber sufrido algún tipo de discriminación, además muchos adultos mayores prefieren no participar en procesos sociales o en asociaciones porque consideran que no son tomados en cuenta. Lo antes mencionado es contrario a lo que se necesita para que los adultos mayores mejoren su calidad de vida, pues se ha observado que el incremento del ingreso, la aceptación por parte de un grupo y de la sociedad en su conjunto son factores que incrementan la autoestima de los adultos mayores e incentiva su autonomía (Secretaría de desarrollo Social SEDESOL, 2010).

Otro de los problemas que tienen los adultos mayores que viven en la metrópoli, es el aislamiento por la falta de equipamiento e infraestructura adecuada (banquetas en mal estado o sin rampas en las esquinas, estaciones del metro que no siempre tienen elevador o escaleras eléctricas, ejes viales de alta velocidad sin semáforos, puentes peatonales inseguros y transporte público que no tiene condiciones adecuadas para el ascenso y descenso) esto limita su movilidad, porque en algunos casos por cuestiones físicas se les dificulta desplazarse. El acudir por su despensa, integrarse a los servicios que ofrece la ciudad o incluso asistir a los servicios de salud, se torna más complicado y esto ocasiona que se vuelvan dependientes de

otras personas. En estas condiciones la existencia de redes sociales se hace indispensable, sin embargo la solidez y calidad de estas son recursos mal distribuidos entre la población adulta, se ha visto que en las clases altas es más fácil que se presente este apoyo principalmente familiar, debido a que cuenta con más recursos para apoyarlos (Zamorano, Alba, Capron y González, 2012).

También se observa que las mujeres son más dependientes que los hombres y ocupan menos espacios laborales, la mayoría de las mujeres realizaron empleos informales o actividades domésticas, de cuidado y atención a los otros, son funciones por las que no recibieron pago, en consecuencia las ancianas forman uno de los grupos más pobres y marginados. Por otro lado las mujeres ancianas cuentan con mayores posibilidades de recibir apoyo, por su condición de género, según la opinión de hombres ancianos, las mujeres son más aceptadas socialmente que el hombre, pues a la mujer se le atribuye mayor confianza (Orozco, et al. 2006).

En México también existe una desigualdad en la aplicación de programas que inciden en el bienestar de los ancianos, por ejemplo en la Ciudad de México es la única entidad que ha implementado un programa de apoyo alimentario, servicios médicos y medicamentos gratuitos. También desde el 2001 se otorga un subsidio directo de medio salario mínimo vigente en la ciudad, para las personas mayores de 70, estos beneficios se han convertido en un derecho legal, mientras en los demás estados programas como 70 y más (otorgado por SEDESOL) es un beneficio reciente, sujeto a partidas presupuestales y voluntarismos políticos (Zamorano, et al. 2012).

Actualmente algunos estados cuentan con legislación sobre los derechos de los ancianos, como es la Ciudad de México y Querétaro, en donde cuentan con leyes que contemplan sus derechos humanos, como el derecho a trabajar y hacer uso de otras posibilidades para generar ingresos sin barreras basadas en la edad. Dichas legislaciones pretenden abatir la pobreza, sin embargo aun en estas entidades ese

derecho no es real y son pocos los cambios realizados para mejorar la situación de vulnerabilidad de los adultos mayores (Orozco, et al. 2006).

Con lo mencionado en este capítulo se observan las diferentes variaciones que han ocurrido en el estudio de la vejez. Los nuevos enfoques del estudio de la senectud permiten ver a esta fase como una etapa más en la vida de la persona, en donde se presentan cambios que no necesariamente o únicamente tiene que ver con el deterioro.

Igualmente muchas de las de las ideas que se tenían como normales o como consecuencia natural de la senectud, se han cuestionado y en su lugar se promueven nuevas formas de vivir la vejez de una forma más satisfactoria.

Una de estas cuestiones que se ha criticado, es el considerar que la depresión es algo inevitable o normal a esa edad. El poder cuestionar esta idea ayuda a que se identifique cuando la depresión entra en la vida de los adultos mayores. Por lo tanto es importante conocer la forma en que la depresión afecta al adulto mayor y las opciones que se tiene para afrontar este problema.

## **CAPÍTULO 2 DEPRESIÓN**

### **2.1 DEFINICIÓN**

La depresión es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. La persona pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas; también aparecen otros síntomas como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones en el pensamiento.

Los trastornos afectivos son aquellos que tienen por base una alteración del humor, su cambio es tal que invade la capacidad funcional del ser, es persistente y además es diferente a la tristeza o alegría normales. La persona con depresión no tiene esperanzas ni alternativas para el futuro, le es imposible tener nuevas ideas, ideales o intereses, ha perdido el sentido de la vida y de lo posible (Chinchilla, 2008).

Es frecuente que la depresión comience con síntomas somáticos, como dolores difusos, insidiosos como una fatiga que se prolonga en el tiempo y que no está de acuerdo a la actividad que desarrolla la persona, también pueden aparecer síntomas psicológicos como sentimientos de inseguridad, inutilidad, falta de ganas de vivir, pesimismo, disminución del interés, dificultad para disfrutar. Esto puede evolucionar y durar hasta meses (Lista, 2008).

### **2.2 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V-TR, APA, 2014) es una de las referencias que más se emplean en psicología para explicar la depresión, de acuerdo a este manual los trastornos depresivos se ubican dentro de los trastornos de ánimo y a su vez se divide en: Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno



depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. La diferencia está en función de la gravedad o si el estado de ánimo depresivo aparece de forma episódica. El rasgo común de los trastornos depresivos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.

En el DSM-V los trastornos depresivos se han separado del trastorno bipolar y trastornos relacionados, también se ha agregado un nuevo diagnóstico que es el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el cual se agregó para abordar las dudas sobre la posibilidad de que el trastorno bipolar se diagnostique y trate excesivamente en los niños, este trastorno se refiere a la presentación de irritabilidad crónica (persistente) y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en los niños de hasta 12 años y el uso de este diagnóstico se debería restringir a los grupos de edad de 7 a 18 años (los grupos de edad en los que se estableció su validez) estos eventos ocurren en respuesta a la frustración, deben presentarse frecuentemente (en promedio tres o más veces a la semana) en al menos un año y en dos ambientes (casa, colegio o con los compañeros) y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo. Se incorporó en este apartado porque se encontró que los niños con este patrón sintomático, cuando pasan a la adolescencia y a la edad adulta desarrollan trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad, más que trastornos bipolares.

A continuación se explica en que consiste cada uno de los trastornos depresivos.

#### A) Trastorno depresivo mayor.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios de al menos dos semanas de duración, implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas.

En este tipo de trastorno se presentan cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día (se siente triste o vacío)
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día y casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o un aumento de peso. Pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (pueden ser delirantes) casi todos los días o la mayor parte de los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse. Además de presentar indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o tentativa de suicidio.

En este trastorno casi siempre hay pérdida de interés y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. El duelo normalmente no induce a un episodio depresivo mayor, pero cuándo ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el duelo que no se acompaña del trastorno depresivo mayor. La depresión relacionada con el duelo tiende a presentarse en las personas vulnerables a los estados depresivos y se puede recuperar mediante el tratamiento depresivo. La diferencia entre el duelo y un episodio de depresión mayor (EDM), es que en el duelo el afectó predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es la incapacidad de esperar felicidad o placer, en el duelo existen pensamientos y recuerdos del difunto y en EDM no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos.

### B) Trastorno depresivo persistente (distimia).

Es la forma más crónica de depresión dura al menos dos años en los adultos o un año en los niños. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, los sujetos presentarán de forma eventual periodos de depresión, aún pueden disfrutar ocasionalmente de días buenos, los días malos abundan más y no disfrutan más de 2 meses seguidos de días buenos; tienden a distorsionar sus vivencias y experiencias pasadas en sentido negativo, este puede ser análogo a la desesperanza sobre el futuro.

Durante al menos 2 años, se puede presentar dos o más de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento del apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza.

Muchos individuos que inician un trastorno distímico presentan más tarde un trastorno depresivo mayor.

El estado de ánimo depresivo debe de estar presente la mayoría de los días a lo largo de un periodo de al menos 2 años y se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años.

### C) Trastorno disfórico premenstrual.

Este trastorno se presenta en la mayoría de los ciclos menstruales y al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación y empieza a mejorar unos días después del inicio de la menstruación.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (amigos, trabajo, escuela).
2. Dificultad subjetiva de concentración.

3. Letargo, se fatigan fácilmente o hay una intensa falta de energía.
4. Cambio importante en el apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnias o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor en las mamas, dolor articular o muscular, sensación de hinchazón o aumento de peso.

D) Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.

Es una alteración importante y persistente del estado de ánimo, se caracteriza por:

1. Estado de ánimo deprimido.
2. Disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

Estos síntomas fueron desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

E) Trastorno depresivo debido a otra afección médica.

En este trastorno existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia directa de otra afección médica. Y se presenta un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

F) Trastorno depresivo especificado.

En esta categoría predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.

Las situaciones en que se maneja este criterio son las siguientes:

1. Depresión breve recurrente: Se presenta constantemente un estado de ánimo deprimido y al menos cuatro síntomas de depresión, durante 2 a 13 días por lo menos una vez al mes y nunca se ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo.
2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor persiste durante más de cuatro días y nunca se ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo.
3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo que nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo.

G) Otro trastorno depresivo no especificado.

Se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen con todos los criterios de los otros trastornos depresivos. Esta categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para un diagnóstico más específico.

Lista (2008) menciona que la depresión afecta en las diversas áreas de la vida, porque afecta al sujeto en su totalidad, para explicar la forma en cómo la depresión afecta a la persona lo clasifica en cinco áreas.

Afectividad

Se caracteriza por un estado emocional triste (aunque pueden existir depresiones donde no esté la tristeza). Pérdida de la plasticidad afectiva: hay una rigidez en las

emociones, la persona no tiene la capacidad de alegrarse o lo hace menos de acuerdo a su forma habitual frente a situaciones que promuevan júbilo y placer. Su estado emocional es monótono. Esto se presenta en la mayoría de las depresiones.

#### Motivación e interés

La motivación puede ser una de las primeras áreas que se ve afectada por la depresión, la persona manifiesta una pérdida de interés general, afectando a todas las actividades que realiza (sexo, actividades sociales, trabajo, etc.), lo más característico es la dificultad para experimentar placer.

#### Pensamiento

La depresión lleva a ideas pesimistas, de auto desvalorización, de incapacidad o inutilidad, de culpa, de auto reproches, de desesperanza. Hay dos características principales que utiliza la depresión: La disminución o pérdida de la autoestima, el sujeto siente que no vale, que no es merecedor de afecto ya que tiene tan poco o nada para ofrecer. Las ideas de muerte surgen por la pérdida del deseo de vivir o como solución al sufrimiento actual. Estas ideas pueden acompañarse de deseos de quitarse la vida y hasta planes concretos para hacerlo. En esta área cognitiva se dan otras características frecuentes de la depresión, como la dificultad para concentrarse incluso para las cosas más sencillas como ver la televisión, pérdida de memoria y dificultad para tomar decisiones.

#### Comportamiento

Presenta un abandono de sus actividades sociales, laborales, etc. A veces se puede presentar situaciones extremas del comportamiento que son la inhibición o la agitación, En la inhibición (inhibición psicomotora) el individuo hace un enorme esfuerzo por mantener su rol laboral, en situaciones más severas no sale de la cama y puede hacer difícil hasta la comunicación oral. En la agitación se presenta la inquietud, desasosiego y en el extremo más severo, una imposibilidad de estar tranquilo con un aumento de la actividad motora.

## Funcionamiento físico

Se pueden presentar perturbaciones del sueño, lo más frecuente es tener dificultades para dormir, expresadas como un aumento del tiempo para conciliar el sueño (insomnio temprano) o dificultad para mantener el sueño, con múltiples despertares nocturnos (insomnio medio), o puede despertarse temprano, varias horas antes que lo deseado y ya no poder volver a dormirse (insomnio tardío) este último tipo de insomnio es el que se observa en las depresiones más severas. En otras ocasiones se puede presentar hipersomnia, en donde la persona tiene necesidad de dormir más, incluso llegar a dormir en el día, a pesar de dormir toda la noche. Otras situaciones físicas que ocurren son las perturbaciones del apetito como puede ser la anorexia (disminución del apetito) o un aumento del apetito (hiperorexia). También se pueden presentar fatiga, pérdida de energía, trastorno en el aparato digestivo como náuseas, vómitos, constipación, diarreas; sequedad en la boca, sudoración, taquicardia, palpitaciones. Otra de las manifestaciones importantes son los dolores, los cuales pueden a veces ser la primera manifestación de la depresión, estos dolores frecuentemente son musculares, en la espalda. Pero también pueden ser dolores de cabeza o de otras partes del cuerpo. Son en general insidiosos, de leve a moderados, oscilantes en su presentación y prolongados en el tiempo de evolución. Pueden desaparecer sin explicación y poco tiempo después reaparecen, por eso frente a un dolor crónico que no tiene una causa orgánica demostrable, lo primero a pensar es en la manifestación somática de una depresión.

### ***2.3 LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ***

Los problemas de salud mental son responsables de 31% de los años de vida perdidos por discapacidad; para los adultos mayores como primera causa de discapacidad esta la demencia y en segundo lugar la depresión (Manrique, et al. 2013).

Los trastornos afectivos en los ancianos, adquieren relevancia porque tienen una relación directa con el incremento de la demanda de los servicios de salud, así como el detrimento en la calidad de vida de las personas.

El hecho de que la depresión se encuentre en segundo lugar como problema de salud mental en la vejez, se puede deber a que existen múltiples factores que favorecen la aparición de la misma.

Entre las situaciones que pueden incidir para que se presente la depresión están los factores biológicos como cambios en la estructura cerebral, déficit en los neurotransmisores y en los sistemas hormonales, todo esto pueden ser un factor de vulnerabilidad (Ríos, 2007).

En el envejecimiento cerebral, con frecuencia ocurren cambios neurobiológicos como con: disminución de los sistemas de neurotransmisión: noraadrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico (Gil y Carrasco, 2004).

Se considera que el envejecimiento produce unas alteraciones cerebrales específicas como la disminución del volumen global del cerebro, hay un descenso en el grosor de la corteza cerebral, sobre todo a nivel fronto-temporal. En las neuronas, a nivel del axón están descritos cambios de desmielinización y cambios en el citoesqueleto. En los neurotransmisores, existe un descenso en la actividad dopaminérgica, y también se ha observado un descenso noraadrenérgico a nivel pos sináptico en el hipotálamo (Alcántara, Ortiz, Idini, Sánchez y Bustos, 2007).

Las patologías físicas también se consideran un factor de riesgo, pueden aparecer las llamadas depresiones somatógenas, donde la depresión en si no es la enfermedad principal sino un síntoma de la propia enfermedad, éstas pueden ser la enfermedad de Parkinson, el accidente cerebrovascular, enfermedades tiroideas como el hipertiroidismo o el hipotiroidismo, trastorno del metabolismo incluso algunos tipos de cáncer. Además algunos medicamentos pueden inducir la aparición



de depresión días o semanas después de su uso, entre estos fármacos están los corticoides, antiparkinsonianos, algunos antihipertensivos, entre otros (Ríos, 2007).

Sumado a esto se acumulan numerosas e importantes pérdidas de acuerdo al contexto donde viven, que van a afectar al individuo mayor no sólo a sus emociones sino también a su situación física y social.

Estas pérdidas pueden ser: Laboral (jubilación) que muchas veces se acompaña de carencias económicas (aunque este tipo de desventaja puede ser menos estresante que en las personas de menor edad), menor participación autónoma en la dinámica familiar, duelos frecuentes por seres queridos que en ocasiones puede ser la muerte de los hijos, escaso soporte social, el diagnóstico de una enfermedad crónica, incapacidad y detrimento funcional, etc. Son acontecimientos vitales que pueden propiciar una determinada manifestación o estado depresivo en las personas mayores (Montorio e Izal, 2000. Gil y Carrasco, 2004).

Cuando las dificultades económicas son permanentes favorecen la aparición de la depresión, se asocia también las situaciones de duelo, aislamiento y las pérdidas reales y simbólicas que se acumulan a esta edad. En muchas ocasiones la disminución de la salud condiciona el deterioro funcional, presentando dolores y enfermedades crónicas con tendencia a la dependencia física, pérdida de autonomía, dificultad para moverse y frustración por la pérdida de memoria. Además la presencia de enfermedades crónicas disminuye la capacidad adquisitiva. Ocurren también los cambios bruscos con la llegada de la jubilación, que condiciona las actividades diarias y relaciones sociales. Y en ocasiones existe dificultad para adaptarse a circunstancias cambiantes como el cambio del hogar a una residencia (Ríos, 2007).

La depresión en la tercera edad se presenta con algunas peculiaridades, generalmente suele predominar el malestar y la apatía sobre la tristeza; existen menores variaciones diurnas del humor. Es común la aparición de ansiedad,

agitación psicomotora y son frecuentes las manifestaciones somáticas e hipocondríacas, así como falta de energía y dificultad de concentración, los ancianos pueden atribuir a sus síntomas un origen médico negando relación alguna con la tristeza, de ahí que la aparición de apatía y aislamiento deberían alertar sobre la presencia de un trastorno afectivo subyacente (Chinchilla, 2008).

Algunas características especiales de la depresión en el adulto mayor son: escasa expresividad de la tristeza, tendencia al retraimiento y aislamiento, dificultad para reconocer los síntomas depresivos, deterioro cognitivo, expresión en forma de quejas somáticas (hipocondría), mayor frecuencia de síntomas psicóticos (delirio), trastornos conductuales (irritabilidad), presencia de comorbilidad (polipatología), enfermedad cerebrovascular frecuente y un mayor consumo de medicamentos (Gil y Carrasco 2004).

También se pueden presentar síntomas como anorexia y cansancio precoz, fijación de ideas, incapacidad para realizar actividades habituales, pérdida de planificación futura, pesimismo y sensación negativa, sensación de que el tiempo pasa lento, sufrimiento por vivir y desesperación, tendencia al llanto y al sueño (González, 2010).

Cuando la depresión entra en la vida de los adultos mayores, estas experimentan cambios cognitivos, de comportamiento y ponen mucho énfasis en los hechos negativos ocurridos en sus vidas.

En ocasiones la depresión se presenta como deterioro cognitivo, es decir como un menor rendimiento intelectual con quejas de pérdida de memoria, sin embargo, es necesario diferenciar estas depresiones de una verdadera demencia, a esta depresión que se confundía con una demencia sin que esta existiese, se llamó pseudodemencia (Ríos, 2007).

Un síntoma que no es constante en la vejez pero que resulta relativamente frecuente es un descenso en la satisfacción por la vida, y en general se asocia con factores externos, como mala salud, viudez o jubilación, sin embargo, la disminución de la satisfacción por la vida no debe considerarse como sinónimo de depresión. El sentimiento de vacío también se observa con mayor frecuencia y se asocia comúnmente con impulsos suicidas, esta sensación de vacío puede ser uno de los síntomas más intolerables que experimenten las personas mayores. Otras características que se presentan son la pérdida de interés por el medio social, la irritabilidad, las ganas de llorar y la preocupación. Existe una sensación de impotencia y desesperanza respecto al futuro, suelen pronunciar frases como: "No me queda nada que esperar " o "es inútil que haga cualquier cosa, ya que dentro de unos meses estaré muerto". Además suelen pensar constantemente en los problemas presentes y pasados, suelen repetir su evaluación y sus sentimientos sobre un hecho particular, esta repetición puede acompañarse de ideas de inutilidad (Chinchilla, 2008).

La frecuencia de aparición de la depresión es variable según el contexto en el que se encuentre la persona, por ejemplo, cuando la salud se quebranta y la persona ha de entrar en una institución en la que le atiendan, la depresión mayor y todas sus manifestaciones se presentan con una alta prevalencia (Montorio e Izal, 2000).

La influencia de los acontecimientos va ser menor si el soporte social es mejor y va a ser peor si existe experiencia previa de episodios similares. Las personas a las que les falte una relación de confianza van a ser más vulnerables. Sin embargo a veces es más negativa la existencia de relaciones conflictivas y no satisfactorias que la falta de apoyo. También el apoyo excesivo, la falta de autonomía y la sensación de pérdida de control puede ser negativo (Alcántara, et al. 2007).

Se considera que el anciano tiene más dificultades para identificar y reconocer ante otros los síntomas afectivos, para decir que está triste y por ello consultará menos

por este motivo. Con frecuencia la queja puede ser somática e incluso hipocondríaca (Gil y Carrasco 2004).

El adulto mayor no puede detectar ni reconocer sus propios síntomas, debido a que los asume como propios del envejecimiento. Además es común que presente dificultades para expresar sus sentimientos, por considerarlos íntimos o por creer que es más importante lo físico que lo mental. Esto ocasiona que el motivo de la consulta generalmente sea por problemas de sueño, no encontrarse bien, sentirse nervioso, o tener achaques y dolores. A esto se añade que también la familia tiende a minimizar la sintomatología atribuyéndola a la edad (González, 2010).

Debido a que existe dificultad para diagnosticar la depresión en los adultos mayores ya que estos no lo manifiestan como tal, Ríos (2007) propone verificar si la persona presenta los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo irritable.
- Sentimiento de minusvalía o de tristeza.
- Pérdida de interés o de placer por las actividades diarias.
- Mal genio, agitación.
- Cambios en el apetito, usualmente pérdida del apetito.
- Cambios en el peso, con mayor frecuencia se presenta una pérdida del peso que un aumento.
- Dificultad para dormir somnolencia diurna, dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial), despertar muchas veces en la noche (insomnio medio), despertar temprano en la mañana (insomnio tardío), fatiga (cansancio o agotamiento), dificultad para concentrarse, pérdida de la memoria, culpa excesiva o injustificada, pensamientos anormales sobre la muerte, pensamientos sobre suicidio, planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio.

Si estos síntomas se presentan diariamente durante más de 2 semanas, entonces es posible que se trate de una depresión.

Por su parte Alcántara, et al. (2007) mencionan los mismos síntomas y agregan algunos otros, así como signos que se pueden llegar a presentar

- Síntomas emocionales: abatimiento, tristeza disminución de la satisfacción de la vida, pérdida de interés, llanto, irritabilidad, sensación de vacío, miedo, ansiedad, sentimientos negativos para sí mismo, preocupaciones, desesperanza, sensación de fracaso, soledad e inutilidad.
- Síntomas cognitivos: baja autoestima, pesimismo, auto acusaciones y críticas rumiación de problemas, pensamientos suicidas, ideas delirantes de inutilidad, de comportamiento imperdonable, nihilistas, somáticas, dudas sobre los valores y creencias, dificultad de concentración y mala memoria.
- Síntomas físicos: anorexia, astenia, trastornos del sueño, desinterés por la actividad sexual, estreñimiento, dolor e inquietud.
- Síntomas volitivos: Pérdida de la motivación o parálisis de la voluntad. Aspecto del paciente: Postura inmóvil, expresión triste, falta de cooperación, retraimiento social, hostilidad, suspicacia, confusión, obnubilación, variaciones diurnas del humor, aspecto desaliñado, crisis de llanto o gemidos, pérdida de peso, ulceraciones ocasionales de la cornea por disminución del parpadeo. Signos: Bradilalia, movimientos lentos, marcha lenta y torpe, estupor, mutismo, cese de la masticación y la deglución, autolesiones de las manos, disminución del parpadeo, retorcimiento de las manos, marcha incesante, sueño inquieto.

Es importante reconocer cuando la depresión esta presente en la vida de las personas mayores, pues este problema puede llegar a afectarles gravemente. Los síntomas depresivos ocasionan que los ancianos aumenten el riesgo de desarrollar discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria, es decir que tengan dificultad y necesiten ayuda para funciones como bañarse, vestirse, usar el sanitario, alimentarse y en la movilidad aún dentro del hogar. Es posible también que haya relación entre la depresión y el síndrome geriátrico de vulnerabilidad conocido como fragilidad, esto les ocasiona agotamiento, pérdida de peso involuntaria, deterioro motriz y la disminución de las actividades (Ávila, et al. 2007).

#### **2.4 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA DEPRESIÓN**

Las técnicas psicoterapéuticas pueden ser una buena alternativa al uso de medicamentos para los estados depresivos leves y moderados. También son importantes, como apoyo en la recuperación, en los estados depresivos severos que no han respondido adecuadamente al tratamiento farmacológico, reduciendo los sentimientos de culpa, la desesperanza y aumentando la autoestima (Scott, Teasdale y Paykel, 2000 en González, 2010).

Gil y Carrasco (2004) mencionan que los temas a considerar en la psicoterapia del anciano son 3 aspectos básicos del proceso de envejecimiento, que no se dan en las etapas anteriores de la vida.

1. Afrontamiento de la pérdida de poder. Se ayuda al paciente a percibir su capacidad real de control.
2. Disfrute. Socialmente se identifica a la vejez, entre otras cosas, con una carencia de actividades placenteras, por lo que es necesario enseñarle a controlar su conducta, mediante auto registros de acontecimientos favorables y desfavorables, los cambios en el estado de ánimo que producen, etc.

3. Balance y revisión de vida. Este punto se centra en el enfrentamiento de la persona con la búsqueda de un sentido sobre lo que ha sido su vida, aunque esto no es exclusivo de la vejez suele verse incrementada esta revisión.

Los enfoques más utilizados para trabajar la problemática de la depresión con los adultos mayores, son los modelos cognitivo-conductual y el psicoeducativo.

En el modelo cognitivo-conductual se entrena a la persona, para que identifique sus sentimientos y pensamientos negativos y éstos se puedan reinterpretar y el individuo genere otras alternativas más adecuadas y adaptativas. Asimismo se trata de entrenar en habilidades interpersonales para lograr incrementar las relaciones sociales y con ellas el refuerzo positivo de otras personas. De igual forma se les proporciona técnicas de resolución de conflictos para que puedan afrontar sus posibles problemas (Fernández-Ballesteros, et al. 1999).

Esta forma de terapia trata de aumentar los refuerzos entorno al individuo, como aumentar el nivel de actividad, especialmente en las actividades placenteras, pero como estas actividades que solían hacer pueden ser menos recompensantes; como primer paso es animar a la persona, además de que pueda ver su situación como una deficiencia de habilidades que se pueden superar con nuevas habilidades más efectivas. Se enseñan entonces habilidades que incluyen el entrenamiento en relajación, el aumento de las actividades agradables, combatir los pensamientos negativos y aumentar las habilidades sociales. También se puede incluir programas diseñados para enseñarles como obtener placer de los refuerzos (Schaie y Willis, 2003).

Además se ayuda al paciente a encontrar los pensamientos y esquemas que sostienen los patrones recurrentes de pensamientos negativos según la tríada cognitiva de Beck: visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Aprende a establecer la relación entre sus pensamientos y el estado de ánimo e identificar las distorsiones cognitivas a través de registros de pensamientos erróneos. Según sus

posibilidades realizarán registros diarios de actividad y humor, para evidenciar las repercusiones de pensamientos y emociones negativos sobre la realización de actividades positivas. Del mismo modo se le enseña a generar alternativas mediante estrategias cognitivas como la retribución, la confrontación con la realidad, los listados de pros y contras y el examen de las consecuencias del mantenimiento de ideas (González, 2010).

En la terapia psicoeducativa se le enseña a la persona a afrontar la depresión. Se promueve conductas positivas tales como sonreír y las autoafirmaciones de alabanza, se recompensan rápidamente con la atención, la aprobación e incluso a veces con dinero u objetos de valor. Las personas que sufren de ansiedad también aprenden a relajarse. Además se intenta eliminar lo negativo, como son: pensamientos negativos, el auto desprecio, sentimientos de culpa y el centrarse en los problemas físicos, reales o imaginarios. Esto se trabaja eliminando los refuerzos; en lugar de demostrar empatía por esas conductas o reaccionar ante ellas de cualquier forma, se instruye a la familia y a los amigos para que las ignoren (Schaie y Willis, 2003).

Otra terapia que recientemente se ha utilizado, es la terapia ocupacional la cual permite reforzar la capacidad de logro, de competencia, prevenir la incapacidad funcional y satisfacer necesidades estéticas y cognitivas de los pacientes. Se trabaja en forma grupal o individual, realizando previamente una adecuada evaluación de las posibilidades de cada persona (Ríos, 2007).

También se ha empleado la terapia de reminiscencia, que consiste en repasar las experiencias vitales más significativas, tanto si han sido negativas como positivas, lo que permite un mejor conocimiento de la persona, facilitando el acercamiento emocional y la identificación de reforzadores. Se utilizan elementos facilitadores, que suelen ser objetos significativos (a escala individual o grupal) como películas, fotos, revistas o publicaciones de ciertas épocas, cartas, objetos personales, colecciones,



prendas de vestir (de los hijos, de la boda, etc.), a la vez que controla las posibles reacciones emocionales negativas durante la sesión (González, 2010).

Las técnicas psicológicas utilizadas han mostrado su eficacia en la prevención de recaídas y recurrencias y es necesario tener en cuenta que las posibilidades de aplicación de las distintas técnicas dependerán, por un lado del estado físico general del paciente y, por otro, de su estado cognitivo, nivel cultural, experiencia terapéutica, etc. (González, 2010).

Se puede concluir entonces, que es poco frecuente que se presente una depresión mayor en la vejez, pero si es probable que en algunos se aparezca una depresión persistente, lo que ocasiona que disminuya la calidad de vida de esta etapa. Por lo que es importante conocer los diferentes tratamientos con los que se cuenta para poder ayudar a las personas de esta edad. Recientemente una de estas intervenciones esta dada desde los nuevos enfoques teóricos de la Psicología, en este caso es la Terapia Narrativa que presenta otra posibilidad de trabajo para ayudar a las personas a liberar su vida de la depresión.

## **CAPÍTULO 3. TERAPIA NARRATIVA**

### **3.1 ANTECEDENTES FILOSÓFICOS**

La terapia narrativa está inscrita dentro de la corriente posmodernista. Los posmodernistas argumentan en contra de las nociones esencialistas de la realidad, es decir aquellas ideas sobre la realidad que sugieren que hay una esencia interna o subyacente a las cosas que podemos comprender usando medios racionales (Elliot, 1998).

El posmodernismo no es una época, es una crítica y designa una ruptura con el pensamiento modernista. El modernismo se caracteriza por: meta narrativas fijas, discursos privilegiados, verdades universales, una realidad objetiva que es ordenada, sistemática que existe con independencia de la mente y los sentimientos, un lenguaje representacional (que representa el mundo y nuestras experiencias en el mundo, referido a lo que es real) y un criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo. El modernismo proveyó los cimientos de las humanidades y las ciencias sociales, en específico en la psicoterapia el discurso modernista perpetúa las metáforas universales, estas son ideas fijas y determinadas unilateralmente sobre la naturaleza humana y la conducta individual que no toman en cuenta el mundo interpersonal, social, económico y político en que vivimos. De esta forma el modernismo ha elevado al terapeuta a la posición de un observador independiente con acceso privilegiado a la naturaleza humana, las personalidades individuales, las relaciones, las conductas normales y anormales, los pensamientos, sentimientos y emociones. Los diagnósticos crean la ilusión de un conocimiento psicológico generalizable, estas etiquetas profesionales y culturales clasifican y asignan a las personas, pero no nos dicen nada sobre ellas. Esto ocasiona en la terapia que los pensamientos y acciones del terapeuta tienden a dominar y silenciar la voz de las personas que lo consultan (Anderson, 1997).

Dentro de la corriente posmoderna se encuentra la teoría de la construcción social, la cual se opone a la idea modernista de que existe un mundo real que puede conocerse con certeza objetiva. El construccionismo social considera que todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente. Las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje, es sólo a través de la permanente conversación con las personas cercanas, que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior. Además apoyan la idea de que no hay verdades sociales incontrovertibles, sólo son relatos que nos contamos a nosotros mismos y a los demás, esto incluye a los terapeutas, pues la mayoría tienen un relato acerca de cómo los problemas se desarrollan y luego se resuelven o disuelven (Hoffman, 1996).

El posmodernismo propone que se abandonen las grandes narrativas legitimantes y sólo se les considere como uno de muchos discursos, esto también incluye al pensamiento posmoderno que no es más que un tipo de crítica social, por lo tanto desde una perspectiva posmoderna todo está sujeto a cuestionamiento (Anderson, 1997).

Es improductivo buscar el único y verdadero significado, ya que toda narrativa esta llena de huecos y ambigüedades, estas contradicciones demuestran que el significado generalmente aceptado de cualquier texto, es sólo uno de entre un gran número de posibles significados (Freedman y Combs, 1996).

Otras de las influencias importantes para la terapia narrativa son las ideas del filósofo e historiador francés Michel Foucault.

Uno de los principales temas abordados por Foucault (1980 en White y Epston, 1993) es el tema del poder, para Foucault el poder no solamente es represivo y negativo también es positivo y constitutivo, estos efectos positivos no son en el sentido de algo deseable o beneficioso, más bien se refiere a que el poder es

determinante en la vida de las personas. La forma en cómo estamos sujetos a este poder es por medio de "verdades" normalizadoras, son normalizadoras en tanto que construyen normas en torno a las cuales se incita a las personas a moldear o constituir sus vidas. Este poder positivo no reprime sino subyuga, la manera de realizarlo es estableciendo las condiciones necesarias para que las personas experimenten una evaluación continua según determinadas "normas" institucionalizadas, así las personas se vuelven sus propios guardianes, evaluando perpetuamente su comportamiento hasta convertirse en cuerpos dóciles que participan en actividades que apoyan la proliferación de esas verdades unitarias y globales.

Foucault (1979 en White, 1994) trazó la historia de los aparatos e instituciones a través de los cuales se perfeccionan estas prácticas de poder e identificó el panóptico de Bentham como el modelo "ideal" de esta forma de poder, este modelo establece un sistema en el cual: la fuente de poder es invisible, sobre todo para quienes lo experimentan intensamente; las personas están aisladas en su experiencia de sometimiento; están sometidas a la "mirada" escrutadora y al "juicio normalizador; les es imposible determinar cuándo son objeto de vigilancia y escrutinio y cuándo no lo son, lo que las lleva a suponer que siempre lo son; además se incita a las personas continuamente a evaluarse a sí mismas a vigilarse y a obrar en sus cuerpos y almas para hacerlos más dóciles.

Este análisis del panóptico constituye una exposición de la manera en que los mecanismos y las estructuras de este moderno sistema de poder inducen a las personas a colaborar en el sometimiento de sus vidas y en la objetivación de sus propios cuerpos. En estos mecanismos del sistema moderno de poder se incluyen tecnologías del yo, que permiten a las personas realizar por sus propios medios o con la ayuda de otros cierto número de operaciones sobre sus cuerpos, pensamientos, conductas y almas, modos de ser a fin de transformarlos y alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría, perfección o inmortalidad. Sin embargo, la colaboración de los individuos en someter sus vidas rara vez es consciente,

porque estas operaciones de poder están disfrazadas o enmascaradas. Este poder obra en relación con ciertas normas a las que se les atribuye la condición de “verdades”, es entonces un poder ejercido en relación con ciertos conocimientos que construyen determinadas verdades y que tienen la finalidad de hacer que nazcan particulares y “correctos” resultados, como una vida “plena”, “liberada”, “racional”, “dueña de sí misma”, etc. (White, 1994).

### **3.2 LA TERAPIA NARRATIVA UNA POSTURA FILOSÓFICA**

El enfoque narrativo no son técnicas a aplicar, sino es toda una postura y una actitud que se tiene ante las problemáticas presentes en la vida de las personas, uno de los principales preceptos que se considera, es que la persona y el problema no son lo mismo, el problema es algo externo al individuo que en algún momento entró en su vida, por lo tanto no hay nada que curar o reparar en la persona. Lo que se revisa en la terapia es la relación que quiere tener la persona con ese problema que esta invadiendo su vida, es entonces al problema al que hay que examinar, no a la persona y la forma en que se hace esta exploración es en términos de historias.

De acuerdo a Morgan (2000) los terapeutas narrativos piensan en términos de historias, pues son las historias las que moldean nuestras vidas. Tenemos experiencias diarias de eventos que ligamos entre sí en secuencias específicas a lo largo de periodos de tiempo y de acuerdo a un tema o guión. A estos eventos les atribuimos ciertos significados, los cuales no se producen aislados del resto del mundo, siempre hay un contexto que contribuye a la interpretación. Estos contextos pueden ser de género, clase, raza, cultura y preferencia. El significado que se da a los eventos no es neutral en los efectos que tiene sobre la vida de la persona; las creencias, las ideas y prácticas de la cultura tienen un gran peso, pues constituyen y moldean la vida de las personas.

Es importante resaltar que al hablar de historias no se les piensa como un reflejo o espejo de la vida, sino por el contrario son estas narraciones establecidas por el contexto las que moldean, estructuran y tienen efectos reales en la vida de las personas (White, 1994).

Estas historias proporcionan los argumentos, con los que el sujeto interpreta y comprende los eventos que le ocurren en la vida. La clase de argumento en el que se coloca un evento hace una diferencia significativa en los efectos que ese hecho tiene en la vida de la persona. Las personas no elaboran esos argumentos de la nada. Los argumentos están moldeados por interacciones, influencias, eventos y relaciones de poder mucho más amplias (Carey y Russell, 2003).

Estas narraciones son modelos de referencia que se elaboraron históricamente y se construyeron dentro de un contexto de estructuras e instituciones sociales, de ahí que las historias estén compuestas de conceptos culturalmente dominantes, estos conceptos no hablan de la naturaleza de las personas, sino que especifican un particular estilo de personalidad o de relación. Es por eso que las historias, narraciones o relatos que están disponibles culturalmente, suministran el marco para que las personas: atribuyan significado a su experiencia, juzguen sus propias vidas y la de los demás, asimismo determinen que aspectos eligen expresar de su experiencia (White, 1994).

Entonces, interpretamos lo que nos sucede a partir de un significado particular o historia dominante, esto ocurre a través de la recolección y unión de eventos del pasado y del presente que se adaptan a esta explicación. Al hacer esto, ciertos eventos son seleccionados y privilegiados para ser dichos y son escogidos para encajar con la trama dominante.

Esta historia que se obtiene son descripciones estrechas, que dejan poco espacio para las complejidades y contradicciones de la vida. Las conclusiones estrechas, son extraídas de una historia saturada de problemas y son otros con poder de

definición y en circunstancias particulares quienes crean las descripciones estrechas de las acciones e identidades de las personas. A medida que estas conclusiones estrechas toman el control, las personas se enfocan en reunir evidencias que apoyen estas historias dominantes saturadas del problema. La influencia de estas historias problemáticas puede volverse más y más grande, dejando a un lado los conocimientos, habilidades y competencias de las personas (Morgan, 2000).

Todos tenemos múltiples historias sobre nuestra vida y nuestras relaciones ocurriendo de manera simultánea, y es difícil que una historia de cuenta de todo lo que ocurre en nuestra vida; las historias siempre están llenas de contradicciones, lagunas e inconsistencias Ninguna historia está libre de ambigüedad o contradicción, y ninguna historia puede encapsular o dar cuenta de todas las contingencias de la vida.

Para reconocer estas historias es necesario ubicar sus componentes, las historias están compuestas por el panorama de acción y el panorama de conciencia. El panorama de acción son los eventos que ocurren en la historia y se desarrollan en el tiempo (pasado, presente y futuro).

El panorama de conciencia o panorama de identidad, está constituido por la interpretación que realizan los personajes que figuran en la acción y por las interpretaciones del lector, este panorama está dominado por reflexiones, percepciones, nociones, especulaciones y conclusiones, en relación a la determinación de los deseos y preferencias de los personajes, la identificación de sus características y cualidades personales, la clarificación de sus estados intencionales (sus motivos y finalidades) y la verificación de las creencias de esos personajes. Todos estos aspectos si están lo suficientemente elaborados por el texto forman compromisos que determinan estilos de vida (White, 1994).

Por este lugar que ocupan las historias, al dar significado a lo que acontece en la vida de las personas, los terapeutas narrativos se interesan en unirse con las

personas para conocer las historias que tienen sobre su vida y relaciones. Explorar sus efectos, sus significados, los contextos en que han sido formadas y creadas. Es importante destacar que al realizar esto, la intención del terapeuta, no es co-escribir historias que representen o describan la experiencia, sino co-construir historias a través de las cuales la gente pueda vivir de la manera en que prefiera (Freedman y Combs, 1996).

La propuesta para explorar las historias es escuchar desde un "no saber", no hacer preguntas esperando una respuesta particular, el "no saber" es distinto al no sé nada, lo que se tiene conocimiento es del proceso terapéutico y no de la vida de la persona. Se puede lograr una mejor posición de no saber cuando se concentra en escuchar y se hacen preguntas seguidas a esa escucha (Morgan, 2000).

Freedman y Combs (1996) proponen utilizar los términos "podría" o "sería" en vez de será, como una forma de introducir las posibilidades pero no prescribirlas. La intención es hacer preguntas tentativas y no determinantes.

En esta idea del no saber se cuestiona la jerarquía que coloca al terapeuta en un elevado estatus, en un papel de experto y en una relación unidireccional. En cambio se apela a un proceso de influencia mutua entre consultante y terapeuta. Se espera que en la terapia se escuchen muchas voces y no sólo la supuesta voz experta del profesional. Los terapeutas posmodernos no creen en las esencias y no hay significados previos escondidos en los relatos, durante la conversación surge una narración nueva y posiblemente más útil; este nuevo relato no es planificado, sino surge de manera espontánea (Hoffman, 1996).



### **3.3 PRINCIPALES PRÁCTICAS NARRATIVAS**

La terapia narrativa considera que el problema es el problema, para lograr separar al problema de la identidad de la persona y co-construir historias preferidas, se emplean diversas prácticas que se describirán a continuación.

#### **❖ CONVERSACIONES EXTERNALIZADORAS**

Las conversaciones externalizadoras contribuyen a objetivizar el problema y separarlo de la persona.

La externalización requiere un cambio particular en el uso del lenguaje. Es una actitud y orientación en las conversaciones, no simplemente una técnica o habilidad. Para poder externalizar se escucha la descripción de la experiencia de la gente, esperando escuchar una palabra o una frase que describa lo que podría estar estorbando en su vida. Esperando escuchar las formas de referirse al problema que utiliza la persona, estas palabras serían entonces usadas por el terapeuta y parafraseadas de forma distinta, de manera que quede claro que el problema se sitúa fuera de la persona y su identidad. Por ejemplo si la persona dice: Soy un preocupón. Siempre me pongo ansioso cuando pruebo nuevas cosas. Entonces el terapeuta puede externalizar diciendo algo como: La preocupación trata de impedirte el probar cosas nuevas (Morgan, 2000).

En ocasiones se puede dar al problema un nombre o una identidad, a esto se le llama personificar al problema, este nombre tiene que venir de la gente, el terapeuta puede sugerir sutilmente un nombre, pero es la persona quien lo selecciona. El nombre acordado para describir el problema puede cambiar mientras más se va descubriendo sobre sus características (Morgan, 2000).

Una vez que se ha nombrado al problema se pueden hacer preguntas para conocer la historia y la influencia del problema en las diferentes áreas de la vida del sujeto,

así como las estrategias que utiliza este problema para permanecer en la vida de la persona.

Cómo ha influido en las relaciones de la persona con los demás, lo que le ha hecho creer de sí misma, cómo le afecta en el área física. Las estrategias, técnicas y trucos a los que el problema ha recurrido para seguir teniendo influencia en la vida de la persona. Las cualidades del problema para minimizar los conocimientos y habilidades del sujeto. Los propósitos, sueños y esperanzas que tiene el problema para la vida de la persona. Quienes apoyarían al problema. Los planes que tiene el problema en caso de que su dominio se vea amenazado. También es importante explorar los territorios de vida que el problema no ha podido arrebatarse a la persona, ya que los problemas no abarcan toda la vida de la persona o no son totalmente exitosos. De igual forma es importante buscar las técnicas, trucos y estrategias que la persona ha desarrollado como respuesta al problema y que en ocasiones han funcionado para detenerlo. Las cualidades, conocimientos y habilidades que tiene la persona y que el problema no ha podido arrebatárselos, esto se puede conocer indagando el dialogo interno que el sujeto ha desarrollado para parar los intentos del problema de controlar su vida (White, 2002a).

El externalizar el problema ayuda a las personas a separarse y separar sus relaciones del problema, disminuye los conflictos personales incluyendo el conflicto sobre quién es el responsable del problema, combate la sensación de fracaso que puede aparecer ante la persistencia del problema pese a los intentos de la persona por resolverlo, facilita la cooperación entre los integrantes de la familia y que se unan en una lucha común contra el problema, abre nuevas posibilidades para que las personas actúen lo que los lleva apartar sus vidas y sus relaciones de la influencia del problema, permite a las personas afrontar a los problemas de un modo más desenfadado, menos tenso y más eficaz, aún cuando en un principio los problemas parecían terriblemente serios y también ofrece opciones de diálogo y no de monólogo sobre el problema (White y Epston, 1993).

## ❖ MAPAS DE POSICIÓN

Estos mapas son categorías de indagación, que constituyen las conversaciones de externalización. Se dividen en dos mapas, en el primero se investiga sobre la influencia que el problema tiene en la vida de la persona. El segundo mapa profundiza en la influencia que la persona tiene sobre el problema.

### MAPA 1

Este mapa ayuda a las personas a saber en donde se están colocando en relación con el problema (Morgan, 2002).

1. Nombrar el problema. Negociar una definición del problema que se ajuste al significado y experiencia de la persona.
2. Efectos. Explorar los efectos del problema en las diferentes áreas de la vida de la persona (en la casa, trabajo, en la escuela, con los compañeros, en las relaciones familiares, en la relación con uno mismo, en sus propósitos, sus sueños, esperanzas, aspiraciones, valores, etc.).
3. Evaluar. Invitar a la persona a evaluar estos efectos.
4. Justificación. Invitar a la persona a justificar su evaluación, las personas ponen en palabras conclusiones valiosas de sus vidas y sus identidades que contradicen lo que los problemas les han hecho creer.

Este mapa invita a la persona a reflexionar si permite que el problema siga llevando el control de su vida, además puede ubicar lo que ella valora y quiere para su vida. Estos pasos ayudan también al terapeuta a saber en que parte de la conversación se encuentra o si falta hablar de algún tema, sin embargo, no es obligatorio seguir la conversación en este orden.

### MAPA 2

En este mapa también hay cuatro categorías de indagación, las cuales brindan opciones a las personas para estructurar los resultados únicos, las excepciones y habilidades de resolución de los problemas. Con estas preguntas se permite que

sean las personas las que califiquen si ciertos eventos son significativos y excepcionales.

White (2002) establece las siguientes categorías:

1. Negociación de una definición de cercanía de estas excepciones y habilidades que permiten solucionar los problemas.
2. Descripción de los efectos de estas excepciones y habilidades de solución de problemas, en aquellas esferas de la vida donde pudieran identificarse esos efectos (en casa, en el trabajo, en la escuela, con los compañeros, en la relación con uno mismo, con los propósitos, esperanzas, valores, sueños, etc.).
3. Evaluación de estas excepciones y habilidades en las distintas esferas de la vida.
4. Justificación de esas evaluaciones.

El terapeuta ejerce influencia no en el sentido de establecer intervenciones, sino en construir un andamiaje que posibilite a la persona para describir de forma más enriquecida las historias alternativas de su vida, se de cuenta de las habilidades o conocimientos con los que ha podido hacer frente a los problemas y explore territorios negados de su vida (White, 2002a).

Este andamiaje que se construye posibilita a que las personas atribuyan significados a los acontecimientos que contradicen a las historias dominantes y que de otra forma estos acontecimientos serían negados.

## ❖ DECONSTRUCCIÓN

La deconstrucción es un procedimiento que cuestiona aquellas realidades y prácticas establecidas, que son dadas por hecho y que son verdades desencarnadas pues no toman en cuenta el contexto de su producción (White, 1994. Freedman y Combs, 1996).

Con este método se hacen extrañas esas realidades y prácticas al objetivarlas, entonces "se vuelve exótico lo cotidiano" (White, 1994).

Los problemas sobreviven y prosperan cuando son respaldados por determinadas ideas y creencias, por ejemplo la bulimia existe en una cultura que valora la delgadez y el éxito se determina a partir de la talla y la forma del cuerpo. Estas creencias son a menudo dadas por hecho como "verdaderas", entonces la deconstrucción consiste en derrumbar y examinar las ideas establecidas como "verdades" (Morgan, 2002).

White (1994) propone tres aspectos a deconstruir:

1. Deconstrucción del relato.

Se invita a la persona a identificar las historias y los preceptos culturales que conforman su yo y la de sus relaciones, para ello se utiliza la objetivación de los problemas, es decir, se externaliza lo problemático en lugar de internalizarlo. Este proceso de externalización se inicia alentando a la persona a dar cuenta de los efectos que produce el problema en las diferentes áreas de su vida, por ejemplo: en lo familiar, en sus estados emocionales, en las áreas laborales, sociales, etc. Se da énfasis en establecer cómo afecta la concepción que tienen de sí mismos y de sus relaciones. Posteriormente se les invita a ubicar la influencia que tienen en sus vidas e incluso en la relación con los demás. Después de esto se inicia una investigación de cómo la persona fue inducida a adoptar estas ideas. De esta forma se experimenta una separación con estas historias dominantes y en esta distancia que se establece, la persona queda en libertad de explorar otras ideas o conceptos preferidos y elegir si los incorpora a su vida.

2. Deconstrucción de las prácticas de poder.

Las prácticas de poder son esas prácticas del yo (disciplinas del cuerpo, del alma, del pensamiento y de la conducta) que están establecidas socialmente y que modelan las vidas de las personas. La deconstrucción se hace mediante la objetivación de estas prácticas, esto se logra invitando a las personas a externalizar

vivencias relacionadas con dichas prácticas. Esta externalización se inicia pidiendo a las personas que den cuenta de los efectos que dichas prácticas tienen en sus vidas, lo que le han dictado en relación con su propio yo y con los demás. Con esta externalización de vivencias las personas ya no experimentan tales prácticas como algo que represente genuinos modos de ser consigo mismas y con los otros. De esta forma se encuentran en condiciones de desarrollar otras prácticas preferidas del yo y de sus relaciones, es decir, contraprácticas.

### 3. Deconstrucción de las prácticas del saber.

Las prácticas del saber están dadas en las disciplinas profesionales, según las cuales tienen acceso a la “verdad” del mundo, pues mediante técnicas acceden a una supuesta explicación objetiva y sin prejuicios de la realidad y de la naturaleza humana. Son estas maneras de hablar y escribir justificadas y garantizadas que niegan u ocultan otras maneras de hablar o escribir. La deconstrucción de este saber experto, se logra en la terapia al quebrantar la idea de que los terapeutas tienen acceso privilegiado a la verdad, pidiendo a las personas que los ayuden a comprender las situaciones y sean las personas los autores primarios de su historia.

### ❖ EVENTOS EXTRAORDINARIOS

Una vez que los efectos y la historia del problema han sido trazados, el terapeuta espera escuchar ocasiones en que el problema haya tenido menos, poca o ninguna influencia en la persona, estos momentos excepcionales son llamados eventos extraordinarios o eventos únicos. Un evento extraordinario puede ser cualquier cosa que no se ajuste a la historia dominante, puede ser un plan, evento, sentimiento, declaración, cualidad, deseo, sueño, pensamiento, creencia, habilidad o compromiso y pueden encontrarse en el pasado, el presente y el futuro. Estos eventos extraordinarios pueden ser mencionados incidentalmente y pasar desapercibidos, esto se debe a que la persona tiende a concederles una menor importancia y

frecuentemente los menciona de forma rápida y breve, entonces queda en el terapeuta ponerles una particular atención para sacarlos a la luz (Morgan, 2000).

Al principio esos eventos extraordinarios se ven como irrelevantes o llenos de huecos, el terapeuta mediante preguntas va construyendo un andamiaje para llenar esos huecos, se hacen preguntas que transitan entre el panorama de acción y el panorama de identidad. Sin embargo es la propia persona quien determina si esos hechos son significativos.

A medida que las personas se separan de las historias dominantes pueden enfocarse más hacia otros aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos. Para que estos sucesos lleguen a considerarse como un evento extraordinario deben considerarse como tal por las personas, por eso es importante invitar a las personas a que evalúen esos sucesos. ¿Se los juzga significativos o irrelevantes? ¿Representan esos hechos, logros preferidos o no? ¿Les parecen atractivos a las personas, esos sucesos? ¿Se sienten las personas atraídas por algunas de las nuevas posibilidades que pudieran acompañar estos hechos? Si las personas juzgan que estos acontecimientos representan logros preferidos, se les puede alentar a que expliquen por qué creen que ello es así (White, 1994).

Un riesgo en el que los terapeutas pueden caer es evaluar un evento como significativo y como resultado tratar de convencer a la persona de que lo es. No se trata de señalar lo positivo, un evento que sale de la trama dominante se vuelve un evento extraordinario sólo hasta que la persona en consulta así lo juzgue. También se requiere formular una serie de preguntas sobre el evento antes de evaluar su significado, porque se puede reducir la importancia del evento si se pide a la persona realizar esta evaluación demasiado pronto, sin una previa exploración del contexto del evento, de los obstáculos que pudieron haber impedido que dicha acción sucediese o sobre aquello que hizo su ocurrencia posible (Morgan, 2000).

Para rescatar estos eventos únicos también se utilizan preguntas de influencia relativa, son preguntas que ayudan a explorar la influencia que tiene la persona sobre el problema, es decir, las situaciones en que logró ponerle un alto al problema, las ocasiones en que no le ha permitido entrar o que lleve el control de su vida.

### ❖ CONVERSACIONES DE RE-AUTORÍA

No se pueden cambiar o borrar los eventos traumáticos, lo que hace la diferencia es la forma de comprenderlos e interpretarlos, es decir el significado que se le otorga a estos acontecimientos. Para re-significar estos eventos se utilizan las conversaciones de re-autoría.

En estas conversaciones de re-autoría tienen un papel central los eventos extraordinarios. Los eventos extraordinarios son la puerta de entrada a las historias alternativas, un evento por si solo no tiene el peso para formar una historia alternativa, se necesitan de varios eventos ligados en una secuencia a través del tiempo para construir estas historias alternas (Morgan, 2000).

El terapeuta puede facilitar la generación de estas historias alternativas al dirigirse hacia esos hechos como si se orientara hacia el misterio y cuando la persona se entrega a revelar estos misterios también se inicia en la tarea de generar historias y darles significación.

Entonces la re-autoría se puede iniciar poniendo atención para mirar un evento extraordinario que contradiga a la historia dominante. Al ir ubicando estos eventos extraordinarios se va tejiendo una nueva historia que posibilita la identificación de identidades preferidas.

Esta práctica involucra la co-creación de argumentos de identidades alternas y preferidas, estos argumentos alternativos no son creados de la nada, ni tampoco son inventados, sino se construyen a partir de conversaciones, donde el terapeuta



ayuda a la persona a identificar eventos negados en su vida (eventos extraordinarios o excepcionales) los anima a unir estos eventos en secuencias a través del tiempo, de acuerdo a un guión o tema y les invita a que tomen esto para construir historias alternativas. Es así como estas historias alternativas se conforman de momentos, acciones o pensamientos que contradigan el argumento problemático (Carey y Russell, 2003).

Las respuestas que dan las personas tienen como objetivo proteger lo que más quieren o valoran, estas se encuentran vinculadas a lo que es importante para la persona en su vida y a través de ellas orientan sus vidas en las direcciones preferidas (Latorre, 2010).

El principio clave para iniciar estas conversaciones implica que el terapeuta adopte una postura de curiosidad y una vez que se ha enriquecido el escenario de identidad alternativa, se realizan preguntas que animen al consultante a generar nuevas propuestas de acción y predicciones sobre los resultados de estas propuestas.

#### ❖ **GRUPOS DE TESTIGOS EXTERNOS Y CEREMONIAS DE DEFINICIÓN.**

En la terapia narrativa se crean procesos en donde los miembros de la audiencia actúan como testigos externos, estos procesos son conocidos como ceremonias de definición y pueden construir poderosos rituales en la recuperación o definición de la identidad. Los grupos de testigos externos están conformados por dos o más personas ya sean conocidos o no por el consultante, pueden ser miembros de la familia, amigos o miembros de la comunidad (Morgan, 2000).

La propuesta del grupo de testigos externos fue elaborado por White (2002b) a partir del trabajo que realizó Barbara Myerhoff en 1982 con una comunidad judía de gente mayor de los Ángeles, una población pobre y abandonada que corría el riesgo de ser invisibles hasta para ellos mismos, mediante el uso de testigos externos y las

ceremonias de definición tuvieron un escenario para mostrarse y "oportunidades de hacer proclamaciones individuales y colectivas de su ser". Los testigos externos se vuelven entonces esenciales para los procesos de reconocimiento, ampliación y confirmación de las historias y las identidades de las personas, además el grupo de testigos externos contribuye a un contexto donde las personas se hacen más conscientes de sí mismas tal como se ven y de su participación en la elaboración de las producciones de sus vidas.

De acuerdo a la terapia narrativa la tarea de los testigos externos no es elaborar estrategias, resolver problemas, enseñar, servir de modelo o aconsejar, tampoco se trata de mencionar lo positivo, en lugar de eso se hacen notar desarrollos que las personas han considerado como preferidos, es decir los momentos resplandecientes, las excepciones, los acontecimientos extraordinarios y las contradicciones que se identificaron durante la primer parte de la entrevista o bien aquellos desarrollos que podrían constituir desarrollos preferidos (White, 2002).

Esta propuesta es una práctica colectiva, donde el auditorio formado por los testigos externos contribuyen significativamente en el reconocimiento de las personas. Proporcionan un espacio para que las personas expresen sus historias de vida, estas narraciones pueden ser sobre sus proyectos personales, su trabajo, su identidad, etc., también para la expresión de los saberes y habilidades para la vida que son asociados con estas historias. En la primera etapa estas expresiones son escuchadas por el público que ha sido convocado específicamente para ser testigo de estas narraciones. En la segunda etapa el grupo de testigos externos es invitado a responder con una re-narración de las historias relatadas, los saberes y habilidades que se contaron. De esta forma las expresiones significativas de la vida (que de otro modo pasarían desapercibidas) son rescatadas y contribuyen significativamente a la generación de ricas descripciones de las historias contadas y de los saberes y habilidades expresados. En esta parte las personas que están en el centro de la ceremonia participan como auditorio de estas re-narraciones. Posteriormente en la tercera etapa las personas cuyas vidas están al centro tienen la

oportunidad de reflexionar sobre lo que han oído en las re-narraciones del grupo de testigos externos (White, 2002b).

Los miembros del grupo de testigos externos nunca presumen saber que es lo correcto para la persona o familia y se tiene la responsabilidad de explicar por qué ciertas partes de la conversación llamaron su atención, de reconocer cómo de alguna manera resuena o se conecta con las experiencias de sus propias vidas o con sus propios compromisos y creencias, quizá porque lo que escucharon es similar a algo que experimentaron en sus propias vidas, porque les recordó a alguna persona o evento o porque reflejaba algo sobre lo que habían estado leyendo o pensando recientemente. También los miembros del grupo pueden hablar sobre cómo la conversación que presenciaron afectó su manera de pensar sobre sus propias vidas o trabajo y/o su potencial para moldear o contribuir a dichos aspectos en el futuro (Morgan, 2000).

Estas ceremonias de definición son esenciales para los procesos de reconocimiento, las afirmaciones de la persona acerca de sus historias y sus identidades, además amplía y lleva a la realización esas afirmaciones. El grupo de testigos externos contribuye a la creación de un contexto donde se genera la autoconciencia reflexiva y la persona se torna más consciente de sí misma tal como se ve y más consciente de su participación en la elaboración de las producciones de sus vidas. Al enfatizar los desarrollos preferidos, se construyen puntos de entrada a las historias alternativas de las vidas de las personas y a su vez estas historias permiten acceder a conocimientos también alternativos de las maneras de ser y pensar en el mundo (White, 2002b).

## ❖ **CONTRADOCUMENTOS**

En nuestra cultura se ha elevado el nivel de estatus que se otorga a los documentos, se recurre a ellos cada vez más para determinar el valor de las personas. El objeto de la mayoría de los documentos profesionales es someter a la persona a

evaluación. El autor del documento es una persona versada en la retórica que se utiliza en un dominio específico de conocimiento experto. Esta persona tiene a su disposición todo un diccionario de términos descriptivos que son invención y se consideran propiedad de ese particular campo de conocimiento. En la psiquiatría se habla en términos de expedientes en el cual se hace una retranscripción de la vivencia del sujeto. El lenguaje del paciente es transcrito al “lenguaje oficial”, las descripciones cotidianas de los problemas se convierten en diagnósticos correctos, por ejemplo: de “sentirse fatal” a “afectividad nula”. Sin embargo, no todas las prácticas marginan a las personas presentando una imagen de “identidad deteriorada”, hay prácticas situadas en el campo de los conocimientos populares alternativos, que tienen la capacidad de describir y especificar a las personas de una forma tal que destaca sus conocimientos especiales y su competencia, así como su lugar en la comunidad. Los galardones, los trofeos y los certificados pueden considerarse ejemplos de documentos alternativos. Mientras que un expediente es leído por un grupo reducido de profesionales, los documentos alternativos pueden ser leídos por muchas personas, a menudo implican que la persona adquiera un nuevo status en la comunidad, que conlleva nuevas responsabilidades y privilegios (White y Epston, 1993).

Estos contradocumentos tienen como finalidad reclutar audiencias y poner en circulación las historias preferidas y los conocimientos alternativos, estos documentos pueden ser cartas, certificados, diplomas, declaraciones y manifiestos. El uso de estos documentos en comunidades y colectivos, se inicia con los esfuerzos de David Epston para vincular las historias de aquellos que le habían consultado y hacer circular los conocimientos a otros que pudieran estar experimentando dificultades similares, así los documentos colectivos han sido utilizados para vincular las experiencias de las personas a través del rescate, visibilización, y divulgación de las habilidades y conocimientos que los han sostenido en momentos difíciles (Bustamante, 2010).

## ❖ EL ÁRBOL DE LA VIDA

Latorre (2010) menciona que el árbol de la vida es una metodología colectiva de práctica narrativa, desarrollado por Ncazelo Ncube, David Denborough y el Dulwich Centre Foundation. De igual forma influyen en esta metodología los aportes de Michael White en torno a las respuestas al trauma y por la Educación Popular de Paulo Freire y la idea del “invento de la unidad en la diversidad”. Además refiere que en un principio este trabajo se realizó con grupos de personas que han vivido experiencias de trauma, fue un taller diseñado para grupos de niños afectados por VIH/SIDA, genocidios, guerras, etc. Con el tiempo se ha ampliado al trabajo con padres, personas con diagnósticos psiquiátricos, adultos mayores de 65 años y con adultos en general.

Esta actividad implica que la persona realice su propio “árbol de la vida” y una de las formas en que se puede emplear el árbol es utilizar las raíces como representantes de nuestro legado; el suelo representando lo que hacemos a diario; el tronco nuestros valores, habilidades y capacidades; las ramas nuestras esperanzas y sueños; las hojas simbolizan la gente importante en nuestras vidas; y las frutas, los regalos que otros nos han dado (Denborough, 2009).

El árbol de la vida es una de las prácticas que permite reconectar al individuo con sus intenciones, valores, habilidades y esperanzas, esto lo lleva a tomar de nuevo la dirección de su vida.

De manera significativa las prácticas narrativas están guiadas por el concepto de agencia personal, que comprende a las personas como activos mediadores y negociadores de los significados, tanto a nivel individual como en colaboración con los demás. Se visualiza a las personas viviendo sus vidas de acuerdo a intenciones que van en la búsqueda de lo que consideran valioso; son protagonistas y participantes en su propio mundo, como forjadores activos de los proyectos y los futuros que desean para sus vidas (White y Epston, 1993).

Se considera que aún en situaciones de adversidad como la enfermedad, la pobreza, la privación; las personas tienen sus propios recursos, sus historias, sus conocimientos, sus habilidades, sueños y esperanzas. Con el uso particular de las prácticas narrativas se emplean sus propias historias para inspirar acción, promover las iniciativas de las personas, reconocer las habilidades y valores contenidos en ellas. Los participantes al escribir cómo superaron estos obstáculos en el pasado, sus sueños para el futuro, lo significativo de ese sueño así como de dónde surgió y el describir los pasos prácticos que luego pondrán en ejecución; experimentan el poder de superar ciertos obstáculos en sus vidas. De igual manera estos documentos les sirven para recordar sus habilidades y conocimientos (Denborough, 2009).

El árbol de la vida es una metáfora que plasma lo que las personas prefieren en sus vidas, ya que permite reconectar a la persona con esos recursos que ha utilizado en esos momentos difíciles y se puede hablar acerca de la experiencia traumática de manera indirecta, desde un territorio enriquecido de identidad, protegiendo a las personas de la retraumatización. Se intenta asegurar un territorio de identidad preferido, desde donde hablar y hacer visibles las respuestas de resistencia de las personas frente a las amenazas, esto se logra creando un vínculo entre el panorama de acción y el panorama de identidad, es decir, entre las acciones y los significados que las personas tienen de esas acciones, lo que para ellas es importante, los valores, creencias, intenciones, etc. Es así como el árbol de la vida otorga un contexto en que esta historia de respuestas de resistencia emerge, se hacen visibles, se reconocen y honran (Latorre, 2010).

El árbol de la vida permite ver la historia de lo que se valora, los cimientos que sostienen a la persona; a percibir su sentido de esperanza y sus habilidades, fortaleciendo con ello sus sueños y aspiraciones, de esta forma se crea un espacio que permite hablar de los problemas sin que las personas se vean saturadas por los mismos y en su lugar encuentren más formas de responder ante estas situaciones difíciles.

De acuerdo a Latorre (2010) la metáfora del árbol de la vida se puede realizar en cuatro etapas:

1. El dibujo y la construcción del árbol.
2. La construcción colectiva del bosque de la vida.

Estas dos primeras etapas son para construir una segunda historia, es decir, un territorio de identidad enriquecido y preferido en la vida de las personas.

3. Cuando llega la tormenta: amenazas, secuelas, dificultades y respuestas.

Esta etapa permite a las personas hablar e identificar sus dificultades y sufrimientos, pero también hacer visible las respuestas que han dado en estas situaciones y sus efectos en la protección de aquello que valoran.

4. Certificados y celebración.

Esta última fase tiene como propósito asegurar que los participantes se vayan con el reconocimiento de los recursos, habilidades y el fortalecimiento de vínculos con personas importantes en sus vidas. Se hace entrega del certificado del árbol y el certificado de resistencia.

Latorre (2010) resalta la importancia de realizar estrategias que aseguren que la persona tenga una mayor conexión con sus respuestas para que estas sean más visibles y permanentes, se da mayor énfasis en las respuestas de las personas ante las dificultades desarrollando un vínculo con aquello a lo cual esa respuesta protege y cuida, es decir, se hace una relación de esas respuestas con los valores, para ello propone entregar dos tipos de certificados, a continuación se explican las principales diferencias entre estos dos tipos de certificados para que estos no sean redundantes.

CERTIFICADO DEL ÁRBOL	CERTIFICADO DE RESISTENCIA
Es un desarrollo individual	Es un desarrollo colectivo
Hace visible las habilidades, creencias y valores personales, además de registrar las personas importantes para la vida del participante, sus sueños propósitos	Hace visible y promociona las acciones comunes de las personas frente a las dificultades, promoviendo la agencia

y esperanzas.	personal.
Se relaciona a la construcción social e histórica preferida de la identidad personal.	Valida la historia de las acciones desde lo colectivo.
Se hace un certificado particular por cada participante.	Se hace un mismo certificado para cada participante.

### **3.4 EJEMPLOS DE INTERVENCIÓN NARRATIVA EN LA DEPRESIÓN**

Uno de los trabajos realizados desde la terapia narrativa fue el que se llevo a cabo en la población de Glorias Navales en Viña del Mar, por Juan Antonio Bustamante Donoso (2010). Este trabajo se realizó en una comunidad de adultos mayores que se encontraban luchando con los efectos de la depresión. Mediante las prácticas narrativas se buscó la conexión entre los miembros de esta comunidad, en el reconocimiento de las fortalezas y soluciones que los propios sujetos y la comunidad habían realizado.

Este trabajo grupal se llevó a cabo en seis sesiones. En el inicio de las sesiones se habló de su relación con la depresión, se emplearon preguntas de influencia relativa para conocer los efectos de la depresión y los planes que ésta tenía para sus vidas. Posteriormente se realizaron preguntas referentes a las habilidades que los había sostenido a ellos y a sus familias en momentos difíciles, alguna historia o anécdota sobre cómo esta habilidad, conocimiento o valor hizo la diferencia para ellos; la historia de esta habilidad, conocimiento o valor: cómo lo aprendió, de quién lo aprendió; si esta habilidad estaba conectada de alguna manera con alguna forma de tradición, familiar, comunitaria o cultural y si hay algún proverbio, dicho, imágenes, historias o canción, con las cuales estas habilidades y conocimientos estaban conectadas.



De las respuestas y ejemplos que expresaron los adultos mayores se delinearon temas de las formas en cómo los adultos mayores habían respondido a la influencia de la depresión: “Hablar y recurrir a nuestros seres queridos, compartir con los demás en organizaciones comunitarias”, “honrar la memoria de nuestros seres queridos recordándolos”, “ayudar a otros y ayudarnos en nuestros seres queridos”, “hacer lo que nos gusta y compartirlo con otros, recordar los buenos momentos y nuestra fe”. Cada una de estas formas de responder se relacionó con la historia de lucha de la población, la forma en cómo cada respuesta se veía reflejada en lo que habían realizado en la fundación de esa comunidad, pues era una población que se había organizado con la esperanza de obtener sus propios terrenos y casas, además habían sobrevivido a un golpe militar.

Mientras estas historias de lucha eran recontadas ante el grupo, el profesional de la salud prestaba atención a las frases “tal como fueron dichas”, las imágenes y metáforas que conectan las habilidades y conocimientos con las experiencias de las personas, toda esta información que se recolectó fue usada en la construcción del documento colectivo. Después este documento colectivo se presentó y se hizo lectura en voz alta, esto permitió revisar si éste describe de manera precisa y vívida las habilidades especiales y los conocimientos, por lo que se enfatizó en generar un contexto donde los participantes tuvieran la posibilidad de hacer cualquier cambio o adición al documento.

En la última sesión se leyó nuevamente el documento colectivo ya corregido por los participantes y también se entregaron diplomas personalizados a cada una de las personas, este diploma personalizado cumplió el papel de rescatar las historias, habilidades o conocimientos particulares, que caracterizan y distinguen la historia de esa persona. También estos diplomas tienen el propósito de documentar los conocimientos alternativos que representan las maneras de oponerse a la depresión, certifican y valoran su habilidad para poder contribuir y apoyar a otros que estén pasando por las mismas o similares dificultades.

Otra forma de trabajar para sacar la depresión de la vida de la persona, es el realizado por Sarah Penwarden (2010) en su artículo “Cambiando la depresión en la cabeza” describe la forma en cómo se externaliza la depresión en conversaciones con mujeres jóvenes. En su trabajo permite al consultante dar significado de la depresión y cómo ésta opera en sus vidas en vez de simplemente verla como un conjunto de síntomas diagnosticables, retoma la idea de Stoppard (1997 en Penwarden, 2010) quien argumentaba que la depresión como objeto es discursivamente construido en un lenguaje y lo que se conoce como conductas depresivas son socialmente construidas, por lo que la gente actúa socialmente la depresión y tenemos un entendimiento implícito de cómo hacer la depresión.

Sarah Penwarden (2010) en su trabajo con las mujeres, explora los significados que ellas le dan a sus experiencias con la depresión y cómo este significado es construido en el transcurso de cada día de sus vidas. Menciona dos ejemplos de mujeres jóvenes que externalizan la depresión, una de ellas lo ubica como un pozo, ante diversas preguntas como qué significa el pozo y cómo experimentaba el pozo, la consultante pudo elaborar esa metáfora y describe la depresión como un desalentador y oscuro pozo hecho de piedra gris, relató como estando en el fondo del pozo no podía salir y aprendió que lo que se necesitaba era evitar llegar al fondo del pozo porque era muy difícil escalarlo.

En ocasiones se veía arriba del pozo, sentada en la cima, insegura esperando que una ráfaga de viento la hiciera caer, lo único que podía hacer era intentar caer hacia atrás en el pasto y no hacia delante en el pozo, sin embargo, aunque el pasto era suave y era una caída más pequeña había algo que la llamaba hacia el pozo, ahí se acostumbraría a estar sola en un lugar frío y oscuro y nadie podría lastimarla, pero estando en el fondo veía arriba algo bonito un árbol, una mariposa, la cara de alguien y eso la animaba a salir, también aprendió que otras personas pueden ayudarle y se le ocurrió un consejo para ella “No vayas cerca del pozo”.

Además Sarah Penwarden (2010), considera que también es muy útil invitar a las mujeres jóvenes a ser parte en la externalización, una de ellas dibujo a la depresión como un hoyo con diferentes colores, en este hoyo estaba la soledad y la tristeza. Se le preguntó en dónde se encontraba ella en la imagen y primero se dibujó en el fondo del hoyo, después se dibujó parada en la cima de una montaña, donde las cosas se veían diferentes, en sus propias palabras “un lugar brillante”. Sarah Penwarden se interesó en saber cómo había llegado a la cima. En respuesta a esa pregunta la consultante dibujó una ladera y también personas ayudándola, además mencionó a la tristeza como otro personaje en su vida y la dibujó como un océano y a ella cayéndose a través del océano, al preguntársele cómo lograría fortalecerse en ese océano, dibujó un par de aletas y un tanque de oxígeno. En otro dibujo representó como podría ser rescatada después de nadar a la superficie del océano, esto involucraba un helicóptero y luces de bengala. También indicó que cuando se sentía en lo más profundo del océano lo que más le gustaba tener era una linterna, con la linterna ella era capaz de ver, incluso en la parte más profunda, esto le ayudaba a ver a otros a su alrededor y le permitía no sentirse sola. Esta linterna representaba su celular con el que era capaz de hablarle a alguien cuando lo necesitaba.

Los ejemplos anteriormente descritos son algunas de las formas en como se puede trabajar la depresión desde la narrativa, en donde se emplean diversas metáforas que permiten separar a la depresión de las personas.

## **CAPITULO 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **Justificación**

Se considera que la depresión es uno de los principales problemas que afecta a los adultos mayores. En un estudio realizado en la ciudad de México con adultos de 60 años y más de edad, se observó que 13.9 % de mujeres y el 8.9% de hombres presentan síntomas clínicamente significativos de depresión mayor, también se encontró que a mayor edad aumenta la frecuencia de síntomas, en el rango de edad de 60 a 74 años es de 11.3% mientras que a partir de 85 años y más se observa un incremento de 16.7% (Sanchez, et al. 2012). Debido a esto se vuelve necesario crear propuestas que ayuden a las personas a rescatar sus vidas de este problema que les aflige y les impide tener una vida gratificante.

La mayor parte de los enfoques terapéuticos propuestos se orientan hacia la psicoeducación, la reparación de los errores en el pensamiento que mantienen las pautas de comportamiento asociadas a la depresión. Desde esta visión modernista, se emplean las intervenciones como herramientas generadas por expertos, para volver a un estado de normalidad a sujetos que han sido incapaces de adaptarse a diversas situaciones. Sin embargo estas evaluaciones e intervenciones pueden tener incluso efectos negativos en las personas, ya que maximizan la estigmatización, la psicopatologización mediante el diagnóstico y el tratamiento; en detrimento de las habilidades de resistencia, las esperanzas y los valores. Esta forma de trabajo se ve sostenida por una visión de sujeto deficitario que requiere de una relación de reparación, en vez de una relación colaborativa (Bustamante, 2010).

Esta intervención tradicional también corre el riesgo de definir parámetros que tal vez las personas no desean o no es de su interés cumplir, tal como lo mencionan Holstein y Minkler (2003, en Papalia, et al. 2009) que al establecer estándares del envejecimiento con éxito más que liberar a las personas se les puede crear restricciones que limitan las elecciones de los estilos de vida diferentes.

Además es frecuente que se recuerde o se de un mayor espacio para hablar de los aspectos negativos, los relatos de trauma e injusticia. Las formas de responder, las fortalezas y soluciones que las personas han intentado son usualmente olvidados o dejados de lado. Las metodologías que se emplean en el trabajo con personas que han vivido situaciones difíciles pueden ser muy significativas y es necesario emplear metodologías que contribuyan a la generación de memorias completas sobre el trauma que incluyan las respuestas de las personas a las experiencias traumáticas y no solo memorias que únicamente relacionen los eventos traumáticos y sus efectos (Bustamante, 2010).

Es por eso que la terapia narrativa se vuelve una opción diferente de trabajo con las personas, en donde se toma en cuenta el contexto en el que viven los individuos, sus historias de lucha y esperanzas, así como la forma en cómo han respondido ante los eventos adversos. Esto propicia a que cada persona evalúe lo que le es útil en la vida y elija su forma preferida de estar, sin que se le impongan modelos establecidos por otras personas.

Para la terapia narrativa es importante que el individuo recupere su agencia personal, su restauración del sentido de sí mismo y la re-conexión y re-compromiso de la persona con su historia de vida preferida, por eso se crean estrategias para que la persona pueda reconectarse con sus recursos, para hacer frente a las dificultades (Latorre, 2010).

Asimismo se les reconecta no sólo con el pasado sino también con el futuro, ya que mediante las prácticas narrativas se propicia a que se forje un compromiso con sus ideas, sus sueños, sus propósitos y esperanzas. Esto es importante porque a las personas les beneficia tener una vida de entrega y proyectos que den significado a su existencia.

Otro aspecto importante de esta forma de trabajo es que se realiza en grupo, esto contribuye a que se pueda generar significativos cambios. Diversos autores sugieren

la importancia del trabajo en grupo, por ejemplo Yalom y Vinogradov (1996) mencionan que entre las ventajas se encuentran: infundir esperanza entre sus miembros al observar los cambios en los demás participantes, crear cierto alivio en las personas al darse cuenta que no son los únicos que están lidiando con este problema, les fomenta el apoyo a los demás lo que ayuda a distraer a la persona para que no malgaste su energía pensando en sí mismo, también les permite adquirir nuevas habilidades sociales que les pueden ser útiles en las futuras interacciones, un aspecto relevante es que en el grupo se puede generar un sentido de solidaridad en donde los miembros valoran al grupo y a su vez se sienten valorados, comprendidos, aceptados y apoyados por los demás.

Para la terapia narrativa el trabajo en grupo, es un método orientado a la comunidad, donde se busca unir a la gente a base de temas y valores compartidos. Se cuestiona el individualismo, porque estas narrativas individualizadas tienden a aislar y separar a las personas, sin embargo, las historias de nuestras vidas no se escriben de forma independiente. Entonces el proceso con la comunidad hace posible que esas identidades pasen por un proceso de re-autoría, donde participan co-autores en el acto de re-escribir la identidad, algunos co-autores pueden ser figuras del pasado invocados en el presente y algunos pueden estar ahí en el momento. De esa forma es posible ayudar a la gente a que transformen conclusiones sobre su identidad tales como despreciable, mala o incapaz, hacia nuevas conclusiones basadas en lo que valoran esas personas (Denborough, 2009).

Por otra parte las ceremonias de definición que se plantean desde la narrativa brinda a las personas la oportunidad de hacer reflexiones importantes sobre su propia vida, además de un espacio para "mostrarse" y para tener oportunidad de hacer proclamaciones individuales y colectivas de su ser.

En conclusión se sugiere una propuesta de intervención en un formato de taller vivencial que incluye el uso de diferentes prácticas narrativas.

**Objetivo General:**

Reconocer, valorar y fortalecer la experiencia individual, los conocimientos y la forma en cómo los adultos mayores han afrontado las dificultades, para que esto les ayude a liberar su vida de la depresión, mediante la utilización de diversas prácticas narrativas.

**Población:**

Dirigido a mujeres y hombres adultos mayores que vivan en sus hogares, sean autosuficientes, se encuentren en un rango de 60 a 70 años y que sus vidas estén siendo afectadas por la depresión. Si está presente una depresión mayor se requerirá se lleve también un apoyo psiquiátrico. El máximo de participantes será de 10 personas en el grupo.

**Duración:**

9 sesiones grupales de 2 horas cada una.

**Procedimiento**

Para el diseño del taller se elaboraron 9 sesiones, para cada sesión se especifica los objetivos particulares, estrategias narrativas, el procedimiento, materiales empleados y duración. Por tanto a continuación se presentan las cartas descriptivas del taller y en anexos se detallan algunos aspectos a considerar en cada sesión.

## SESIÓN 1

**OBJETIVO PARTICULAR:** Rememorar los valores, habilidades, conocimientos y capacidades que ha utilizado en situaciones difíciles y con base en ello trazar su historia de vida preferida

<b>ESTRATEGIAS NARRATIVAS</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>DURACIÓN</b>
	Se realizara la presentación de la terapeuta y se explicara brevemente el trabajo a realizar. También se pedirá a cada uno de los participantes que se presenten.	Sillas	30'
Metáfora “el árbol de la vida”	Se pedirá a la persona que dibuje un árbol con raíces, tallos y hojas de acuerdo a la creatividad de cada participante.	Mesas Hojas de papel bond Plumones	30'
Panorama de acción y panorama de identidad Eventos extraordinarios	<p>De forma individual cada participante recordara las cosas que le genere orgullo, las cosas que ha podido hacer muy bien o los recursos que ha utilizado en los momentos difíciles (valores, conocimientos, habilidades y capacidades), todo esto lo escribirá en el tronco del árbol que dibujó. La psicóloga los acompañara para identificar o nombrar sus habilidades y conocimientos.</p> <p>Algunas preguntas que se pueden emplear son: ¿Cómo ha podido sobrevivir hasta ahora? ¿Cuáles son algunas de las cosas que ha hecho para poder sobrevivir? Si eso que usted hacía fuera un valor ¿Cuál sería? Al hacer esas actividades ¿Qué le hacía pensar de usted como persona? Aquellas cosas que pasaban al hacer esas actividades y que usted valoraba como: sentirse activo, compartir, etc. ¿Siguen siendo valores importantes para usted? ¿Qué es lo que valora, qué es importante para usted en la vida?</p> <p>Una vez que lo terminen todos los árboles se pegaran juntos en una pared y así se dejarán para continuar las siguientes sesiones.</p>	Mesas Plumas de gel Diurex	1 hr.



## SESIÓN 2 A SESIÓN 6

**OBJETIVO PARTICULAR:** Historiar la forma en cómo la persona adquirió o quienes le transmitieron, esos valores, habilidades, conocimientos y capacidades para que a su vez puedan reconocer otros recursos que no les son evidentes.

<b>ESTRATEGIAS NARRATIVAS</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>DURACIÓN</b>
Eventos extraordinarios Re-autoría Mapa 2 Testigos externos	<p>En el formato de testigos externos se invitará a una persona a compartir ante el grupo sobre lo que escribió en su árbol, mientras los otros miembros se sientan a escuchar. La psicóloga planteará diferentes preguntas para historiar y enriquecer lo que la persona anotó en su árbol.</p> <p>En esta parte se pueden realizar preguntas como:            ¿Lo que usted realizó para poder sobrevivir cómo lo llamaría?            Ese (Valor, habilidad, etc.) ¿De dónde viene? ¿Desde cuándo tiene esa habilidad? ¿Dónde la aprendió? ¿Qué historia tiene el (Valor, habilidad, etc.) en su vida? ¿Qué consecuencias ha tenido en su vida tener este (Valor, habilidad, etc.)? ¿Cómo ha hecho para mantener en pie el (Valor, habilidad, etc.) Frente a las dificultades? ¿Recuerda las primeras veces que aprendió a relacionarse desde ese Valor? ¿A quién recuerda diciendo que es importante relacionarse de esa manera? ¿Dónde estaría sino se hubiese movido por sus valores?</p>	Sillas	35'
Re-autoría Testigos externos Eventos extraordinarios	Se realizará una breve reflexión con los demás miembros del grupo, mientras la persona que conto su historia solo escucha. La psicóloga les preguntará a las personas sobre lo que más les impactó de la historia escuchada, por qué esto fue significativo y que efectos tuvo en ellos el haber	Sillas	15'

	<p>escuchado esa historia.</p> <p>Algunas preguntas que se pueden realizar son:  ¿Qué cosas en particular oyeron de... que les llamó la atención, despertó su imaginación o su curiosidad?  ¿Cómo afecta todo esto la imagen que tienen de...? ¿Qué les dice de ella/él como persona? ¿Qué cosas imaginan que son importantes para ella/él)?  ¿Por qué les llamo eso la atención? ¿Qué hay en sus propias historias de vida que explica el impacto de esos aspectos de la historia de ella/él para Ustedes?  ¿La historia que usted escuchó de... lo ha cambiado en algún aspecto?</p>		
<p>Re-autoría  Testigos externos</p>	<p>Se regresará nuevamente con la persona que contó su historia para preguntarle que significó para ella, haber escuchado los comentarios de los demás. Se pueden hacer preguntas como:</p> <p>¿Qué cosas en particular de lo que escuchó, le llamo la atención o despertó su imaginación?  Al oír esto, ¿Cómo afecta la imagen de sí mismo y de su vida?</p> <p>Se entrevistará a 2 personas por sesión dando un total de 2 hrs.</p>	<p>Sillas  Plumas de gel</p>	<p>10'</p>

## SESIÓN 7

**OBJETIVO PARTICULAR:** Externalizar la depresión y detectar la forma en cómo les afecta y enfatizar en cómo han respondido o pueden responder para manejar la depresión y no permitirle que tome el control de sus vidas.

<b>ESTRATEGIAS NARRATIVAS</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>DURACIÓN</b>
<p>Externalización Mapa 1 Deconstrucción</p>	<p>Se utilizará la metáfora “Cuando llega la tormenta” para hablar de la forma en cómo los árboles y animales del bosque responden a las tormentas y a partir de ahí se hablara de “La tormenta de la depresión” se comentará la forma en cómo afecta a sus vidas.</p> <p>Algunas de las preguntas que se pueden realizar en esta parte son: Si la depresión tuviera una forma o fuera un objeto ¿Cuál sería? ¿Cómo la nombraría? ¿En qué situaciones es más probable que la depresión tome el control? ¿Cómo se da cuenta de que la depresión está en su vida? ¿Qué efectos tiene la depresión en sus vidas y en sus relaciones? ¿A qué les obliga, qué les prohíbe? ¿De qué argumentos se vale la depresión para quedarse con usted? ¿De qué los ha convencido? ¿De qué manera afecta la idea que tiene de sí mismo, de sus relaciones, sus sueños? ¿Cuándo aparece la depresión le gusta la persona que es?</p>	<p>Los dibujos pegados en la pared Sillas</p>	<p>1 hr.</p>
<p>Eventos extraordinarios Mapa 2 Re-autoría</p>	<p>Se preguntará sobre las respuestas que las personas han dado para protegerse o disminuir los efectos de la depresión y ver la influencia que la persona tiene sobre la depresión.</p> <p>Las preguntas que se pueden emplear pueden ser:</p>	<p>Los dibujos pegados en la pared Sillas</p>	<p>1 hr.</p>

	<p>¿Ha habido ocasiones en que la depresión hubiera podido tomar el control de la situación pero usted ha conseguido mantenerla al margen? ¿Puede recordar un momento en que su situación, era adversa y podría haber caído en la depresión, sin embargo usted la evitó? ¿Ha sido capaz de escapar de la influencia de la depresión aunque sea por sólo unos minutos? ¿En qué situaciones ha podido evitar la depresión?</p> <p>En esta parte también se puede invitar a las personas a que generen más alternativas para hacer frente a la depresión</p>		
--	---	--	--

## SESIÓN 8

**OBJETIVO PARTICULAR:** Conocer los sueños y esperanzas de cada participante y cómo esto que esperan se entrelaza con el legado de otras personas, con la finalidad de que definan metas en sus vidas y puedan tomar acciones para lograrlas.

ESTRATEGIAS NARRATIVAS	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
<p>Panorama de acción y panorama de identidad Re-autoría</p>	<p>Se preguntará a los participantes sobre sus sueños y esperanzas que tienen para su futuro, lo escribirán en las ramas de sus árboles y se les preguntará sobre la historia de esos sueños y esperanzas, en las raíces de su árbol podrá anotar e nombre de las personas que le transmitieron esos sueños y esperanzas.</p> <p>Las preguntas que se pueden realizar en esta parte son: ¿Por qué es significativo ese sueño o esa esperanza? ¿De dónde vienen estos sueños y esperanzas? Al ver escrito todo esto en sus árboles, ¿qué nos diría sobre los sueños y esperanzas que ustedes tienen sobre el futuro? ¿De dónde surgió? ¿Cómo fueron transmitidas esas historias? ¿En qué personas vio llevar a cabo esos sueños en su vejez? ¿Qué hacía esa persona, qué de eso que hacía le gustaría realizar, qué tendría que hacer para lograrlo, cuáles serían las nuevas habilidades, qué tendría que aprender? Pensando en eso que es importante para usted ¿Qué pasos podría tomar ahora, para lograrlo?</p>	<p>Los dibujos pegados en la pared Sillas Plumas de gel</p>	<p>50'</p>
<p>Panorama de acción y panorama de identidad Re-autoría</p>	<p>Se les pide que imaginen qué estarían haciendo o ¿Cómo sería su vida en 3 años? Esto también lo escribirán en las ramas de su árbol lo que estarían haciendo. Después se les pide que cuenten lo que escribieron y que detallen cómo llegaron a ese punto.</p>	<p>Los dibujos pegados en la pared Sillas Plumas de gel</p>	<p>35'</p>

Panorama de acción y panorama de identidad Re-autoría	Por último se les pedirá que imaginen que estarían haciendo en 6 años, de igual forma lo escribirán en las ramas de su árbol y se les preguntará que cosas realizó para lograrlo.	Los dibujos pegados en la pared Sillas Plumas de gel	35'
--	---	--	-----

## SESIÓN 9

**OBJETIVO PARTICULAR:** Otorgar a cada persona los certificados donde se reconozcan sus capacidades, habilidades, valores, sueños y esperanzas, para que así los lleve consigo y tengan una mayor presencia en sus vidas.

<b>ESTRATEGIAS NARRATIVAS</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>DURACIÓN</b>
Ceremonias de definición	Ante el grupo se leerá y se entregará a cada participante un certificado que contenga la imagen del árbol personal, en donde estén anotados sus sueños, propósitos, esperanzas, las personas importantes en la vida, los valores y habilidades. También se entregara el certificado de resistencia que tendrá escrito todas las respuestas que da el grupo para afrontar la depresión.	Certificados impresos Sillas	2 hrs.

## ***DISCUSIÓN***

La vejez es una etapa en la vida en la que influyen factores fisiológicos y también intervienen circunstancias sociales e individuales. De ahí que el envejecimiento se contemple cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales (Ríos, 2007).

Las ideas que se tienen respecto a la vejez han variado con el tiempo, en un inicio debido a los cambios, fisiológicos, psicológicos y sociales que ocurren en la vejez, la narrativa dominante sobre esta etapa fue de pérdida, devaluación, deterioro y declive.

Esta visión se observa en la perspectiva biológica desde la cual en el envejecimiento ocurren cambios dependientes del tiempo, irreversibles y predecibles en los organismos, cambios que consisten en una progresiva pérdida de funciones de todos los tejidos y que conducen finalmente a la muerte (Lehr y Thomae, 2003).

En cambio, en estudios más recientes proponen que aún con todas las variaciones que ocurren en la vejez, las personas se adaptan a estas nuevas situaciones, siguen realizando cosas, continúan con nuevos proyectos de vida y pueden tener una participación activa dentro de su comunidad. Entre estas teorías se encuentran el modelo evolutivo y las teorías del envejecimiento con éxito.

En la vejez ocurren cambios como en cualquier otra etapa de la vida, los cuales ocasionan que la persona ajuste o modifique su estilo de vida, los cambios con mayor relevancia en el aspecto fisiológico son: disminución del oído, la visión, la fuerza muscular, menor tolerancia para el dolor y los cambios de temperatura. En lo psicológico los más notables son: un deterioro en la inteligencia fluida (capacidad heredada para pensar, razonar, procesar información y solucionar problemas) y la disminución de la memoria a corto plazo.

En cuanto a lo social son relevantes la jubilación y la viudez ya que estos los lleva a un cambio de vida y de roles sociales, demandándoles realizar actividades que antes no estaban dentro de sus expectativas. Por otro lado, se ha visto que la necesidad de compañía incrementa las relaciones sociales, donde el individuo establece relaciones personales intensas, ingresa o aumenta su participación en clubes deportivos, de servicios o de trabajo voluntario (Villa, 2005).

Existen contextos que no son favorables en la vida de los adultos mayores, estas situaciones pueden ser económicas, de abandono, enfermedad y la continuación de las falsas creencias. Todo esto puede propiciar para que una parte de la población de los adultos mayores se vea afectada por la depresión, teniendo como consecuencia el detrimento de su calidad de vida.

Las creencias que se tienen en relación a la vejez muchas veces no ayudan a que las personas se atiendan, pues se piensa que en esta fase de la vida se sufre, los malestares que sienten, se traducen como cosas que tienen que pasar y son inevitables, por lo tanto se contempla poco la opción de que se puede disfrutar y vivir plenamente con todo y las pérdidas que ocurren en esta etapa de vida.

Desde la psicología se han aportado diversas formas de intervención que han ayudado a solucionar este problema en la vida de las personas, pero algunas de estas prácticas aún se ajustan a la visión de normalizar y generalizar el estilo de vida de las personas, decidir que es lo que vendría mejor para ellas y por lo tanto enseñarles como tendrían que hacerlo.

La propuesta narrativa es una opción diferente porque reconoce que las personas y las comunidades tienen sus propios recursos para responder a las situaciones adversas; estos recursos son habilidades, valores, capacidades, conocimientos, sueños y esperanzas que las personas han adquirido a lo largo de su historia, los cuales en ocasiones se han visto opacados por la presencia de los problemas en su vida.



Pueden ser varias las ventajas que se tiene al trabajar desde un enfoque narrativo. Una de ellas es separar a la persona del problema, para que el individuo no se vea como parte del mismo y en vez de que se considere atrapado por la depresión y en espera de que otras personas lo curen, se viva como un agente activo que puede incidir y delimitar la presencia de la depresión.

Otra ventaja, es que pueden decidir qué es lo que quieren para sus vidas y por qué es eso lo que quieren. Esto les ayuda a re-comprometerse con su historia y tomar nuevamente la dirección de su vida.

Se tiene también la opción de elegir qué cosas son las que les benefician y cuáles no, aunque los demás digan lo contrario, por ejemplo que el llorar y recordar a sus familiares fallecidos no les ayuda, esto no necesariamente tiene que ser así, pues como se vio en el ejemplo que se menciona de la intervención narrativa en la población de adultos de “Glorias Navales” el recordar a sus familiares ya fallecidos es algo que también les ayuda a enfrentar la depresión.

Al utilizar las diferentes prácticas narrativas les ayuda a crear las condiciones favorables para hablar de la depresión, pues permite reconectar a la persona con sus recursos, enriqueciendo así su historia de vida preferida.

Por lo tanto se generan historias alternativas a partir de acciones que hayan realizado a lo largo de su vida, dichas acciones están en armonía con lo que más aprecian y valoran. Al vincularlas a las vidas y contribuciones de otros, la persona puede ver que su vida es parte de un legado, heredado de sus seres queridos y tal vez de su comunidad o cultura. Al ser enraizados en la historia, las relaciones y la cultura, estas habilidades o conocimientos se vuelven más familiares, también están disponibles para que las personas las usen al enfrentar las dificultades presentes. Además genera un sentido diferente de identidad, la cual se define por sus valores, esperanzas, sueños, habilidades, conocimientos particulares y por los vínculos

mantenidos con sus seres queridos que comparten esos valores (Denborough, 2009).

Por otra parte el poder realizarlo en colectivo, en un formato de testigos externos permite establecer condiciones favorables para generar en las personas la voluntad de ser “participantes activos de su propia historia” y de “inventarse” además es esencial para los procesos de reconocimiento y validación de las historias e identidades preferidas de las personas (White, 2002).

También el poder realizarlo de forma grupal, da la oportunidad a las personas de saber que no son los únicos que enfrentan ese problema, ya que una de las artimañas de las que se vale el problema es aislar a las personas haciéndolos sentir como si sólo ellos estuvieran pasando por esta dificultad. Otra ventaja al hacerlo de forma grupal es que entre todos los participantes pueden generar ideas de las formas en cómo pueden enfrentar la depresión e incluso ayudarse entre sí.

Posteriormente con la entrega de los certificados se ayuda a que la persona tenga presente lo que es importante o lo que quiere para su vida, sobre todo en aquellos momentos en que la depresión quiera tomar nuevamente el control de su vida. Se busca entonces reconocer sus propios recursos, asimismo promover la agencia personal y el compromiso que la persona tiene con su propia vida.

Se espera que en un inicio a las personas se les dificulte reconocer o identificar los eventos extraordinarios y se encuentren más ubicadas o identificadas con el problema, esto las lleva a hablar más, de lo mal que se sienten o a recordar los malos momentos por los que han pasado, sin embargo, conforme hablen de aquello que valoran en la vida, de los momentos en que se sienten orgullosos o de lo que esperan para su vida; está otra historia que también está ahí pero que ha sido poco reconocida o de momento fue dejada de lado se haga más propia y se enriquezca uniendo eventos en torno a esa historia de resistencia o de esperanza y desde esa historia la persona pueda entonces anhelar otras cosas para su vida, a su vez pueda

realizar acciones que lo lleven a esas nuevas aspiraciones y siga construyendo su historia de vida preferida.

Es importante que al implementar esta propuesta, se conozca a la comunidad en la cual se pretende llevar a cabo, para poder contextualizar, esto implicaría conocer la historia de esa población, las dificultades y logros que han tenido, para de esa forma rescatar, reconocer o ampliar sus fortalezas y conocimientos colectivos.

Por otro lado sería necesario crear espacios donde se informe a las personas que esta etapa se puede disfrutar y lograr formas de vida más satisfactorias, para que ellos identifiquen o reconozcan cuando algo les está molestando o causando dificultades y encuentren alternativas que les permitan resolver esas situaciones. Incluso esta información también es necesaria para sus familiares, para que puedan tomar acciones y se atienda al adulto mayor de una manera oportuna e incluso participen en nuevas actividades con ellos.

Por último es significativo considerar que para realizar esta actividad el terapeuta debe estar familiarizado con las prácticas narrativas, como ya se mencionó anteriormente las actividades que se llevan a cabo no son técnicas a aplicar, sino implica la postura y la actitud que se tiene ante las personas con las que se trabaja, ya que es importante considerar a las personas como independientes del problema.

Además se debe tener en cuenta que los terapeutas no descubren verdades ni son editores narrativos, es decir, no son expertos en cómo deberían ser contadas o estructuradas esas historias. Un aspecto importante en esta postura es la capacidad honesta y sincera del terapeuta para recibir, invitar, respetar, escuchar y en volverse en las historias de la persona (Anderson, 1997).

Por lo tanto es necesario desarrollar una doble escucha que permita apreciar las historias alternativas y preferidas de las personas.

## REFERENCIAS

Alba, Victor. (1992) Historia social de la vejez. Barcelona: Editorial Alertes.

Alcantara, S., Ortiz, A., Idini, E., Sánchez, M. y Bustos, P. (2007) Depresión y ancianidad. En Guerrero, V. Salud mental en el anciano. (2ª ed). España: Formación Alcalá.

American Psychiatric Association (2014) Por sus siglas en ingles DSM-V-TR Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Editorial Panamericana.

Anderson, H. (1997) Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Ávila, J., Melano, E., Payette, H. y Amiela H. (2007) Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342007000500007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342007000500007&script=sci_arttext)

Belsky, J. (1996) Psicología del envejecimiento. Barcelona: Masson.

Bustamante, J. (2010) "Reclamando nuestras vidas de la influencia de la depresión", Documento Colectivo y Testimonio de los Adultos Mayores de Glorias Navales. Recuperado de:  
<https://www.dulwichcentre.com.au/practicas-narrativas-colectivas-donosos.pdf>

Canal, G. (1999) Envejecer no es deteriorarse. Santa fe de Bogotá: Panamericana Editorial.

Carey, M. y Russell, Sh., (2003) Reauthoring: Some answers to commonly asked questions. The International Journal of Narrative Therapy and Community Work. No. 3. Recuperado de: <http://www.dulwichcentre.com.au/>

Chinchilla, M. (director). (2008) La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos. Madrid: Editorial médica panamericana.

Cornachione, M. (2003) Psicología evolutiva. Argentina: Editorial brujas.

De la Mata, A. (2006) Vivir sola en la edad mayor: practicas de salud y planificación de tiempo. En Pérez, C., Malagon, B. y Amador, M. Vejez Autonomía o dependencia pero con calidad de vida. España: Dykinson.

Denborough, D. (editor) (2009) Alzando nuestras cabezas por encima de las nubes. El uso de prácticas narrativas para impulsar acción y desarrollo económico. Recuperado de:

<http://www.dulwichcentre.com.au/Alzando-nuestras-cabezas-por-encima-de-las-nubes.pdf>

Erikson, E. (1980) Identidad: juventud y crisis. Madrid: Taurus

Erikson, E. (compilador) (1981) La adultez. México: Fondo de Cultura Económica.

Erikson E. (1993) Infancia y sociedad. (12ª ed.). Argentina: Lumen-Horme.

Fernández-Ballesteros R., Moya R., Iñiguez J. y Zamarrón, M. (1999) Qué es la psicología de la vejez. Madrid: Biblioteca Nueva, segunda edición.

Fernández ballesteros, R. (2000) Gerontología social. Madrid: Editorial pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2013) La psicología de la vejez. Recuperado de: <http://www.encuentrosmultidisciplinares.org/.../Rocío%20Fernandez%20Ballesteros>

Freedman, J. y Combs, G. (1996) Narrative Therapy: The social construction of preferred realities. New York: W.W. Norton & Company.

García, B. y Ellgring, H. (2004) Los motivos y las emociones en la vejez. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Gergen, K. (1991) El yo saturado. España: Paidós.

Gil, P. y Carrasco, M. (coordinadores) (2004) Guía de buena práctica clínica en Geriátría. Depresión y ansiedad. España: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

González, L. (2010) Depresión: Un enfoque gerontológico. Madrid: Ediciones Madrid.

Gonzalo, L. (2002) Tercera edad y calidad de vida aprender a envejecer. Barcelona: Ariel.

Hamilton, I. (2002) Psicología del envejecimiento. Madrid: Ediciones Morata.

Hoffman, L. (1996) Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McNamee y Gergen (ed.). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.

Kirkwood, T. (2000) El fin del envejecimiento, ciencia y longevidad. Barcelona: Tusquets Editores.

Latorre, I. (2010) El árbol de la vida con trabajadores adultos. Una respuesta narrativa a las consecuencias del trauma provocadas por accidentes en el contexto laboral. Recuperado de <http://www.uv.mx/facpsi/revista/articulospublicados.html>

Lemme, B. (2003) Desarrollo en la edad adulta. México: El Manual Moderno.

Lehr, U. y Thomae, H. (2003) Psicología de la senectud. Barcelona: Herder Editorial.

Lista, V. (2008) Ciencia de la depresión. Montevideo: Editorial Psicolibros.

Manrique, B., Salinas, A., Moreno, K., Acosta, I., Sosa, A., Gutiérrez, L., y Téllez, M. (2013) Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pública de México, 55(Supl. 2), S323-S331. Recuperado: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es&tlng=es) .

Martínez, L. (2005) Vejez y envejecimiento. Recuperado de: [http://www.uam.es/personal\\_pdi/elapaz/mmmartin/2.../temas/.../tema2.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2.../temas/.../tema2.pdf)

Mishara, B y Riedel, R. (2000) El proceso de envejecimiento (3 Ed.). Madrid: Morata.

Montorio, I. e Izal, M. (editores) (2000) Intervención psicológica en la vejez: aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. España: Editorial Síntesis.

Morgan Alice (2000) What is narrative therapy? An easy- to-read introduction. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.

Muñoz, J. (2006) Psicología del envejecimiento. Madrid, Ediciones pirámide.

Organización Mundial de la Salud OMS (2002) Envejecimiento activo. Un marco político. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

Orozco, I. Reyes, L. Robles L. Vázquez, F. (2006) Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico. El colegio de la Frontera Norte: Plaza y Valdez. México.

Ortiz, R. (2002). Ejercicio Físico: el mejor remedio. En Fernández-Ballesteros (directora) Cuida su cuerpo. Vivir con vitalidad. (vol. 2). Madrid: Editorial Pirámide.

Papalia, D., Harvey L., Sterns R., Duskin, F. y Cameron, J. (2009) Desarrollo del adulto y vejez. (3ª Ed.). México: Mc Graw Hill.

Penwarden, S. (2010) Cambiando la depresión en la cabeza. Recuperado de <http://terapiannarrativacoyoacan.blogspot.mx/2010/09/cambiando-la-depresion-en-la-cabeza.html>

Ríos, S. (2007) Psicopatologías asociadas a la vejez. Albacete: Altabán ediciones.

Salvarezza, L. (Compilador). (1998) La vejez una mirada gerontológica actual. Argentina: Editorial Paidós.

Sánchez G., Juárez C., Gallegos C, Gallo, J., Wagner, F. y García P. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud mental, 35(1), 71-77. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es&tlng=es).

Schaie, W. y Willis, S. (2003) Psicología de la edad adulta y la vejez. Madrid: Prentice Hall.

Secretaría de Desarrollo Social SEDESOL (2010) Diagnóstico sobre la situación de vulnerabilidad de la población de 70 años y más. Recuperado: [https://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Sedesol/sppe/dgap/diagnostico/Diagnostico\\_70%20y%20Mas\\_VERSION\\_FINAL.pdf](https://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Sedesol/sppe/dgap/diagnostico/Diagnostico_70%20y%20Mas_VERSION_FINAL.pdf)

Vega, J. y Bueno, B. (1995) Desarrollo adulto y envejecimiento. Madrid: editorial Síntesis.

Vizcaíno, J. (2000) Envejecimiento y atención social. Barcelona: Herder.

Villa, C. (2005) La vida en la jubilación. México: Editorial Trillas.

Yalom, Vinogradov, S. (1996) Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona: Paidós.

Yuste, N. Rubio, R. y Rico, M. (2004) Introducción a la psicogerontología. Madrid: Pirámide.

Triado, C. y Villar F. (2006) Psicología de la vejez. Madrid: Alianza.

White, M. Epston, D. (1993) Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Gedisa

White, M. (1994) Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002a). Notas del taller. Recuperado de: <http://www.dulwichcentre.com.au/>

White, M. (2002b). Reescribir la vida: Entrevistas y ensayos. Barcelona: Gedisa.

Zamorano, C., Alba, M., Capron, G., y González, S. (2012). Ser viejo en una metrópoli segregada: adultos mayores en la ciudad de México. *Nueva antropología*, 25(76), 83-102. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-06362012000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-06362012000100005&lng=es&tlng=es). .



# **ANEXOS**

## **SESIÓN 1**

En esta parte es importante considerar dos aspectos, por un lado se debe crear el contexto adecuado para que la persona pueda realizar su árbol con la libertad, para ello se puede mencionar una breve introducción donde se mencione que los principios que fundamentan este trabajo son diferentes a los de la psicología proyectiva, diagnóstica, interpretativa, etc. Por otro lado es probable que los participantes tengan una narración saturada del problema y al principio les sea difícil conectarse con sus valores, recursos, sueños y esperanzas, entonces antes de dibujar el árbol se puede conversar algunas cosas con ellos, por ejemplo: “Hoy vamos hablar de las cosas importantes, en la vida de cada uno, aquello a lo cual cada uno asigna valor en la vida... en las próximas sesiones tendremos la oportunidad de hablar del problema” (Latorre, 2010).

## **SESIÓN 2 A SESIÓN 6**

Mientras la persona comparta su historia de vida, se le plantearán preguntas acerca de la historia de algún valor, creencia, habilidad, dando énfasis sobre lo que pudo hacer muy bien o le genere orgullo, las cosas que han hecho para poder sobrevivir, cómo lograron superar los obstáculos en el pasado, cómo respondieron ante situaciones difíciles (que acciones realizaron en el momento de esas experiencias y los pasos que han tomado desde ese entonces para superar los efectos de las experiencias), también se harán preguntas que permitan rescatar la historia de esos valores, habilidades, conocimientos y capacidades, las cuales las escribirán en las raíces.

Además se les puede pedir detalles sobre la forma en que llegaron a ciertas etapas, quien estuvo involucrado y se les pide que den un nombre a la iniciativa de la cual han estado platicando o se les ayuda a nombrar las habilidades y los conocimientos especiales que han estado utilizando para poder sobrevivir.

También es importante tener en cuenta que la función de los testigos externos no es de opinar, juzgar, aconsejar, ni elogiar. En cambio, los testigos externos juegan un papel de entretener la historia que oyeron con sus propias historias (Denborough, 2009).

La idea en esta parte del proceso es que todas las personas comenten brevemente sobre lo que escribieron, sin embargo no se presionará para que hablen frente al grupo sobre lo que anotaron en su árbol.

En toda esta parte del proceso no se hablará del problema, es decir la depresión, sino se hará énfasis para que las participantes se conecten con sus valores y recursos. Y se les pide que si durante esta etapa van descubriendo nuevas cosas que les faltó agregar en su árbol, pueden hacerlo, las veces que quieran.

## **SESIÓN 7**

Al hablar sobre “la tormenta de la depresión” se comentará sobre la forma en cómo esta depresión les afecta. Se empleará el mapa 1 para rastrear la influencia de la depresión en sus vidas y que sea la propia persona que la nombre, porque es importante referirnos a la depresión de acuerdo al nombre que le asigne o que ya le haya establecido cada participante, por ejemplo, la puede nombrar como: la tristeza, el llanto, la nube negra, etc. También se utilizará la metáfora de la relación con el problema.

Se hacen preguntas para reforzar el efecto de las respuestas y lograr así: separar a la persona con la identificación del problema; abrir un espacio en que las personas puedan reflexionar en torno a sus respuestas y la posibilidad de cambiar aquellas que tienen doble efecto (protegen algún valor, pero dañan otro) (Latorre, 2010).

## **SESIÓN 8**

En la terapia narrativa se busca la forma en que las personas puedan vincular sus acciones de ahora, incluso sus sueños y esperanzas al legado de aquellas personas que las antecedieron. Siempre hay una historia social en cuanto a los sueños y deseos de la gente, al invitar a las personas a hablar de sus esperanzas y a trazar la historia social de estas, implica hacer uso de los recursos de las historias de la gente para incitar la posibilidad de cambio Denborough (2009).

Al ubicar esa historia social de sus sueños y esperanzas, recordarán que acciones tomaron las personas que las antecedieron y pueden decidir si ellos están dispuestos a tomar esas mismas acciones o de qué forma lograrán sus sueños y esperanzas.

## **SESIÓN 9**

Se entrega a cada participante un certificado que contenga la imagen del árbol personal, en donde estén anotados sus sueños, propósitos, esperanzas, las personas importantes en la vida, los valores y habilidades. También se entregará el certificado de resistencia que tendrá escrito todas las respuestas que da el grupo para afrontar la depresión. Estos certificados se entregan con la finalidad de que las personas tengan presentes sus recursos no solo individuales sino también colectivos.