VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOGERONTOLOGÍA

TÍTULO:

Análisis e intervención sobre las relaciones de amistad entre los residentes del Centro Asistencial San Torcuato**.**

TRABAJO REALIZADO POR:

Estefanía Martín Zarza

TUTOR ACADÉMICO:

Félix López Sánchez

TUTOR EXTERNO:

Yolanda Vecilla Bravo

CENTRO DE PRÁCTICAS:

Centro Asistencial San Torcuato (Villaralbo-Zamora)

CURSO ACADÉMICO:

2010/2011

RESUMEN:

En el presente trabajo se incluye una memoria de la actividad realizada durante el periodo de prácticas en el Centro Asistencial San Torcuato (Villaralbo-Zamora), enclavadas en la asignatura *practicum* del máster. El tema central de mi trabajo son las relaciones de amistad entre las personas mayores que viven en residencias. Se llevó a cabo un estudio exploratorio-correlacional sobre las relaciones de amistad entre los residentes, del cual se incluye informe. El plan de intervención psicogerontológico desarrollado se divide en dos dimensiones. Por un lado, las intervenciones dirigidas a fomentar las relaciones inter-residentes, donde se incluye el "Programa de rehabilitación cognitiva en grupo" ya implantado, y la nueva creación de dos programas -"Programa de mejora de la empatía y otras habilidades sociales" y un "Taller de risoterapia"-. Por otro lado, diferentes intervenciones como la "Rehabilitación cognitiva por ordenador" y una "Intervención individual con un caso clínico".

PALABRAS CLAVE / DESCRIPTORES:

Psicogerontología, Amistad, residencia, habilidades sociales.

A mis abuelos,

por su amor incondicional

y por enseñarme a amar la gerontología.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN (eliminado de esta versión para compartir)
1.1. Descripción del centro
1.1.1. Ubicación 7
1.1.2. Estructura física 7
1.1.3. Recursos humanos 8
1.1.4. Población 9
1.1.5. Objetivos y servicios 10
1.1.6. Actividades 10
1.2. Presentación general del plan de intervención y justificación teórica-contextual. 11

2. INFORME DE INVESTIGACIÓN: La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia: un estudio exploratorio-correlacional 14
Resumen 16
***Introducción* 18**
La amistad 18
Variables sociodemográficas y relaciones de amistad 20
El efecto de las relaciones sociales y la salud 22
Las residencias de mayores como hábitat 23
Planteamiento del estudio en positivo o en negativo: la amistad o la soledad y sus mediciones 24
Objetivos 26
***Método* 27**
Diseño 27
Participantes 27
Instrumentos 28
Análisis de datos 30
***Resultados* 30**
Resultados descriptivos 30
Correlaciones 33
***Discusión* 35**
***Referencias bibliográficas* 38**

3. PLAN DE INTERVENCIÓN SOBRE LAS RELACIONES INTER-RESIDENTES 40
3.1. Programa general de rehabilitación cognitiva en grupo 41
3.1.1. Análisis de necesidades y evaluación inicial 41
3.1.2. Objetivos 42
3.1.3. Descripción del programa: talleres y actividades 43
3.1.4. Implementación del programa 44
3.1.4.1. Sesiones de reminiscencia con objetos 44
3.1.4.2. Sesiones de musicoterapia 46
3.1.4.3. Semana temática 47
3.1.5. Evaluación 48
3.2. Programa de mejora de la empatía y otras habilidades sociales 49
3.2.1. Análisis de necesidades y evaluación inicial 49
3.2.2. Objetivos 50
3.2.3. *Descripción del programa* 50
3.2.4. Evaluación del programa 53
3.2.4.1. Participantes 53
3.2.4.2. Instrumentos 54
3.2.4.3. Prodecimiento 54
3.2.4.4. Análisis de datos 55
3.2.4.5. Resultados 55
3.2.4.6. Conclusión 57
3.3. Taller de risoterapia 57
3.3.1. Análisis de necesidades 57

3.3.2. Objetivos 58
3.3.3. Descripción del programa: fases y actividades 58
3.3.4. Evaluación 59

4. OTRO TIPO DE INTERVENCIONES 60
4.1. Estimulación cognitiva por ordenador: el programa GRADIOR 61
4.1.1. Fundamentación teórica 61
4.1.2. Objetivos del programa 62
4.1.3. Descripción del programa 62
4.1.3.1. Origen 62
4.1.3.2. Módulos del programa 62
4.1.3.3. Modalidades cognitivas posibles en los tratamientos 66
4.1.4. Implementación del programa en la residencia 67
4.1.5. Grado personal de implicación en el programa 68
4.2. Intervención individual: caso clínico 69
4.2.1. Identificación del paciente 69
4.2.2. Motivo de la consulta 69
4.2.3. Historia del problema y antecedentes 69
4.2.4. Procedimientos de evaluación 70
4.2.5. Resultados 70
4.2.5.1. Resultados de las pruebas psicométricas: 70
4.2.5.2. Síntomas actuales 71
4.2.5.3. Diagnóstico 71
4.2.5.4. Formulación clínica del caso 72
4.2.6. Tratamiento/Intervención 73
4.2.6.1. Objetivos 73
4.2.6.2. Técnicas psicológicas 73
4.2.6.3. Sesiones 73
4.2.7. Evaluación de seguimiento 75
4.2.8. Conclusiones 75

5. CONCLUSIONES 77
5.1. Competencias desarrolladas 78
5.2. Dificultades y alicientes del trabajo realizado 78
5.3. Propuesta de intervención con elementos de mejora 80

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 85

1. INTRODUCCIÓN

2. INFORME DE INVESTIGACIÓN:

La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia: un estudio exploratorio-correlacional

La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia: un estudio exploratorio-correlacional

Estefanía Martín Zarza

Departamento de psicología evolutiva y de la educación

Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca (España)

Resumen

La Amistad es el vínculo menos estudiado en la vejez, y especialmente en aquellas personas que viven en residencias. Objetivos:(1) Determinar el porcentaje de personas que afirman tener amistades dentro de una residencia; (2) Explorar la relación entre tener amigos dentro de la residencia y determinadas variables como *edad, género, estado civil, estado cognitivo, barreras a la comunicación, forma de desplazamiento, participación en talleres grupales, zona de comidas, tipo de habitación, frecuencia de visita de familiares, visita de amistades de fuera, tiempo en la residencia y salud subjetiva*. Método: Participaron 51 sujetos (37 mujeres) residentes del Centro Asistencial San Torcuato (Villaralbo, Zamora). La media de edad era de 84.59 años. Ninguno presentaba deterioro cognitivo moderado o grave. Los datos sobre las variables de interés se recogieron de los informes y de un cuestionario especialmente diseñado para ello. Resultados: Se realizaron tablas de contingencia y pruebas chi-cuadrado de independencia. El 41.2% de los participantes afirmó tener amigos íntimos o de confianza dentro de la residencia. El valor χ^2 de la variable *visita de amigos de fuera* fue el único que resultó estadísticamente significativo con la variable *presencia de amigos dentro* ($\chi^2_{(1)}$ =12.833; $p<0.01$). Discusión: Más de la mitad de los participantes afirmó no tener amigos íntimos dentro de la residencia. Los centros deberían tener en cuenta este dato en sus políticas de actuación. En futuros estudios podrían explorarse otras variables individuales como posibles mediadoras.

Abstract

Friendship is the less studied link during old age and especially for those elderly people living in old people's homes. Objectives: (1) To determine the percentage of people stating not having friends inside an old people's home. (2) To explore the link between having friends inside the old people's home and some specific variables like *age, gender, marital status, cognitive status, barriers to communication, means of travel, participation in group activities, dining area, room type, frequency of family visits, visits of external friends, time spent in the center and subjective health.* Method: Some 51 people (37 women) living in San Torcuato Assistant Center (Villaralbo, Zamora) participated. Their mean age was 84.59 years old. No one presented moderate or serious cognitive impairment. Data about all the variables of interest were taken from medical reports and from a specific questionnaire designed for this study. Results: Contingency tables and chi-square tests of independence were made. 41.2 % of the participants stated having close friends inside the old people's home. The χ^2 value of the variable *visits of external friends* was the only one which showed statistical significance with the variable *existence of friends inside old people's home.* ($\chi^2_{(1)}$ =12.833; $p<0.01$). Discussion: More than half of the people stated not having friends inside the old people's home. All the centers should take this into consideration regarding their action policies. Future studies could explore other individual variables as possible mediators.

La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia:

Un estudio exploratorio-correlacional

Introducción

El aumento de la esperanza de vida es un hecho evidente en nuestra sociedad. Si unimos esto a otros cambios sociales, como la incorporación de la mujer al mercado laboral y la disminución del tamaño de las viviendas, es de esperar que cada vez más hijos no cuidar de sus padres. Además, los valores dominantes hoy, hacen menos probable que los hijos se sientan responsables de cuidar a sus padres y estén dispuestos a sacrificarse para ello. Todo ello hace, que sean muchas más, las personas mayores que acaban viviendo en residencias.

El ingreso en estos centros, como hemos dicho obligado por las circunstancias, conlleva para estas personas, no sólo una pérdida de su autonomía, sino también de sus relaciones sociales. Esto último, un tema central porque diversos estudios han mostrado el efecto positivo de la integración social y unas fuertes relaciones sociales sobre la salud, en la población mayor (Glass *et al*., 1999; Mendes de León *et al*., 1999, 2001, 2003; Unger *et al.*, 1999; Avlund *et al.*, 2003, 2004; Zunzunegui *et al*., 2001, 2003, Otero *et al*., 2006), citado en IMSERSO, 2007).

La amistad

La amistad es el vínculo social por excelencia. Las relaciones de amistad son lo más importante de toda la red social no familiar, asistiendo decisivamente a cubrir necesidades lúdicas, de apoyo, comunicación, identidad, etc., contribuyendo así a superar la soledad social.

Este vínculo es muy diferente al del apego, desde varios puntos de vista. Es de carácter abierto en varios sentidos (López, 2009): los grados pueden ser muy diversos no existiendo una clara barrera entre amigos y conocidos; el número de amigos no está limitado; la amistad

con una persona no excluye de tenerla con otras; y es un vínculo que se puede iniciar en cualquier momento de la vida, siendo su duración temporal o permanente.

A diferencia de las relaciones familiares las relaciones de amistad son voluntarias y simétricas. La amistad es un entendimiento y un afecto entre dos personas que comparten intereses y apoyo de manera recíproca. "La amistad supone un conjunto de representaciones (del otro, del uno mismo, de la relación, de lo que se puede esperar, etc.), sentimientos (de pertenencia mutua, empatía, etc.) y conductas privilegiadas (de apoyo, diversión, etc.), pero en todos estos componentes la amistad es un vínculo muy flexible, variable y cambiante" (López, 2009, pág. 203).

El vínculo de la amistad se ha estudiado menos que otros como el de apego, y cuando se ha hecho se ha centrado en niños y adolescentes dejando de lado otras etapas del ciclo vital. Al mismo tiempo, existe una gran laguna en la definición cultural de la amistad, ya que ni viene determinada por una relación de sangre, como los familiares, ni por la residencia, como los vecinos. En numerosos estudios, ni siquiera se distingue entre amigos y vecinos, cuando estos últimos pueden convertirse en lo primero, y los primeros en los segundo. La amistad es el tipo de relación más libre y menos institucionalizada, y por tanto, la que muestra mayor variedad.

Ante esta laguna en los estudios, se ha optado por tres caminos: 1) dejar la palabra a la interpretación de los sujetos; 2) limitar la definición de amistad en alguna dirección; 3) utilizar métodos inductivos para que el término sea entendido, como se quiera para ese estudio. No existe una buena tipología de los estilos de amistad ya que los miembros de nuestra cultura usan la palabra "amigo" en multitud de formas. Típicamente el amigo se describe como confidente, íntimo o quien entiende nuestras ideas. (Allan, 1977; Kurth, 1970; Paine, 1969 citado en Adams & Bleizger, 1989). Adams *et al*. (2000) confirmaron la dificultad para definir los componentes del concepto amistad con personas mayores. Los sujetos de su estudio valoraban prioritariamente como evidencia de amistad los comportamientos de auto-revelación,

sociabilidad, asistencia o ayuda diaria y compartir actividades; y los procesos cognitivos de fidelidad y confianza, frente a los procesos afectivos o características estructurales.

El reverso de una adecuada red social sería la *soledad social*. En correspondencia con la teoría de las necesidades interpersonales de López (López y Olazábal, 2005) al individuo no le es suficiente con disponer de una o varias figuras de apego y una familia, sino que tiene también la necesidad de ampliar su mundo de relaciones con los iguales y con la comunidad. Esta necesidad se satisface a través de las relaciones con los iguales, los vínculos de amistad y el sentimiento de pertenencia a un grupo. En la vejez las necesidades interpersonales (emocional, social y amorosa/sexual) se ven comprometidas por la pérdida de personas o cambios en el ambiente, siendo un compromiso por parte de las residencias, el mediar en que esto ocurra en la menor medida posible.

Variables sociodemográficas y relaciones de amistad

Según los datos recogidos por el IMSERSO (2005), las relaciones de amistad disminuyen según se avanza en el ciclo vital. Con la edad, en general la red social se va reduciendo, siendo notable a partir de los 80 años. Aspecto éste, que explica particularmente bien la teoría de la desvinculación y la teoría de la selectividad socioemocional. La *teoría de la desvinculación* propuesta por Cumming y Henry en 1961, afirma que el envejecimiento normal se caracteriza por ser un proceso de separación emocional entre el individuo y la sociedad. Esta teoría ha generado mucha polémica siendo mayormente aceptada la *teoría de la selectividad socioemocional* de Carstensen (1993, 1995, 1998). Esta teoría explica que cambios en la composición de la red social relacionados con la edad no constituyen una pérdida, sino que son el resultado de un cambio motivacional en las metas sociales. Cuando el tiempo por vivir parece limitarse cada vez más, como resultado del avance en la edad cronológica, las metas emocionales se vuelven más importantes las cuales se satisfacen generalmente por medio de interacciones sociales con las personas selectivamente más cercanas emocionalmente.

En general las mujeres tienen mayores relaciones con los vecinos que los hombres pero, menos contacto en número con amigos, aunque, cuando esta relación de amistad existe implica mayor comunicación interpersonal íntima. Según la encuesta sobre condiciones de vida de los mayores (IMSERSO, 2007), la frecuencia de contacto con amistades es alta para los dos géneros: más de la mitad de los varones y un 42.5% de las mujeres afirma ver a diario a algún amigo. En total seis de cada diez afirma tener amigos íntimos, dos de cada diez no tenerlos y la cuarta parte dice tener ahora menos amigos que antes. En general para los mayores, las relaciones con los amigos suelen compensar la disminución de relaciones con otros familiares. El 84.3% de la población de 65 años o más consideran que la amistad tiene mucha o bastante importancia. Quienes evalúan de forma más positiva su círculo de amistades o consideran que se han enriquecido más en los últimos años son, sobre todo, hombres, menores de 75 años, que viven en pareja, que evalúan de forma más positiva su estado de salud y que han completado, como mínimo, estudios secundarios. También los divorciados afirman tener más amigos que antes, lo que compensa sus relaciones familiares más escasas. Las personas casadas tienen más relaciones de amistad que las solteras y otras personas que viven solas, quizá debido a que tener una pareja impulsa a la sociabilidad y se suman las amistades de ambos miembros de la pareja. Los solteros suelen conservar mas las amistades de toda la vida, siendo los viudos de ambos sexos los más desfavorecidos ya que las amistades que tenían eran en pareja o eran las amistades del esposo.

Carlson & Vaughan (1990) en un estudio con 76 sujetos mayores integrados en la comunidad de Texas, preguntaban por el número de amigos, encontrando una media de 6.9 para los hombres casados (SD=2.1), de 6.6 en mujeres casadas (SD=3) y de 6.3 en mujeres viudas (SD=2). Cuando les preguntaron si tenían amigos/as de confianza o íntimos, el 18.6% estaba muy de acuerdo y el 42.4% de acuerdo.

En el hábitat rural se establece más vínculos con vecinos, amigos y otros familiares distintos de los hijos y nietos, por la cercanía y los encuentros casuales.

Toda la información de la que se dispone proviene de muestras de personas mayores que viven en la comunidad, por lo que la generalización a personas que viven en residencias debe hacerse con mucha precaución.

El efecto de las relaciones sociales y la salud

En las últimas décadas del siglo XX ha tomado especial relevancia el estudio del efecto sobre la salud de las relaciones sociales. Como se comentaba en la introducción, existen diversos resultados de estudios internacionales. En nuestro país, los resultados del estudio "Envejecer en Leganés" también muestran que las personas mayores con más vínculos sociales tienen menores probabilidades de mortalidad, deterioro cognitivo, depresión y discapacidad, e incluso mayores probabilidades de recuperación tras una situación de discapacidad (Otero *et al*., 2006). En los datos de este estudio, a pesar de la extensa red social y la frecuencia de contactos, más de un tercio de los mayores de Leganés dicen no tener un confidente, una persona en la que puedan confiar y a la que le puedan contar sus problemas personales. Cuando existe, el confidente de los hombres suele ser su esposa mientras que el confidente de las mujeres suele ser, en primer lugar otra mujer (hija, hermana o amiga), y en segundo lugar el esposo. La disponibilidad de un confidente se demuestra como un fuerte protector de bienestar e incluso mortalidad. Reduce el riesgo de muerte en un 26% por término medio en el modelo ajustado por variables sociodemográficas y en un 22% (IC95 de 2 a 38%) en el modelo completo. Se trata de un resultado sorprendente, teniendo en cuenta la poca atención que ha recibido este aspecto de las relaciones sociales en los estudios sobre mortalidad realizados hasta la fecha.

El concepto de confidente medido en este estudio es definido como una combinación de intimidad, escucha y confianza. Por tanto similar a la pregunta utilizada en este estudio para medir el número de amigo ("¿Cuantos amigos íntimos o de confianza tiene en la residencia"?).

Zamarrón y Fernéndez-Ballesteros (2000) estudiaron algunos factores determinantes de la satisfacción de personas mayores, comparando a las que vivían en sus domicilios con las que vivían en las residencias. Encontraron que la red social es un determinante de satisfacción en ambos contextos, pero que en las personas que viven en su domicilio se expresa esencialmente en vivir solo o acompañado, mientras que los que viven en residencias son las relaciones con los que habitan en éstas (tanto con otros residentes como con el personal) las relevantes para su satisfacción.

Las residencias de mayores como hábitat

En España se estima que entre un 1.2 y un 3% de las personas mayores de 65 años viven en centros residenciales. La edad se relaciona con este hecho, ya que de los 65 a los 74 años sólo el 0.4% de españoles vive en residencias, seguido del 1.5% del grupo de los 75 a 84 y el 4.7% de los mayores de 85 años. En todos los grupos de edad es mayor el porcentaje de mujeres sobre el de hombres. (EUROSTAT, 2001)

Según diversos estudios son personas que han sufrido pérdidas de sus capacidades funcionales, necesitando ayuda, en mayor o menor grado, para la realización de las actividades de la vida cotidiana, y/o pérdidas en la red de apoyo social que les impiden continuar viviendo en su comunidad. De este modo, el ingreso de una persona mayor en una residencia tiene lugar generalmente en dos situaciones: 1) cuando la familia se siente "desbordada" y "no puede" prestarle la atención y el cuidado que su situación de dependencia requiere;2) cuando el propio mayor se ve atrapado por sentimientos de soledad, desamparo y pérdida de control, al ser consciente de la disminución de sus capacidades para desenvolverse

de forma independiente en la comunidad y, por tanto, él mismo decide acudir a una residencia (Delgado Losada, 2001).

Estudios han encontrado un menor ajuste psicosocial de las personas que viven en residencias comparados con las que viven en la comunidad. Este menor ajuste se caracteriza fundamentalmente por una falta de apoyo social en todas sus variantes: red de apoyo, apoyo funcional, reciprocidad, apoyo informal y apoyo formal *(Herrero y Gracia, 2005).*

Planteamiento del estudio en positivo o en negativo: la amistad o la soledad y sus mediciones

Tanto la medición de soledad como la de amistad plantean problemas de fondo debido a su conceptualización. La soledad ha sido mucho más estudiada en general y, sobre todo, en la población mayor existiendo una gran fuente de bibliografía. Por ello, en un principio, el estudio se orientó hacia un planteamiento negativo: qué variables se relacionan con la soledad social en una residencia. El problema principal para medir el constructo de soledad es su conceptualización como constructo unidimensional o multidimensional. Por otro lado también se distingue entre soledad como sentimiento (sentirse solo) y soledad como pérdida de personas (estar sólo).

Las escalas más utilizadas son: la escala de Soledad UCLA que considera a la soledad como constructo unidimensional y se desarrolló con el objetivo de evaluar la soledad percibida o el aislamiento social percibido. Esta compuesta por dos factores: "Intimidad con otros" y "Sociabilidad". Se responde en una escala tipo likert con cuatro opciones de respuesta. La Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA-S) está compuesta por 15 ítems con 7 opciones de respuesta desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Está formada por tres subescalas, *subescala romántica, subescala de relaciones con la familia y subescala de relaciones con los amigos*. Y la Escala “Este” de Soledad de Granada, que se nutre de las anteriores más de la escala ESLI y la escala de Satisfacción Vital

de Philadelphia. Son 26 ítems con indicadores subjetivos que se agrupan en 4 factores que hacen referencia a la soledad familiar, la soledad conyuga, soledad social y soledad existencial.

Por tanto como el objetivo era medir la falta de relaciones de amistad entre residentes, la medida ideal era la subescala de relaciones con los amigos de la escala SELSA. La puesta en practica de las evaluaciones, generaron dificultades a la hora de administrar esta subescala. En concreto estas fueron: la dificultad para ajustar la respuesta a una escala tipo likert con 7 niveles, el planteamiento en positivo o negativo de los ítems, la formulación en primera persona junto a una hetero-aplicación, la información confusa y la dificultad que podían generar las respuestas cuando la persona no tenia ningún amigo dentro. Ante esta problemática se rechazó usar este tipo de escalas.

Para las escalas de amistad los problemas de formato eran similares. Además el tema de conceptualización se entremezclaba con otros términos como el de red social, relaciones sociales o apoyo social y sus tipos. Cómo aclaración simple diré que normalmente se reservar el término *redes sociales* para los aspectos estructurales, en concreto para el tejido de personas con las que se comunica un individuo en general y donde estarían incluidos los amigos junto a la familia, pareja, vecinos, etc., mientras que el *apoyo social* sería una de las funciones de esos elementos de estructura (apoyo instrumental, apoyo informacional...).

Ante esta situación se optó por encontrar una medida simple del número de amistades. En este caso, y al tratarse de personas que vivían en una residencia no era necesario diferenciar entre vecino y amigo como se hace en otras mediciones. Pero lo que sí queríamos diferenciar era entre persona conocida y amigo, por ello se incluyó en la pregunta de medición los adjetivos “íntimo o de confianza” siguiendo la medida de confidente del estudio “envejecer en Leganés” (Otero Puime *et al*., 2006). Así, la pregunta quedó “¿Cuántos amigos íntimos o de confianza tiene dentro de la residencia?”.

Objetivos

El primer objetivo de este estudio es conocer la situación de las redes de amistad en los centros residenciales de personas mayores. Las motivaciones para este estudio son:

- El aumento en el número de personas que residen en estos centros, y que pueden llegar a pasar en ellos incluso más de 15 años.
- La escasez de estudios sobre la amistad en la vejez, y en especial con población institucionalizada. Este estudio exploratorio puede generar información para futuras investigaciones.
- Su vertiente práctica, es decir, la dotación a estos centros de claves para la puesta en práctica de actuaciones en promoción de la amistad.

Una vez descrita cuál es la situación de las redes de amistad entre los residentes, el segundo objetivo será conocer si la presencia o no de amistades inter-residentes se relaciona con alguna de las variables incluidas en el estudio (*edad, género, estado civil, estado cognitivo, barreras a la comunicación, forma de desplazamiento, participación en talleres grupales, zona de comidas, tipo de habitación, frecuencia de visita de familiares, visita de amistades de fuera, tiempo en la residencia y salud subjetiva).*

Debido a la falta de bibliografía sobre amistad en residencias de mayores no se propondrán hipótesis de investigación sino que el estudio será meramente exploratorio. Con población comunitaria, en varios estudios se han encontrado diferencias en las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil). Sobre las demás variables, su elección tampoco es casual. Podríamos esperar a priori: que el contacto con otros residentes, por medio de sesiones grupales, comedor comunitario o habitación doble, pudiera favorecer la formación de mayores lazos de amistad; el tiempo en la residencia pudiera aumentar las posibilidades de hacer amigos; la independencia para desplazarse, la ausencia de deterioro cognitivo y la mejor salud percibida debería hacer más fácil los contactos; y, por último, la visita de otros

(familiares o amigos) presumiblemente podría reducir la necesidad de tener amistades dentro de la residencia (concordando con la teoría de la selectividad socioemocional).

Método

Diseño

El presente estudio es de carácter no-experimental, con una metodología de tipo descriptivo-correlacional de diseño transversal.

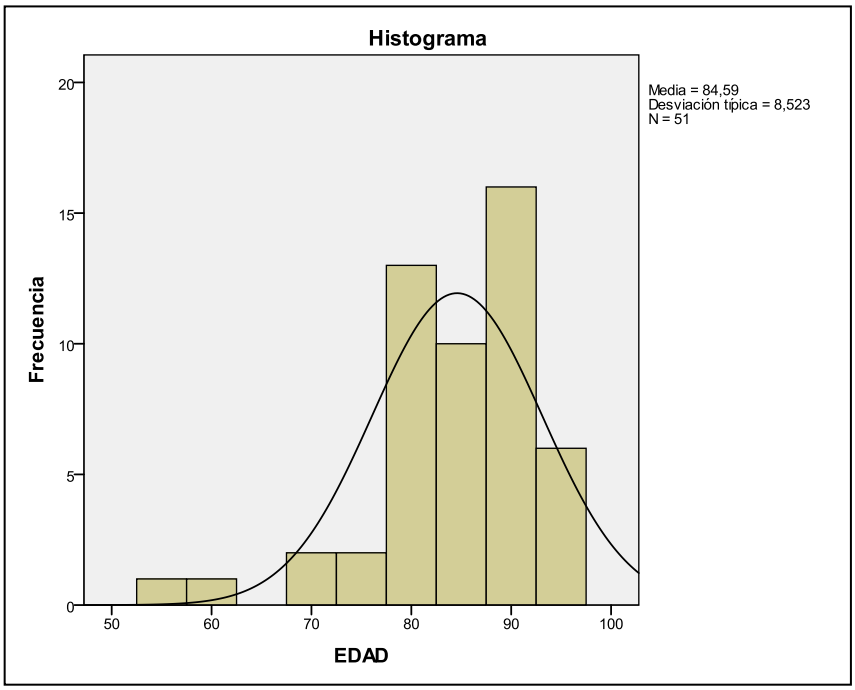
Participantes

La población objeto de estudio son las personas mayores que viven en residencias sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve. La muestra para el estudio fue seleccionada por conveniencia, debido a la facilidad de acceso, del Centro Asistencial San Torcuato sito en la localidad zamorana de Villaralbo. El criterio de inclusión fue la residencia en ese centro a fecha 15 de Octubre de 2010 de manera temporal o permanente y el de exclusión un deterioro cognitivo de moderado a grave (medido con el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (1979)). Del total de residentes (101), cumplían los criterios 51 residentes, pudiéndose evaluar a toda la totalidad en el intervalo de 15 días. De ellos 14 son hombres (27.5%) y 37 mujeres (72.5%). El rango de edad oscila entre los 55 y los 97 años (X= 84.59; SD= 8.52). En cuanto al estado civil nos encontramos con un 60.8% de viudos, un 19.6% de solteros, un 15.7% de casados y un 3.9 % de separados/divorciados. Todos estos descriptivos se pueden ver especificados en la tabla 2.1 y gráfica 2.1

Tabla 2.1. Estadísticos descriptivos de la población de estudio

		GENERO		
		MASCULINO	FEMENINO	Total
Estado civil	Soltero	1	9	10
	Casado	5	3	8
	Separado/divorciado	0	2	2
	Viudo	8	23	31
Total		14	37	51

Gráfica 2.1. Histograma de la variable edad de la población objeto de estudio



Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recogida de datos fueron:

- Los historiales de los residentes incorporados en un programa informático de la residencia. Del mismo se recogieron las siguientes variables:

- Variables sociodemográfias: edad, género y estado civil.
- Estado cognitivo: valorado por la psicóloga del centro a través de la versión española de Lobo del MMSE de Folstein. Las puntuaciones fueron categorizadas siguiendo las indicaciones de Menéndez y San José (1995) en: sin deterioro (30-35), borderline (25-29) y deterioro cognitivo leve (20-24).
- Barreras para la comunicación: son valoradas por la psicóloga para los planes de atención individualizada y categorizadas para el estudio en ausencia de barreras para la comunicación, problemas auditivos ó problemas de expresión para la comunicación con otros.
- Tiempo en la residencia: registrado por la administración, y categorizado primeramente en periodos de 3 meses hasta los 2 años. La última categoría “más de

dos años" se consideró así presumiéndolo un tiempo razonable para haber entablado relaciones de amistad y a partir del cual no se encontrarían diferencias.

- Tipo de habitación: registrado por la administración en simple o doble.
- Forma de desplazamiento: valorado por el área de enfermería y fisioterapia y categorizado en "necesita de otros para desplazarse" o "es independiente" (ya sea andando o con silla autopropulsada).
- Participación en talleres grupales: la psicóloga registra la asistencia habitual o no a los talleres grupales.
- Lugar de comer: registrado por la trabajadora social y la cocina en "comidas en comedor común" o "comidas en la habitación".

- El resto de variables fueron medidas a través de la aplicación a la población de un cuestionario con preguntas cerradas. Para ello se les pidió el consentimiento informado y fueron evaluados de manera independiente en sus habitaciones. Para valorar el número de amigos dentro de la residencia se optó por la pregunta: "¿Cuántos amigos íntimos o de confianza considera que tiene dentro de la residencia?" la respuesta se recogía cuantitativamente, aunque más tarde se categorizo en "sí amigos/ no amigos" ya que la moda fue la puntuación "0" con una frecuencia de 30/51. Para medir la frecuencia con la que recibían visitas de los familiares, se les preguntó: ¿Con qué frecuencia le visitan sus familiares más cercanos? (diariamente, semanalmente, quincenalmente, mensualmente o menos de una vez al mes). De nuevo para saber el número de amistades que le visitan se le preguntaba: "¿Cuántos amigos de fuera de la residencia vienen a visitarle con alguna frecuencia?" y se recogía la respuesta cuantitativamente, que de nuevo ad hoc se termino categorizando en sí y no debido a la misma cuestión anterior. Por último para valorar la salud subjetiva se optó

por una pregunta tipo likert ¿Cómo considera su estado de salud en general: muy bueno, bueno, malo o muy malo?

Análisis de datos

Se llevaron a cabo análisis descriptivos de los datos relevantes de alguna de las variables. Para establecer relaciones entre las variables categorizadas, dadas las características de estos datos, se utilizaron tablas de contingencia y pruebas chi-cuadrado de independencia, aceptando como estadísticamente significativos todos los resultados donde el valor p era menor a 0,05. Estos dos análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 18 para Windows. Para la relación entre la variable dicotómica "*amigos dentro de la residencia*" (sí/no) con la variable escalar "*edad"* se utilizó el coeficiente de correlación biserial-puntual de Pearson.

Resultados

Resultados descriptivos

De los 51 sujetos del estudio, un 58.8% respondieron que no tenían ningún amigo íntimo o de confianza en la residencia, frente al 41.2% que respondieron con cualquier número distinto de "0". Como se puede observar en la tabla 2.2 y tabla 2.3, cuando considerábamos la variable *amigos dentro de la residencia* de manera cuantitativa, el rango de puntuaciones oscilaba entre 0-6 y los estadísticos descriptivos como la moda o la mediana se quedaban en el valor "0".

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la variable "amigos dentro de la residencia" medida cuantitativamente

N	Media	Moda	Mediana	SD
51	1,12	0	0	1,693

Tabla 3. Frecuencia de respuesta de los valores de la variable "Amigos dentro de la residencia" medida cuantitativamente

Valores	Frecuencia	Porcentaje
0	30	58,8
1	6	11,8
2	5	9,8
3	5	9,8
5	4	7,8
6	1	2,0

Debido a estas características de los datos, se optó por convertir la variable en categórica para los análisis de correlación. Así todas las respuestas con el valor "0" se convertirán en "*no amigos dentro de la residencia*" y el resto de valores en "*sí amigos dentro de la residencia"*. Se descarto la idea de más de una categoría (intervalos) porque los valores no son puntuaciones y por tanto no hay distancias equitativas entre ellos.

La variable *edad*, como se observaba en la gráfica 1, tiene dos puntuaciones alejadas de la media, pero tanto dejándolas como eliminándolas no se encuentran diferencias significativas entre la media de edad de los que afirman tener amigos (83.67) y los que afirman no tenerlos (85.23) ($F_{(49)}=0.171$; $p>0.05$).

Los datos del cruce entre la variable "*amigos en la residencia*" y todas las demás variables pueden observarse en las salidas de tablas de contingencia, como anexo 1.

En cuanto al *género*, el 64.8% de las mujeres y el 42.8% de los hombres afirmaron no tener amigos en la residencia.

En cuanto al *estado civil*, las categorías con las que se realizaron los análisis χ^2 fueron tres, dejando fuera a los dos sujetos separados/divorciados ya que sus frecuencias esperadas en las tablas de contingencia podrían perjudicar la seguridad de interpretación.

En relación a la variable "*barreras a la comunicación*" se realizó la misma operación de re-categorización que con la variable *estado civil*, dejando fuera a los 3 sujetos con problemas de comunicación. Para las dos categorías restantes se encontraron porcentajes dispares en cuanto a "sí amigos dentro de la residencia", del 20% para los que tenían problemas auditivos frente al 44.7% para los que no lo tenían.

De nuevo para poder analizar la variable "*tiempo en la residencia*" por medio de tablas de contingencia y prueba χ^2, se tuvo que reagrupar en 3 categorías (menos de un año, entre un año y dos y más de dos años) por encontrar un 80% de frecuencias esperadas menores de 5. Sus porcentajes en "sí amigos dentro de la residencia" son inesperados con más porcentajes de "sí amigos", entre los que llevan menos de una año (50%) que los que llevan más de dos (39.3%).

En referencia a la variable "*estado cognitivo*", también se agruparon el deterioro cognitivo leve y el borderline. Los datos muestran una clara tendencia a la diferencia en "sí amigos en la residencia" entre los que no tienen ningún tipo de deterioro cognitivo y los que empiezan a tenerlo, con un porcentaje respectivamente del 50% y el 26.3%.

Sobre la variable "*forma de desplazarse*", el 41.2% de la población de interés es independiente en sus desplazamientos. Además estos carecen menos de amigos dentro, con un 52.3% frente al 63.3% de carencia entre los que necesitan de otros para desplazarse.

En cuanto a las variables que implican compartir con otros el espacio nos encontramos: 36 sujetos que comparten habitación, los cuales carecen más de amistades (61.1%) que los que tienen habitación simple (53.3%); 13 sujetos que comen en una sala común, cuyos porcentajes en "sí amigos" es mayor que en los que comen en su habitación (53.8% frente a 36.8%); y 31 sujetos que participan en talleres grupales habitualmente, cuya ausencia de amigos en menor que lo que no participan (54.8% frente al 65%).

Las respuestas sobre *salud percibida o subjetiva* por la población se distribuyen en frecuencia hacía el polo de buena salud, aunque como es de esperar con tendencia al centro.

Y por último, en relación a las variables que implican contacto con otros, nos encontramos con que aproximadamente la mitad de la población recibe visitas regulares de amigos de fuera y la otra mitad no. En cuanto a la visita de familiares el 29.4% recibe visitas

diarias de algún familiar, el 37.2% semanalmente, el 21.6% quincenal o mensualmente y el 11.8% menos de una vez al mes.

Correlaciones

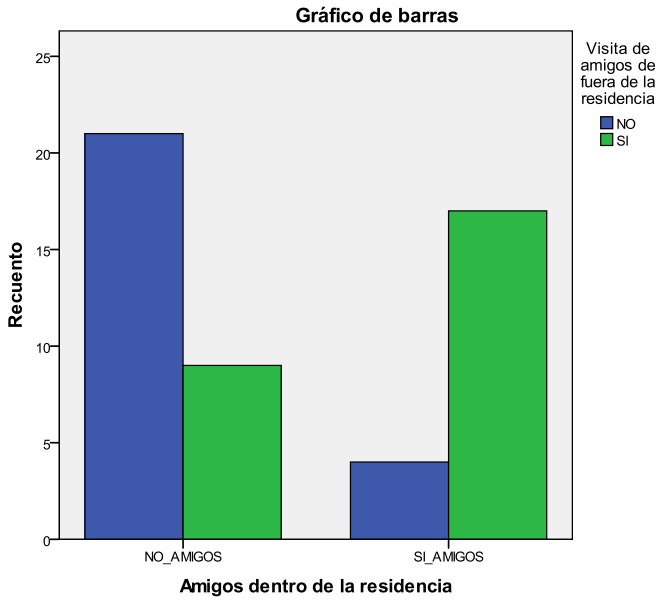
Tras recodificar alguna de las variables y realizar tablas de contingencia, como se ha indicado anteriormente, se aplicó la prueba Chi-cuadrado (χ^2) y los valores obtenidos sólo permitieron rechazar hipótesis nula en el caso de la variable "*visita de amigos de fuera"* (ver tabla 2.4). Es decir, que entre las variables "*amigos dentro de la residencia*" y "*visitas de amigos de fuera* "se obtuvo un valor $\chi^2_{(1)}$ =12.833; p<0.01, pudiendo afirmar que existe relación entre ellas (ver gráfica 2).

Tabla 2.4. Prueba χ^2 de independencia entre la variable "amigos dentro de la residencia (sí/no)" y todas las demás

	Valor observado χ^2	g.l	Sig. (asintótica bilateral)
Género	2,031	1	,154
Estado Civil	.055[a]	2	,973
Tiempo en la residencia	,532[a]	2	,766
Estado cognitivo	2,761	1	,097
Barreras a la comunicación	2,026[a]	1	,155
Forma de desplazamiento	,612	1	,434
Tipo de habitación	,264	1	,607
Zona de comidas	1,159	1	,282
Participación en talleres grupales	,518	1	,472
Salud subjetiva	1,506[a]	3	,681
Visita de amigos de fuera	12,833	1	,000**
Frecuencia de visita de familiares	4,167[a]	3	,244

** A cualquier nivel de significación [a] En las tablas de contingencia existen casillas con frecuencia esperada menor a 5

Gráfica 2. Barras agrupadas de las variables "amigos dentro de la residencia" y "visita de amigos de fuera"



El grado de esta relación medido con el estadístico Phi (ϕ) es interesante (0.502), mostrándose una relación positiva y significativa (p=0.000). En cuanto a las medidas direccionales usando el estadístico coeficiente de incertidumbre, cuando la variable "*amigos dentro de la residencia*" es la variable dependiente el valor es de 0.197. Por consiguiente, la incertidumbre se reduce en un 19.7% cuando utilizamos los valores de la variable "visita de amigos de fuera" para predecir los valores de "amigos dentro de la residencia". Este valor no es muy alto, pero como el error asintótico es pequeño y el valor del estadístico de contraste es de 2,002, hace significativa la reducción de incertidumbre (p=.000) (Ver tabla 2.5 y tabla 2.6)

Tabla 5. Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,502	,000
	V de Cramer	,502	,000
	Coeficiente de contingencia	,448	,000
N de casos válidos		51	

Tabla 6. Medida direccional

		Valor	Error típ. asint.	T aproximada	Sig. aproximada
Nominal por nomin	Coef. de incertidumbre	Simétrica	,194	,097	2,002	,000
		Amigos dentro de la residencia dependiente	,197	,098	2,002	,000
		Visita de amigos de fuera de la residencia dependiente	,192	,096	2,002	,000

En cuanto a la relación entre la variable "*amigos dentro de la residencia*" y la variable cuantitativa *edad*, se analizaron los datos con el coeficiente de correlación biserial puntual, no encontrándose correlación entre las variables (r_{bp}=0.075).

Discusión

Conocer la cantidad de vínculos de amistad entre las personas mayores que viven en residencias y su relación con determinadas variables puede ayudar a los profesionales de estos centros a desarrollar políticas que mejoren estos vínculos con demostrados beneficios para la salud integral de estas personas.

Algo más de la mitad de los sujetos del estudio afirman no tener ningún amigo íntimo o de confianza en la residencia, dato de por sí preocupante si tenemos en cuenta que en la comunidad el porcentaje de respuestas de ausencia de amigos es sólo del 20% (IMSERSO, 2007).

Sólo la variable "*visita de amigos de fuera"* ha mostrado una relación significativa con tener amigos dentro. Pero esta relación no es en la dirección esperada. Basándonos en la teoría de la selectividad socioemocional, a priori, esperábamos, que la visita tanto de familiares como de amigos con cercanía emocional, disminuyera la necesidad de relacionarse con personas nuevas. Pero la relación encontrada es positiva, las visitas de amigos de fuera se relaciona con la presencia de amigos dentro.

Esto puede hacernos pensar en la influencia de variables intrínsecas a la persona como mediadoras para explicar las amistades fuera y dentro, antes y después del ingreso, y que no han sido estudiadas. Estas pueden ser determinadas características de personalidad estables de la persona, como la sociabilidad, el estilo de apego, la extraversión, etc., expectativas hacía la amistad ó mismamente el desarrollo o no de determinadas habilidades sociales a lo largo de la vida. Algunos autores (Tec y Granick, 1959; Weinstock y Bennett, 1971) observaron que los ancianos que ya estaban aislados antes de ingresar en una residencia geriátrica presentaban

una gran dificultad para interactuar con sus compañeros y con el personal, frente a otros ancianos que no estaban aislados ya antes del ingreso residencial, haciéndoles pensar que los ancianos inactivos y aislados se vuelven menos capaces socialmente (González Sobejano *et al.* , 2000).

Pero las afirmaciones que estamos haciendo conlleva un salto cualitativo en nuestro estudio ya que no hemos medido "número de amigos de fuera" sino "visitas de amigos de fuera". Esto fue así porque a priori se consideró variable que determinaría el grado de necesidad por relacionarse con amigos nuevos. Por consiguiente, la "visita" de amigos de fuera no es sinónimo del "número" de amigos de fuera, y mucho más aún, la falta de visitas no es sinónimo de falta de amigos fuera, y más a esta edad donde las dificultades para hacer visitas son mayores.

Además una de las variables no incluidas en el estudio y que had hoc se ha considerdo relavante, es el contacto telefónico tanto con amigos como con familiares. La edad, sobre todo a partir de los 85 años, aumenta las comunicaciones telefónicas para ambos sexos, compensando la disminución de contactos sociales directos que ocurren con la edad (IMSERSO, 2005).

La falta de relación con el resto de variables también nos genera información. Así, ni las incapacidades funcionales (hipoacusia, deterioro cognitivo leve o necesidad de otros para desplazarse), ni la mala salud percibida deben considerarse una barrera para que estas personas se relacionen con otros.

En cuanto a aquellos aspectos modificables por los centros residenciales, encontramos que la actuación de hacer que los residentes compartan espacios (habitación, comedor, talleres) no se relaciona con tener amigos. Queda para futuros estudios, comprobar si para hacer amistades no es suficiente con compartir espacios con tintes formales (entradas, salidas y tiempos establecidos) y sí lo es el compartir espacios menos formales, como los salones de

ocio, las zonas de espera, etc. Además la observación in situ también me ha llevado a vislumbrar la posible influencia de otra variable. Durante los horarios de visitas hay familiares o cuidadores de diferentes residentes que se juntan entre sí en un mismo espacio para charlar, pudiendo generar amistades entre los residentes.

Podemos hacer referencia a una serie de limitaciones en el estudio. El carácter temporal o permanente de las estancias en el centro puede estar influyendo en los resultados, ya que una persona que sabe que su estancia es limitada en el tiempo tendrá expectativas diferentes en cuanto a la amistad que la que sabe que su estancia es permanente. Esta variable no se pudo medir ya que en muchos casos los residentes no lo saben, y en otros una condición establecida a priori puede variar por las circunstancias.

Otro aspecto muy importante que no se ha tenido en cuenta es que se han valorado las amistades presentes y no el número de amigos hechos en la residencia desde que el sujeto vive allí. Es decir, es de esperar que en una residencia donde la media de edad ronda los 85 años, muchos de los sujetos hayan establecido amistades que han perdido con el tiempo por el fallecimiento de una de las partes.

En cuanto a la generalización de los datos sólo la diferente estructuración de los espacios u otras variables específicas de cada centro puede hacernos tomar la generalización con cautela.

Teniendo en cuenta estas indicaciones, queda para el futuro un gran trabajo de investigación que incluya variables más precisas (número de amigos de fuera, duración de la amistad, amigos hechos en la residencia desde que se vive en ella, etc.) y explore la mediación de variables intrínsecas a la persona, permitiendo a los profesionales de los centros conocer las bases sobre las que asentar programas de intervención que mejoren un vínculo único e irremplazable “la amistad”.

Referencias bibliográficas

Adams, R. G., & Bleizger, R. (1989). *Older Adult Friendship: structure and process.* Netbury Park, CA: Sage.

Adams, R. G., Blieszner, R., & de Vries, B. (2000). Definitions of friendship in the third age: age, gender, and study location effects. *Journal of Aging Studies , 14* (1), 17-133.

Carlson, D., & Vaughan, K. (1990). Close Friendships Among Senior Adults. *Psychology and Aging , 5* (3), 451-457.

Delgado Losada, M. L. (2001). Intervención psícosocial en residencias para personas mayores. *Cuadernos de Trabajo Social* (14), 323-339.

EUROSTAT. (2001). *Database. Population and social conditions. Population. Census. National level census 2001 round*. Recuperado el 22 de 11 de 2010, de ec.europa.eu/eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu

González Sobejano, M., Flórez Lozano, J., & Flórez Villaverde, P. (2000). Programa psicoterapeutico de entrenamiento en habilidades sociales. Su eficacia en el estado anímico y en la función cognitiva de ancianos residentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna , 27* (6), 320-329.

Herrero, J. y Gracia, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. Intervención Psicosocial. Vol. 14 (1).

IMSERSO. (2007). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores: Encuesta 2006.* Madrid: IMSERSO.

IMSERSO. (2005). *Las personas mayores en España: Informe 2004.* Madrid: IMSERSO.

López, F. (2009). *Amores y desamores: procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos.* Madrid: Biblioteca Nueva.

López, F., & Olazábal, J. C. (2005). *Sexualidad y afecto en la vejez.* Madrid: Pirámide.

Menéndez, M., & San José, A. (1995). *Valoración geriátrica funcional: instrumentos de evaluación funcional y sistema de información para centros asistenciales.* Madrid: Fundación Caja de Madrid.

Otero Puime, A., Zunzunegui Pastor, M. V., Béland, F., Rodríguez Laso, A., & García de Yébenes, M. J. (2006). *Documentos de trabajo* . Bilbao: Fundación BBVA.

Zamarrón Cassinello, M., & Fernéndez-Ballesteros, R. (2000). Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* (35), 17-29.

Anexo 1

Taba 4. Tablas de contingencia

			GENERO		Total
			MASCULINO	FEMENINO	
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	6	24	30
		Frecuencia esperada	8,2	21,8	30,0
	SI_AMIGOS	Recuento	8	13	21
		Frecuencia esperada	5,8	15,2	21,0
Total		Recuento	14	37	51
		Frecuencia esperada	14,0	37,0	51,0

			EST_CIVIL			Total
			SOLTERO	CASADO	VIUDO	
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	6	5	18	29
		Frecuencia esperada	5,9	4,7	18,3	29,0
	SI_AMIGOS	Recuento	4	3	13	20
		Frecuencia esperada	4,1	3,3	12,7	20,0
Total		Recuento	10	8	31	49
		Frecuencia esperada	10,0	8,0	31,0	49,0

Continuación Tabla 4

			Estado cognitivo según el MMSE		Total
			SIN DETERIORO	BORDERLINE O CON DCL	
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	16	14	30
		Frecuencia esperada	18,8	11,2	30,0
	SI_AMIGOS	Recuento	16	5	21
		Frecuencia esperada	13,2	7,8	21,0
Total		Recuento	32	19	51
		Frecuencia esperada	32,0	19,0	51,0

			Tiempo que llevan viviendo en la residencia			Total
			MENOS DE 1 AÑO	DE 1 A 2 AÑOS	MÁS DE 2 AÑOS	
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	6	7	17	30
		Frecuencia esperada	7,1	6,5	16,5	30,0
	SI_AMIGOS	Recuento	6	4	11	21
		Frecuencia esperada	4,9	4,5	11,5	21,0
Total		Recuento	12	11	28	51
		Frecuencia esperada	12,0	11,0	28,0	51,0

			Lugar donde comen		Total
			HABITACION	COMEDOR COMUN	
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	24	6	30
		Frecuencia esperada	22,4	7,6	30,0
	SI_AMIGOS	Recuento	14	7	21
		Frecuencia esperada	15,6	5,4	21,0
Total		Recuento	38	13	51
		Frecuencia esperada	38,0	13,0	51,0

			Dependencia para desplazarse		
			INDEPENDIENTE	NECESITA DE OTROS	Total
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	11	19	30
		Frecuencia esperada	12,4	17,6	30,0
	SI_AMIGOS	Recuento	10	11	21
		Frecuencia esperada	8,6	12,4	21,0
Total		Recuento	21	30	51
		Frecuencia esperada	21,0	30,0	51,0

			Tipo de habitación		
			simple	doble	Total
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	8	22	30
		Frecuencia esperada	8,8	21,2	30,0
	SI_AMIGOS	Recuento	7	14	21
		Frecuencia esperada	6,2	14,8	21,0
Total		Recuento	15	36	51
		Frecuencia esperada	15,0	36,0	51,0

			Participación en talleres grupales		
			no	si	Total
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	13	17	30
		Frecuencia esperada	11,8	18,2	30,0
	SI_AMIGOS	Recuento	7	14	21
		Frecuencia esperada	8,2	12,8	21,0
Total		Recuento	20	31	51
		Frecuencia esperada	20,0	31,0	51,0

			Existencia de alguna barrera a la comunicación		
			NINGUNA	PROBLEMAS AUDITIVOS	Total
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	21	8	29
		Frecuencia esperada	23,0	6,0	29,0
	SI_AMIGOS	Recuento	17	2	19
		Frecuencia esperada	15,0	4,0	19,0
Total		Recuento	38	10	48
		Frecuencia esperada	38,0	10,0	48,0

			Salud subjetiva				
			MUY MALA	MALA	BUENA	MUY BUENA	Total
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	3	10	11	6	30
		Frecuencia esperada	3,5	9,4	12,4	4,7	30,0
	SI_AMIGOS	Recuento	3	6	10	2	21
		Frecuencia esperada	2,5	6,6	8,6	3,3	21,0
Total		Recuento	6	16	21	8	51
		Frecuencia esperada	6,0	16,0	21,0	8,0	51,0

			Frecuencia de visitas de los familiares				
			DIARIO	SEMANAL	QUINCENAL/MENSUAL	MENOS 1 VEZ MES	Total
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	10	8	7	5	30
		Frecuencia esperada	8,8	11,2	6,5	3,5	30,0
	SI_AMIGOS	Recuento	5	11	4	1	21
		Frecuencia esperada	6,2	7,8	4,5	2,5	21,0
Total		Recuento	15	19	11	6	51
		Frecuencia esperada	15,0	19,0	11,0	6,0	51,0

			Visita de amigos de fuera de la residencia		
			NO	SI	Total
Amigos dentro de la residencia	NO_AMIGOS	Recuento	21	9	30
		Frecuencia esperada	14,7	15,3	30,0
	SI_AMIGOS	Recuento	4	17	21
		Frecuencia esperada	10,3	10,7	21,0
Total		Recuento	25	26	51
		Frecuencia esperada	25,0	26,0	51,0

3. PLAN DE INTERVENCIÓN SOBRE LAS RELACIONES INTER-RESIDENTES

3.1. Programa general de rehabilitación cognitiva en grupo

3.1.1. Análisis de necesidades y evaluación inicial

La rehabilitación cognitiva es una técnica no farmacológica basada en el concepto de psicoestimulación, es decir en la generación de un conjunto de estímulos dirigidos a las capacidades cognitivas con finalidad rehabilitadora. Un gran porcentaje de las personas que viven en una residencia, padecen en mayor o menor medida un deterioro cognitivo, pudiendo ser éste el motivo del ingreso o desarrollarse con posterioridad. Por ello, en todo centro de personas mayores es imprescindible la oferta de programas de psicoestimulación o rehabilitación cognitiva con fines preventivos o reparadores.

En concreto en el Centro Asistencial San Torcuato se llevan a cabo dos tipos de psicoestimulación. Por un lado, la educadora social del centro se encarga, en horario de mañanas, de la estimulación cognitiva de las funciones superiores (atención, percepción, lenguaje, memoria, cálculo) con carácter individual. Utiliza para ello distintas láminas, puzles, fichas y otros objetos. Por otro lado, la psicóloga del centro es la encargada, en horario de tarde, de organizar el "Programa General de Rehabilitación Cognitiva en Grupo". En él se trabajan las funciones cognitivas antes señaladas, pero gracias a su formato grupal se le intenta dar un carácter más contextualizado y funcional. Es decir, se trabajan las distintas funciones pero dentro de una contextualización más real y social que permita la generalización.

No se lleva a cabo ninguna evaluación especial con los sujetos antes de incorporarse al programa. La psicóloga como exigencia para realizar los planes de atención individualizada realiza un *screening* cognitivo a través del mini-examen cognoscitivo de Lobo y conversa con los sujetos para conocer su capacidad de atención, de expresión y comprensión y su estado de ánimo. A todo nuevo residente se le invita a participar en el programa, excepto que no pueda moverse de su habitación por alguna incapacidad.

3.1.2. Objetivos

El objetivo general que se pretenden con este programa, depende de las características de los sujetos. Para los sujetos con demencia, el objetivo general es la preservación de las funciones conservadas evitando la progresión de la enfermedad. En las personas sin deterioro, el objetivo es prevenir o retrasar que éste aparezca. Y en el caso de algunos sujetos con pérdidas temporales y recuperables, promover su recuperación. En cuanto a las capacidades o funciones cognitivas, los objetivos específicos son:

- Mejorar o mantener las funciones de atención, percepción y memoria.
- Preservar la orientación espacial y temporal, mejorando los estados confusionales.
- Desarrollar el lenguaje comunicativo (expresión y comprensión) de manera instrumental en un contexto grupal.
- Mantener la memoria remota y autobiográfica, mejorando además la integridad personal.

En cuanto a la dimensión social, a través del formato grupal se pretende:

- Evitar el aislamiento social facilitando las relaciones de amistad entre residentes.
- Dotar de una serie de competencias sociales (escuchar, respetar turnos, respetar opiniones, expresar opiniones, adaptarse a las capacidades del otro, etc.) que permita el mejor funcionamiento en la vida familiar y comunitaria.
- Aumentar la generalización de conductas de ayuda mutua, a partir de actividades grupales de cooperación.

3.1.3. Descripción del programa: talleres y actividades

El programa de rehabilitación cognitiva en grupo se divide en diversos talleres según la función cognitiva que se pretenda desarrollar principalmente, aunque todas están entremezcladas. Así existen cinco talleres, uno por cada día de la semana: Taller de Orientación a la Realidad (T.O.R), taller de memoria, taller de razonamiento, taller de lenguaje y taller de reminiscencia. En todos ellos, debido a su formato grupal, la metodología es oral y participativa. Los objetivos específicos y las actividades que se llevan a cabo en cada uno se especifican en la tabla 3.1.

Tabla 3.1. Talleres de rehabilitación cognitiva en grupo

TIPO DE TALLER	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Orientación a la realidad	- Orientar en el tiempo - Orientar en el espacio próximo y más distal (interno y externo a la residencia). - Tomar contacto con la realidad.	- Recordar la fecha completa. - Ubicar en el momento del día. - Recordar lo hecho la mañana o el día de antes. - Leer la biografía asociada al santorial. - Recordar festividades próximas - Recordar aspectos asociados a una época o fiesta. - Leer artículos de prensa de entornos con distinta proximidad (la residencia, el pueblo, la ciudad, la comunidad, el país...)
Memoria	- Estimular la memoria de trabajo - Estimular la memoria a corto plazo - Estimular la memoria a largo plazo	- Recuerdo de lecturas o noticias - Completar refranes o canciones populares - Recordar sucesos históricos
Razonamiento	- Estimular el razonamiento abstracto - Conservar el juicio crítico	- Adivinanzas - Debate sobre pros y contras de un tema - Debate con opiniones personales razonadas - Lectura de historias para buscar finales alternativos - Buscar la palabra que corresponde con una definición - Adivinar un personaje sólo preguntando aspectos que se puedan contestar con sí o no.
Lenguaje	- Mantener la competencia lingüística tanto en producción como en comprensión	- Palabas encadenadas - Tareas de fluidez verbal por categorías o por comienzo de letra. - Sinónimos y antónimos - Definir una palabra -Significado de arcaísmos -Juego del Tabú
Reminiscencia	- Estimular la memoria a largo plazo - Aumentar en sentimiento de identidad e integridad personal - Mejorar la autoestima - Aumentar la cohesión grupal y el conocimiento mutuo.	- Recuerdo de acontecimientos normativos - Recuerdo de acontecimientos históricos con referencias personales. - Recuerdo de anécdotas en los distintos momentos del ciclo vital.

3.1.4. Implementación del programa

En el centro los talleres señalados se llevan a cabo de lunes a viernes, en dos sesiones distintas con dos grupos diferentes. El primero de 17 a 18 horas y el segundo de 18 a 19 horas. La composición de los grupos varía en función de: la compaginación con otras actividades, visita de familiares, enfermedad o elección personal. Por lo general los sujetos suelen participar en 2-5 talleres por semana. Los lunes se lleva a cabo el taller de orientación a la realidad, el martes el taller de memoria, el miércoles el taller de razonamiento, el jueves el taller de lenguaje y el viernes el taller de reminiscencia. Se intenta seguir el orden expuesto, pero como la metodología es participativa en ocasiones los contenidos se mezclan generando una sesión dinámica donde el tema que propone el grupo es el que impera.

Desde mi llegada al centro me incorporé al programa. Las primeras dos semanas con una implicación pasiva, observando la metodología y conociendo a los grupos. A partir de la segunda semana y hasta el final mi implicación fue más activa participando como co-terapeuta del grupo junto a la psicóloga en el desarrollo de las sesiones estándar o innovando con alguna sesión en concordancia con el programa (sesiones de risoterapia, sesiones de musicoterapia y sesiones de reminiscencia con objetos). Y, por último, en el último mes coincidiendo con vacaciones de la psicóloga lleve a cabo de manera autónoma los talleres habituales pero desde “una temática” de interés. Todo esto se especifica a continuación:

3.1.4.1. Sesiones de reminiscencia con objetos

La reminiscencia es el proceso de evocación narrativa del contenido de la memoria remota. Consiste, en narrar recuerdos de tiempo pasado que se incluyen en la historia de vida del sujeto.

- Objetivos:
  - Reforzar la integridad personal (se revisan acontecimientos y se integran en la vida actual).

- Estimular la memoria a largo plazo o remota.
- Mejorar la autoimagen.
- Mejorar la confianza, cohesión y relaciones personales del grupo.

- Metodología: Siguiendo las indicaciones de una publicación de La Caixa (2000), se pretendió una metodología de trabajo que fomentara: la escucha activa, la empatía, el respeto, la comunicación no verbal y el establecimiento de vínculos entre las diversas historias o datos.
- Actividades:

1) "El objeto significativo" (2 sesiones)

El día de antes se les indicó a los participantes que trajeran un objeto que significará algo especial para ellos. El día de la sesión se comenzó explicando el funcionamiento y la metodología de la actividad. Tras ello comenzó ronda de presentaciones del objeto significativo. Para ello, el terapeuta realizó una pregunta abierta: preséntanos el objeto y cuéntanos por qué es significativo. Si al sujeto le costaba explicarlo se le ayudaba con preguntas guía (¿te lo regaló alguien?, ¿hace cuanto lo tienes?, ¿Dónde lo guardas?). Tras terminar la ronda, se hizo un resumen vinculando aspectos en común de los objetos significativos de los diferentes sujetos. Se hizo otra sesión al día siguiente porque la limitación temporal no permitió que todos los sujetos presentaran su objeto.

2) "El objeto común" (1 sesión)

En este caso se optó, como estimulo desencadenante de los recuerdos personales, por un objeto comúnmente conocido: un billete antiguo de una peseta. En esta sesión se le pedía a los sujetos que una vez tuvieran el objeto en la mano contasen los recuerdos que se le vinieran a la memoria. Una vez finalizara le pasaría el objeto al siguiente compañero de grupo. De nuevo si existía bloqueo se les ayudó con preguntas guía (¿qué comprabas con

una peseta? ¿Cuántas ganabas en tu primer sueldo?...). Al acabar, de nuevo se hace un resumen de los recuerdos expuestos.

3.1.4.2. Sesiones de musicoterapia (2 sesiones)

La musicoterapia es la utilización terapéutica de la música para tratar el funcionamiento físico, psicológico y/o social de cualquier persona (AMTA, 2003)

- Objetivos:
  - Estimular la memoria auditiva, la memoria a largo plazo y la memoria biográfica.
  - Estimular la psicomotricidad.
  - Facilitar la expresión de emociones.
  - Mejorar el estado de ánimo.
- Metodología: se buscó una metodología participativa y activa tanto física como cognitivamente.
- Actividades: A través de la reproducción de canciones en un aparato de música se le pedía al grupo distintas tareas:
  - Escuchar atentamente la letra de una canción para luego resumir lo oído.
  - Libre movimiento del cuerpo siguiendo los ritmos.
  - Reconocimiento de autor, título y fecha aproximada de una canción.
  - Evocación de recuerdos asociados a la canción.
  - Comparación de canciones en estilo musical, voz o emociones trasmitidas.

3.1.4.3. Semana temática

El objetivo general de una semana temática, circunscrito al programa de rehabilitación cognitiva en grupo, consistía en trabajar durante una semana las funciones cognitivas de cada día pero con un tema común de fondo. Se eligió la Navidad como temática ya que era la semana previa a la de Navidad. La metodología y los objetivos son los mismos que en cada taller estándar, sumándole el mayor conocimiento sobre un tema, en este caso la Navidad. Las actividades de cada taller se especifican en la tabla 3.2. De cada sí de trabajo se generó una cartulina especificando el título de la actividad, la función cognitiva trabajada y donde se pegaron imágenes o parte del material utilizado.

Tabla 3.2. Talleres de la semana temática "La Navidad"

TALLER	ACTIVIDADES
Taller de Orientación a la realidad	▪ EL CALENDARIO NAVIDEÑO: Utilizando un calendario en blanco de los meses de diciembre y enero, se iban leyendo la significación de fechas relevantes del adviento, a la vez que se pegaba en cada día un icono representativo.
Taller de memoria	▪ ESCUCHA Y RECUERDA LA NAVIDAD Se leyeron dos textos, uno sobre las formas de celebrar la Nochevieja y otro sobre la leyenda de Papa Noel, y luego se hicieron preguntas concretas sobre el texto. Tras ello se pusieron villancicos, se debí identificar el villancico escuchando sólo el principio de la canción.
Taller de razonamiento	▪ EL CARRO DE LA COMPRA NAVIDEÑO: Se empieza leyendo un artículo de prensa sobre los gastos navideños, en especial sobre los precios de los productos. Se razona sobre los trucos para ahorrar en Navidad. Tras ello se comienza el juego de “El precio justo”. En tríos se presenta un recorte de un producto navideño para ver quién se acerca más sin pasarse a su precio justo
Taller de lenguaje	▪ HABLANDO DE... NAVIDAD Se realizan tareas de fluidez verbal: decir nombres de comidas navideñas, adornos, villancicos, personajes del belén, etc.
Taller de reminiscencia	▪ REMEMORANDO MI NAVIDAD En esta sesión se invita a los participantes a hablar sobre la navidad de su infancia y su adultez. Dónde lo celebraban, con quién, comidas, tradiciones...

3.1.5. Evaluación

El programa de rehabilitación cognitiva no tiene una evaluación propia. Se registra a diario la asistencia a los distintos talleres y cuando es pertinente el grado de implicación en ellos. La única evaluación a considerar sería los seguimientos anuales de los planes de atención individualizada donde se incluye la puntuación en el mini-examen cognoscitivo de Lobo.

3.2. Programa de mejora de la empatía y otras habilidades sociales

3.2.1. Análisis de necesidades y evaluación inicial

Weiss en 1973 ya sugirió que la falta de habilidades sociales es la causa de que una persona tenga menos relaciones sociales satisfactorias y más ansiedad, aspectos que se asociarían con la soledad (Caballo, 1993).

El estudio realizado previamente en la residencia sobre las relaciones de amistad, revela resultados muy pobres en cuanto a este vínculo. El 58,8% de los 51 sujetos evaluados afirmaron no tener ningún amigo íntimo o de confianza en la residencia. Además no se encontró relación entre la variable "amigos dentro de la residencia" y muchas variables sociodemográficas y de otra índole. Sólo se encontró relación positiva con la variable "visita de amistades de fuera". Es decir, que los que recibían más vivitas de amigos de fuera, eran los que más amigos tenían dentro de la residencia. Esto nos llevaba a plantear para estudios venideros, la hipótesis de que variables intra-personales podrían estar jugando un papel importante en el establecimiento de relaciones de amistad con iguales. Estas variables intrínsecas a la persona pueden ser muchas, pero determinados estudios en las diferentes fases del ciclo vital (Anguiano Serrano *et al*, 2010; Pérez Escoda *et al.,* 2010) nos apuntan a las habilidades sociales como mediadoras de las relaciones de amistad.

Debido a una limitación en el tiempo no se podía trabajar todos los componentes de las habilidades sociales. Por ello, se eligió a la empatía como la habilidad sobre la que girar las intervenciones debido a que es la base de otras habilidades que también se trabajarán (asertividad, reconocimiento de emociones, expresión de quejas). La respuesta empática incluye la reacción afectiva de compartir un estado emocional y la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria (toma de perspectiva). La empatía así entendida desempeñaría un papel central en la disposición prosocial de las personas (Eisenberg (2000)

citado en Mestre Escrivá (2004)). Cómo evaluación del programa se utilizó una medida de empatía.

3.2.2. Objetivos

El objetivo principal y a corto plazo de este programa es la promoción de la empatía y otras habilidades sociales (asertividad, reconocimiento de emociones, expresión de quejas). Para ello se entrenara en "laboratorio" algunas habilidades sociales que permitan desarrollar en el entorno natural respuestas sociales que aumenten el refuerzo positivo y reduzcan las respuestas de ansiedad en situaciones sociales (refuerzo negativo). Es de esperar que esto permita a las personas destinatarias relacionarse de manera más satisfactoria con su entorno más inmediato (residentes, familiares y personal del centro), previniendo la soledad social y aumentando a largo plazo el número de vínculos de amistad inter-residentes.

3.2.3. *Descripción del programa*

Cómo se justifico anteriormente, debido a una limitación en el tiempo se eligió a la empatía como la habilidad sobre la que girar las intervenciones. El programa consta de 4 sesiones de 50 minutos cada una, distribuidas en una por semana durante un mes. La primera sesión se trabajará la empatía como entidad única y base para trabajar las tres sesiones restantes, donde se entrenarán la asertividad, el reconocimiento de emociones y la expresión de quejas. Algunos componentes no verbales de las habilidades sociales (contacto ocular, tono de voz o posturas) se trabajarán de manera transversal.

Las habilidades sociales se fundamentan en un conjunto *modelos explicativos*, desarrollados por distintas disciplinas o ciencias. Las más relevantes se engloban dentro de las llamadas teorías del aprendizaje social, que tiene como precursor a Bandura y conceptos como el modelado de conductas, la anticipación de respuestas, la interacción ambiente-persona, los refuerzos, las expectativas de auto-eficacia, el aprendizaje vicario, etc. Otras teorías pertenecientes a la psicología social ofrece al mundo de las habilidades sociales

conceptos como percepción social, atracción interpersonal, comunicación no verbal, desempeño de roles, etc. Y por último la terapia de conducta es imprescindible para analizar y entrenar el comportamiento social.

Siguiendo estas premisas, he tenido en cuenta para la elaboración de este programa las indicaciones de Caballo (1993), él cual sugiere seguir una metodología experiencial en el que se incluyan una serie de pasos para conseguir un entrenamiento eficaz: Modelado, Instrucciones, Ensayo de conducta, Retroalimentación y refuerzo y Tareas para casa

El formato es grupal debido las ventajas que de por si aporta un contexto de entrenamiento similar a los contextos a los que se quiere generalizar (Kelly, 1998). Así cada sesión trataba sobre una habilidad y se seguía el siguiente orden de acciones: informar de la habilidad que se va a entrenar durante la sesión, indagar sobre conocimientos previos, explicar la habilidad y su importancia, mostrar un ejemplo o modelo usando distintos medios audiovisuales, definir operativamente la habilidad vista, dar instrucciones para el ensayo (situación, roles), ensayo de la conducta por parte de dos o más sujetos, feedback sobre el ensayo por parte de todo el grupo y del psicoterapeuta, ofrecer por parte del psicoterapeuta un modelo para posteriormente comparar con la representación inicial, resumir los componentes importantes y proponer la generalización en las situaciones cotidianas del centro. En las tablas 3.4, 3.5, 3.6 y 3.7 se muestra el desarrollo de cada sesión.

Tabla 3.4. Sesión 1: La empatía

Tiempo	ACCIÓN	METODOLOGÍA
5min	Presentación del programa	Exposición del objetivo del programa de hhss, la metodología y la duración.
10 min	Reflexión sobre la empatía	Lectura del cuento de caperucita versión del Lobo Feroz y comentarios sobre la habilidad encubierta (La empatía).
10 min	Exposición teórica, modelado e instrucciones	Exposición de la definición de empatía, sus ventajas y sus componentes. Instrucciones claras sobre una respuesta empática.
10 min	Ejercicio práctico (ensayo conductual)	Se expondrá un tema de discusión y se dividirá al grupo en defensores y detractores.
5 min	Retroalimentación	El terapeuta y los miembros del otro grupo darán feedback sobre la empatía mostrada.
10 min	Re-ensayo conductual	De nuevo role-playing de la discusión pero cambiando los roles.
5 min	Resumen y tareas inter-sesión	Se resumen los aspectos más importantes y se invita a entrenarlos durante la semana.

Tabla 3.5. Sesión 2: La asertividad como forma de comunicación

Tiempo	ACCIÓN	METODOLOGÍA
10 min	Exposición teórica	Exposición magistral de los tipos de comunicación cuando estamos en desacuerdo con otra persona y la diferencia entre ellos.
5 min	Modelado e instrucciones	Escucha de unas grabaciones sonoras sobre las tres formas de comunicarnos y señalamientos del terapeuta.
5 min	Ejercicio práctico (ensayo conductual)	Se expondrá un tema de discusión y por parejas irán representado los distintos tipos de comunicarse.
2 min	Retroalimentación	El terapeuta y los miembros del otro grupo darán feedback sobre la comunicación mostrada.
5x3 min	Re-ensayo conductual	De nuevo role-playing de la discusión mejorando los aspectos señalados.
Se repite el esquema de los 3 pasos anteriores para los 3 tipos de comunicación		
5 min	Resumen y tareas inter-sesión	Se resumen los aspectos más importantes y se invita a entrenarlos durante la semana.

Tabla 3.6. Sesión 3: Expresión y reconocimiento de expresiones

Tiempo	ACCIÓN	METODOLOGÍA
10 min	Toma de contacto con las emociones	Brain-storming de emociones positivas y negativas
5 min	Modelado e instrucciones	Exposición de cómo expresamos y de cómo podemos reconocer. Se muestran imágenes.
20 min	Ejercicio práctico (ensayo conductual)	Uno expresa una emoción de manera no verbal y los demás reconocen
	Retroalimentación	El terapeuta y los miembros del grupo darán feedback sobre la comunicación no verbal mostrada.
10 min	Reflexión sobre el control de las emociones	Se explorarán las estrategias personales para el control de las emociones.
10 min	Ejercicio práctico y tarea intersesión	Se acabará con un ejercicio de relajación e invitación a practicarla en la vida diaria.

Tabla 3.7. Sesión 4: Cómo dar una buena queja

Tiempo	ACCIÓN	METODOLOGÍA
10 min	Introducción al tema de las "quejas"	Hacer reflexionar sobre qué es una queja y por qué nos cuesta darlas.
5 min	Instrucciones y modelado	Exposición por parte del terapeuta de los pasos a seguir para dar una queja y ejemplo en grabación sonora.
20 min	Ejercicio práctico (ensayo conductual)	Role-playing de situaciones de "queja"
	Retroalimentación	El terapeuta y los miembros del grupo darán feedback sobre la interacción mostrada.
10 min	Re-ensayo conductual	Se vuelve a representar la situación de "queja" pero con los aspectos de mejora.
10 min	Resumen	Se repasará lo aprendido.

3.2.4. Evaluación del programa

3.2.4.1. Participantes

Los sujetos que participaron en el programa fueron seleccionados de los grupos de personas que acudían regularmente al programa general de rehabilitación cognitiva en grupo, ya que eso hacía más probable su colaboración en este programa. Del total de sujetos se excluyó a los que presentaban un deterioro cognitivo de moderado a grave y a aquellos con problemas auditivos que no les permitiera su participación en grupo. De los 28 sujetos resultantes, se asigno de manera aleatoria a la mitad a una condición experimental (grupo control) y a la otra mitad a la otra condición (grupo experimental). Los dos grupos quedaron formados por 14 sujetos, con igual distribución entre hombres y mujeres (4/10) pero con medias de edad separadas por dos años. Las frecuencias de estas variables se incluyen como tabla 3.8.

Tabla 3.8. Descriptivos demográficos por condición experimental

		GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
GÉNERO	MUJERES	10	10
	HOMBRES	4	4
EDAD	MEDIA	83.57	85.57
	SD	6.63	6.35

3.2.4.2. Instrumentos

Se eligió como medida pre y post-programa la sub-escala de empatía *"toma de perspectiva" del Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1980, 1983).* Esta sub-escala mide la parte cognitiva de la empatía, es decir, indica los intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana, es decir, la habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona. Esta formada por 7 ítems, con respuestas tipo likert con cinco opciones (1-5) según el grado en que dicha afirmación le describa (*No me describe bien, Me describe un poco, Me describe bien, Me describe bastante bien y Me describe muy bien*)..), por tanto las puntuaciones totales pueden oscilar entre 7-35. El coeficiente de fiabilidad para esta sub-escala es de 0.71 para hombres y 0.75 para mujeres (Davis, 1983, citado en Mestre Escrivá *et al*., 2004), y se correlaciona con dos de las tres subescalas restantes de la escala (preocupacion empática y fantasía) y con otros constructos cómo la conducta prosocial. Esta validada al español pero no con población mayor.

3.2.4.3. Prodecimiento

Tanto al grupo control como al grupo experimiental se les evaluó previamenta a la puesta en marcha del programa, indicandoles que los datos eran para un estudio. Al grupo experimintal se le informo que a partir del martes siguiente empezaría un programa nuevo de un mes de duración, que sustituiria en su horario al otro grupal y les pedimos su participación. Todos aceptaron la invitación a participar. El grupo control siguió su rutina con el programa de rehabilitación cognitiva en grupo llevado a cabo por la psicóloga. Este profesional informó a todo el grupo que algunos compañeros faltarían durante un mes los martes porque estarían con la psicologa en prácticas. Se les da la explicación de que por cuestiones de espacio solo se pudo elegir al azar a 14, pero que más adelante se llevaría a cabo con ellos un programa similar.

3.2.4.4. Análisis de datos

La metodología de la evaluación de este programa es de carácter experimental, ya que los sujetos se asignan aleatoriamente al grupo control y experimental y la VI es manipulada activamente. Para justificar la eficacia del programa el interés es comprobar que las puntuaciones en la VD (perspectiva empatica) han sufrido cambios sólo en el grupo experimental. Para ello se realizará la prueba t de diferencia de medias para medidas repetidas y la prueba F de la ANOVA con el programa estadístico SPSS versión 18 para Windows. Todos los niveles de significación se han situado al 5%.

3.2.4.5. Resultados

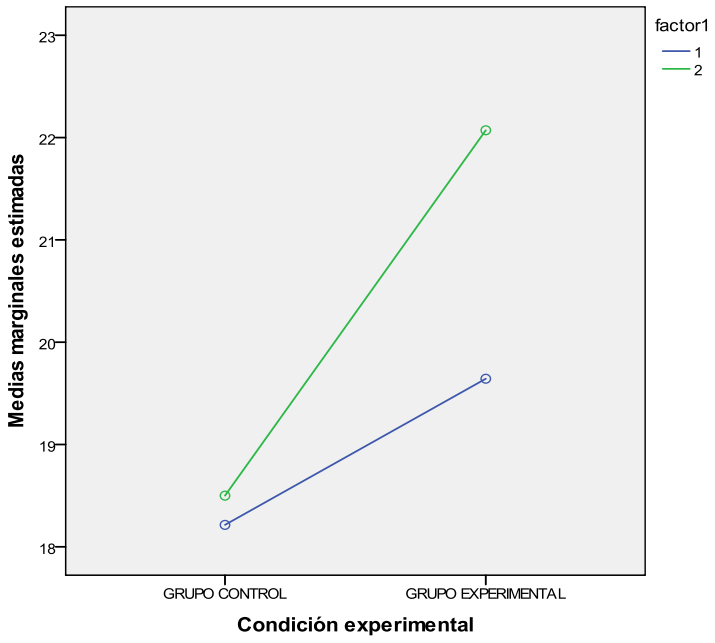
La media de las punatuaciones en la suescala de empatía previa al programa es de 18.21 para el grupo control y de 19.64 para el grupo experimental, es decir no hay diferencias significativas entre ellos ($t_{(26)}$=1.068; p=0.091). Sin embargo, las medias de las puntuaciones en la misma escala una vez finalizado el programa son de 18.50 para el grupo control y de 22.07 para el grupo experimental, esta vez sí son diferencias significativas ($t_{(28)}$=2.296; $p<0.05$). Podemos ver los estadísticos de grupo en la tabla 3.9.

Tabla 3.9. Estadísticos de grupo

	Condición experimental	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuaciones pre-tratamiento	GRUPO CONTROL	14	18,21	2,636	,705
	GRUPO EXPERIMENTAL	14	19,64	4,254	1,137
Puntuaciones post-tratamiento	GRUPO CONTROL	14	18,50	2,653	,709
	GRUPO EXPERIMENTAL	14	22,07	5,181	1,385

Para saber si estas diferencias son debidas a la VI (la inclusión en el programa) y no al azar se llevó a cabo un análisis de la varianza con el modelo lineal general y la prueba F de la ANOVA. Como indican los resultados, la varianza de estos datos es debida al factor tiempo (pre-post) ($F_{(1,26)}$=21,528; P<0.01), y a la interación entre el factor tiempo y la condición experimental (GC-GE) ($F_{(1,26)}$ =13,417; p<0.05), con tamaños del efecto medios en ambos casos (η^2 =0,453 para el factor tiempo y η^2 =0.340 para la interacción). Esto permite atribuir aproximadamente la mitad de la variablilidad de la puntuación pre-post del grupo experimental al hecho de pertenecer a ese grupo, él cual se ha beneficiado de programa de entrenamiento de la empatía. (ver medias marginales estimadas en la gráfica 3.1)

Gráfica 3.1. Medias marginales del GC y GE según el factor tiempo (pre-post)



3.2.4.6. Conclusión

Se puede afirmar que el programa implantado de mejora de la empatía y otras habilidades sociales ha tenido efectos en la capacidad de toma de perspectiva empática de los sujetos que participaron en él. Como apuntan las teorías y datos previos la mejora de la empatía repercutirá en unas mejores relaciones interpersonales (Caballo, 1993), cabiendo esperar a largo plazo un aumento del número de amistades entre residentes. Este aspecto quedaría pendiente como evaluación de los objetios del programa a largo plazo.

Hay una amenzada a la validez interna referida a la prueba. Puede que algún grado del aumento en las puntuaciones del grupo experimental en el postest sea debido a la identificación del contenido de la prueba con el contenido del programa, aumentando así la deseabilidad social por demostrar que han aprendido lo entrenado.

3.3. Taller de risoterapia

3.3.1. Análisis de necesidades

La necesidad básica para poner en marcha este programa fue por un lado la innovación. Nunca se había llevado a cabo un taller de esta índole en el centro y se valoró la aceptación positiva de los residentes ante una propuesta previa. Y por otro lado la evidencia existente sobre los múltiples beneficios de esta técnica, entre los que se encontraban incluidos la mejora de las relaciones sociales personales y grupales. Christian *et al.* (2004) en una revisión de artículos publicados en páginas web encontraron:

- A nivel físico: provoca ejercicio físico, masajea los músculos, oxigena los pulmones y la piel, tiene poder analgésico, es rejuvenecedor, previene el infarto y mejora el insomnio.
- A nivel psicológico: reduce el estrés, mejora la depresión, exterioriza emociones y mejora la autoestima.

- Y a nivel social: tiene un poder comunicativo, mejora la cohesión de un grupo, facilita situaciones sociales incómodas y mejora las relaciones sociales.

3.3.2. Objetivos

El objetivo general de este taller es aumentar el bienestar físico, emocional y social de los participantes. Los objetivos específicos de podemos conseguir en un taller, basándonos en estudios previos son (Castellvil, 2007): aprender los beneficios que aporta la risa sobre el bienestar físico, emocional y social; liberar tensiones físicas y emocionales; distraer de las preocupaciones; mejorar la confianza, cohesión y relaciones personales del grupo; y aumentar la capacidad de divertirse y de reírse de uno mismo.

3.3.3. Descripción del programa: fases y actividades

El destinatario del taller fue un grupo de personas mayores del Centro Asistencial San Torcuato asistentes habituales a los talleres de rehabilitación cognitiva impartidos por la psicóloga del centro. El taller se desarrolló a lo largo de dos sesiones de 50 minutos cada una distribuidas en dos días sustituyendo a los de rehabilitación cognitiva. Se desarrolló con dos grupos distintos cada día. La metodología de trabajo se basó en ir intercalando exposiciones de contenido teórico, con dinámicas de grupo a lo largo de las sesiones.

Las fases del programa siguiendo la recomendación de Castellvil (2007) fueron:

- *a) Enfoque de la sesión e introducción teórica*: en esta parte se trataron las expectativas de los participantes y se expuso la metodología, las normas y una base teórica sobre la risoterapia, la risa y sus beneficios.
- *b) Calentamiento y desbloqueo:* en esta etapa se consigue un desbloqueo físico a través de estiramientos y un desbloqueo emocional a través de alguna actividad de presentación (presentarse usando para ello una sola vocal).
- *c) Dinámicas y juegos*: es la fase central en la que se ponen en marcha diferentes actividades y juegos típicos de la risoterapia. En este caso fueron:

- "Frente al espejo": en parejas y situándose uno enfrente del otro, uno hace de persona y el otro de espejo imitando sus muecas.
- "¿Qué me dices?: dos sujetos salen al medio del grupo y se les da dos consignas de actuación: la discusión sobre un tema y el "idioma" (inventado) en el que debe hablar cada uno.
- "El objeto mágico": un sujeto sale al centro y se le da un objeto. Le decimos que ese objeto puede convertirse en lo que quiera, que debe hacer gestos como si lo estuviera usando para que los demás averigüen en que se ha convertido el objeto.

- *d) Gimnasia de la risa:* en esta etapa la carcajada llega a su máximo esplendor a partir de reírse forzosamente con cada vocal (ja, je, ji, jo, ju) tras conocer sus distintos beneficios.
- e) *Interiorización y relajación:* se optó por una respiración guiada en la que al inspirar se sonreía y al expirar se sacaba todo lo malo
- f) *Evaluación y cierre:* se pedirá feedback a los participantes sobre la sesión y las sensaciones sentidas. Se terminó resumiendo lo visto y dando unas recomendaciones.

3.3.4. Evaluación

Para evaluar el beneficio de la sesión de risoterapia sobre el bienestar general de los participantes se les preguntó antes y después de la sesión a cada uno de ellos: *¿Como se siente en general en este momento, de 0 a 10, donde 0 es muy mal y 10 es muy bien?*. No se realizó un registro formal, pero las respuestas cuantitativamente se mantuvieron o aumentaron en todos los encuestados. Con esto se reforzó en grupo la importancia de reírse.

4. OTRO TIPO DE INTERVENCIONES

4.1. Estimulación cognitiva por ordenador: el programa GRADIOR

4.1.1. Fundamentación teórica

En la última década se ha desarrollado todo un avance en las estrategias no farmacológicas destinadas al tratamiento de la demencia. Es el caso de la rehabilitación neuropsicológica o el entrenamiento cognitivo. El primer punto en el que se asienta este tipo de intervención es en el concepto de *neuroplasticidad*, es decir la capacidad que tienen las neuronas lesionadas para regenerarse y establecer conexiones nuevas, así como la capacidad de que las neuronas supervivientes a una lesión puedan recuperarse y adaptarse funcionalmente. El resto de conceptos en los que se asienta son la *reserva cognitiva* y la *psicoestimulación*.

La psicoestimulación es uno de los métodos en los que se basa la rehabilitación cognitiva. Consiste en la generación de un conjunto de estímulos dirigidos a las capacidades cognitivas superiores con una finalidad rehabilitadora. La estimulación cognitiva continuada realizada por un profesional puede conllevar un gran coste de tiempo, gran dedicación, necesidad de adaptación a cada sujeto e innovación para no generar sensación de aburrimiento. Ante esto ha surgido la aplicación de las nuevas tecnologías a este tipo de intervenciones.

La aplicación de programas de rehabilitación cognitiva por ordenador junto a otras intervenciones no farmacológicas ha mostrado efectos positivos en la mejora de capacidades cognitivas. En especial, existe un estudio con personas con Enfermedad de Alzheimer de Zamora y Valladolid, en el cual se observó un retraso de dieciocho meses en los efectos deteriorantes de la enfermedad, en concreto de las capacidades cognitivas. En un análisis más pormenorizado se observó que un alto porcentaje (74.07%) de los pacientes sometidos al tratamiento de psicoestimulación mantuvieron sus capacidades cognitivas a través del

intervalo de estudio, un 22.21% habían mejorado en algún momento del intervalo temporal y sólo 3.7% habían empeorado (IMSERSO, 2002)

4.1.2. Objetivos del programa

Los objetivos que se pretenden con este programa en la residencia son:

- Evaluar las funciones cognitivas superiores de los usuarios de manera precisa.
- Intervención individualizada de carácter cognitivo
- Mantener el deterioro cognitivo de algunos usuarios
- Retrasar el deterioro en los usuarios con enfermedad de Alzheimer.
- Mejorar los posibles síntomas depresivos de los usuarios (ya que se puede elegir una dificultad individualizada que genera refuerzos, además el programa ante los fallos cambia de prueba para no generar frustración)

4.1.3. Descripción del programa

4.1.3.1. Origen

El programa de rehabilitación neuropsicológica del deterioro cognitivo, programa GRADIOR fue creado por la Fundación INTRAS. Esta entidad está dedicada al tratamiento e investigación en enfermedad mental, enfermedades neurodegenerativas y servicios sociales. Diseñado gracias a una convocatoria PITER del III Plan Nacional de I+D esta entidad desarrolló desde su área de I+D, el software del programa Gradior. Este software está realizado mediante un método de programación avanzado denominado *programación orientada a objetos*, que tiene como objetivo permitir una gran flexibilidad en el diseño de las intervenciones para adaptarse de forma individualizada a cada usuario.

4.1.3.2. Módulos del programa

El programa GRADIOR dispone de distintos módulos (Franco *et al*, 2000):

1) ***Gestor Clínico o Acceso Terapeuta:*** Corresponde a un gestor del sistema que utiliza el terapeuta o clínico, para establecer las distintas posibilidades que el programa ofrece:

1.1) Gestor de Hª Clínica:

El Gestor de historia clínica facilita la recopilación y almacenamiento de datos de los distintos usuarios que participan en la rehabilitación y/o en la evaluación. De esta forma el terapeuta puede guardar y visualizar aquella información que necesite sobre un determinado usuario o varios usuarios en un momento determinado Los datos que se registran son: a) *datos personales:* se incorpora en esta sección los datos básicos socio-demográficos de cada usuario correspondientes a la edad, estado civil, dirección, estudios, profesión y ocupación. Además se incorpora una foto del usuario y una clave. Esta clave elegida será la que utilice el usuario cada vez que acceda a su sesión de rehabilitación; b) *Observación Clínica:* Incorpora datos sobre el origen del deterioro cognitivo o de su enfermedad, si la hubiera, y el diagnóstico establecido por los profesionales. El diagnóstico puede ser registrado en un campo abierto o acceder a una base de datos donde se presenta todas las alternativas cerradas de diagnóstico según la CIE-10, eligiendo aquel que se quiera asignar al usuario*; c) medicación:* el sistema registra si el usuario se está medicando, durante cuanto tiempo, que fármaco específico es el que está tomando y la dosis diaria del mismo. Esto es importante conocerlo por sus posibles implicaciones de cara a la rehabilitación; y d) *valoración clínica:* el programa cuenta con un conjunto de escalas clínicas de amplio uso que pueden ser utilizadas por el terapeuta para la valoración y seguimiento clínico del paciente.

1.2) Gestor de tratamientos:

Este gestor incluye la posibilidad de establecer distintos tratamientos o intervenciones rehabilitadoras, según las características clínicas de los usuarios. Este es un importante aspecto de ayuda al terapeuta puesto que permite seleccionar sesiones de entrenamiento cognitivo estándar según el tipo de déficit o deterioro cognitivo del usuario. Posteriormente, y según las características clínicas de cada persona, se podrá efectuar una individualización progresiva del tratamiento. Se completa el número de sesiones a la semana (el número de días

que el usuario va a acudir a realizar la rehabilitación) y el tiempo que durará cada sesión. Con respecto al tiempo de aplicación es importante tener en cuenta las capacidades cognitivas y sobre todo la capacidad de atención del usuario. Así, cuanto mayor sea el deterioro menor deberá ser el tiempo de aplicación. En general, para un usuario medio se recomienda un tiempo entre 15 y 20 minutos.

1.3) Gestor de Informes:

El gestor de informes ofrece la posibilidad de llevar un seguimiento de los tratamientos de rehabilitación de cada usuario o paciente, observando el progreso del mismo según los resultados de ejecución y adaptando los tratamientos a este avance. Facilita además, la observación o comparación entre los resultados de ejecución y los contenidos y variables incorporadas en cada prueba. El estudio de estos datos por parte del terapeuta, servirá posteriormente, para adaptar y diseñar nuevas sesiones de rehabilitación en función de las conclusiones obtenidas a través de los resultados de ejecución. Así, se verá la necesidad de introducir otros tipos de pruebas distintas, o dedicar un mayor tiempo a rehabilitar un tipo determinado de actividad cognitiva. Se visualiza todos aquellos tratamientos que han sido asignados al usuario durante el periodo de rehabilitación. El sistema muestra el nombre del tratamiento, la fecha en que se inició y fecha de finalización del mismo. Al elegir esta opción y seleccionar un tratamiento, se obtienen datos de todas las sesiones efectuadas por el usuario con ese tratamiento y de todas las pruebas incluidas en esas sesiones. La forma de mostrar los resultados puede ser mediante listados o gráficos. También se puede obtener la evolución del usuario en una modalidad cognitiva concreta a lo largo de todo el tratamiento de rehabilitación. Con respecto a los datos de las sesiones se recogen % de aciertos, % de fallos por omisión, % de fallos por acción y tiempos de reacción (mínimo, medio y máximo). Además, el gestor de informes incluye la posibilidad de transferir los datos tanto personales como los rendimientos del usuario a otro sistema de almacenamiento, generalmente portable:

diskette o CD-ROM. Los datos pueden ser transferidos en formato .txt de manera que se facilita el análisis de los mismos mediante un paquete estadístico como el SPSS. Esta posibilidad es interesante para realizar estudios de investigación sobre los rendimientos cognitivos y desarrollar análisis multivariantes que permitan progresar en el conocimiento del funcionamiento cerebral.

2) Visor de sesiones o Acceso usuario:

Es la sesión propiamente dicha con la aplicación sistematizada de las pruebas seleccionadas por el terapeuta. Es el módulo que utiliza el usuario directamente interactuando con el ordenador y emitiendo sus respuestas. La sistemática comienza con la explicación previa de la tarea a realizar, la cual se presenta por dos canales sensoriales, auditivo y visual, que están coordinados para realizarse simultáneamente. Una vez explicada la tarea, el programa indica al usuario el inicio de la presentación de la actividad con el siguiente mensaje "Atención, comienza la prueba". La interacción con el usuario se produce a través de pantalla táctil o bien a través de ratón según las características del usuario.

3) Generador de pruebas: (para centros de investigación)

El Editor o generador de pruebas tiene la posibilidad de crear pruebas en función del tipo de déficit cognitivo a rehabilitar. De esta forma, se podrán elaborar pruebas con feedback de refuerzos, o no; con objetos fácilmente reconocibles o no; y así sucesivamente con múltiples variables que sin duda van a intervenir en los rendimientos del sujeto Este sistema de realización de pruebas constituye uno de los aspectos más novedosos del sistema Gradior, fundamentalmente por las siguientes razones: 1) Permite diseñar múltiples pruebas de entrenamiento cerebral sin necesidad de un especialista informático. Es decir, constituye un sistema abierto; 2) Facilita la elaboración de múltiples hipótesis clínicas y experimentales que se podrán diseñar mediante el control de las diferentes variables que intervienen en la prueba.

En la actualidad, el generador de pruebas está restringido a centros de investigación que estén interesados en la realización de proyectos de investigación.

4.1.3.3. Modalidades cognitivas posibles en los tratamientos

El programa GRADIOR cuenta con un conjunto de modalidades cognitivas para formar un tratamiento concreto según los déficits de los usuarios (Bueno Aguado), estas se muestran en la tabla 4.1.

Tabla 4.1 . Modalidades cognitivas del programa GRADIOR

MODALIDAD GENERAL	SUBMODALIDADES	NIVELES DE DIFICULTAD
Atención	Selectiva visual I, II y III	10
	Selectiva auditiva	6
	Vigilancia/sotenida destellos	8
	Vigilancia/sotenida color	8
Percepción	Auditiva ritmos:	2
	Auditiva colores	11
	Visual colores texto	11
	Visual colores gráfica	11
	Visual tamaños	4
	Visual figuras	4
	Visual rostros	4
Memoria	Asociativa imagen/palabra	4
	Asociativa palabra/palabra	4
	Grafica corto plazo compuesta	5
	Grafica corto plazo simple	5
	Verbal corto plazo compuesta	5
	Grafica inmediata	5
	Verbal corto plazo simple	5
	Grafica corto plazo compuesta	5
	Verbal inmediata	5
	Span letras directa	4
	Span letras inversa	4
	Span números directa	4
	Span números inversa	4
	Asociativa palabra/palabra	4
	Asociativa icono/palabra	4
	Asociativa cara/nombre	4
Cálculo	Cuantitativo contar	5
	Cuentas	11
	Identificación de números	3
	Problemas aritméticos	12
Lenguaje	Identificación de letras escritas	3
	Identificación de letras oral	3
	Comprensión de palabras	2
	Reconocimiento de palabras	2
Razonamiento	Analogías gráficas	1
	Analogías verbales	1
	Razonamiento observar	1
	Razonamiento ordenar gráficas	1
	Razonamiento ordenar verbales	1
Orintación	Temporal	

4.1.4. Implementación del programa en la residencia

En el Centro Asistencial San Torcuato se realizaran en la actualidad unas 20 sesiones a la semana con 14 usuarios diferentes. Algunos acuden una vez por semana y otros dos. Los horarios de las sesiones separadas por 30 minutos trascurren a lo largo de la mañana del miércoles y todas las tardes de 15.30 a 16.30 y de 19 a 19.30. Para elegir de entre toda la población de la residencia a los usuarios que más se pueden beneficiar del programa se siguen los siguientes criterios de inclusión:

- Persona con deterioro cognitivo leve/moderado.
- Visión y audición suficientemente funcionales.
- Comprensión media del lenguaje.
- Persona sin deterioro cognitivo que pida expresamente su participación.
- Baja autoestima o síntomas depresivos.

El proceso de rehabilitación comienza con una fase previa de evaluación. Normalmente el usuario acude a la rehabilitación con informes de valoración realizados previamente. La psicóloga del centro con el objeto de formalizar el Plan de Atención Individualizada de los pacientes, realiza tras la llegada de ellos un *screen* cognitivo por medio del Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo. En el se puede observa un *screen* de las funciones cognitivas superiores que pueden estar afectadas. Además en muchos casos de demencias esta viene diagnosticada por un médico de fuera del centro ya antes de su ingreso.

Con estos datos y otros sociodemográficos la psicóloga prepara un tratamiento específico en función del deterioro y/o déficit del usuario y de sus capacidades, y según los datos recogidos. Establece las pruebas o modelos cognitivos con los cuales comenzar la rehabilitación y especifica el número de días a la semana que acudirá el usuario, así como el tiempo que durará la sesión cada uno de esos días. La psicóloga comprueba periódicamente los resultados de ejecución del paciente, modificando el tratamiento en función de éstos.n

Aumentará el nivel de dificultad de las distintas pruebas o modificará las actividades cognitivas introducidas en el tratamiento, según los informes de ejecución obtenidos del usuario, en las distintas sesiones, durante el periodo de rehabilitación. Es también posible que en algunos procesos progresivos como puede ser la Enfermedad de Alzheimer se tenga también que disminuir el nivel de dificultad.

4.1.5. Grado personal de implicación en el programa

Para poder manejar el programa GRADIOR es necesaria una acreditación que consiste en una formación mediante cursos de aprendizaje. El Centro Asistencial San Torcuato es un centro acreditado, es decir que cuenta con esos requisitos de calidad formativa en las tecnologías de rehabilitación cognitiva en algunos de sus profesionales. Debido a esto mi implicación en el programa fue de dos tipos:

- Observacional: En varias ocasiones presencié y me fue explicado el funcionamiento del “Gestor clínico” al que sólo tiene acceso la psicóloga.

- Participación activa: en determinadas sesiones fui la ayuda externa de los usuarios en su “visor de sesión”, ayudándoles a poner en marcha el programa, resolviéndoles dudas sobre las tareas o reforzándoles.

4.2. Intervención individual: caso clínico

4.2.1. Identificación del paciente

Nos encontramos ante una mujer de 70 años de edad, casada y en la actualidad con un hijo de 36 años. Su nivel de estudios es alto llegando a cursar primero de Económicas antes de casarse. Su nivel socioeconómico es alto. En la actualidad reside en el Centro Asistencial San Torcuato desde hace casi tres años. Antes de ello, convivía con su marido en la casa de ambos con uno de sus hijos ya fallecido.

4.2.2. Motivo de la consulta

El equipo interdisciplinar de la residencia consideró la necesidad de una intervención psicológica de la paciente debido a su bajo estado de ánimo y del estancamiento en su recuperación. Esta intervención es asumida por mí como parte de mis prácticas.

4.2.3. Historia del problema y antecedentes

El origen del problema actual se sitúa hace aproximadamente dos años y medio, la noche posterior a la muerte de uno de sus hijos por suicidio. Esa noche la paciente no podía subirse a la cama porque de pronto no sentía las piernas. La ingresan y tras varias exploraciones neurológicas ella comenta que no le encontraron causa orgánica. Le recomiendan ingresar en una residencia para recuperarse. Cuando estaba empezando a andar con ayuda de un andador, tuvo una caída y le diagnosticaron fractura subcapital de fémur izquierdo, con posterior infección de la prótesis. Desde entonces la movilidad de sus miembros inferiores no ha mejorado, y ha perdido la capacidad de control de esfínteres.

En la actualidad carece de motivación e iniciativa para su propia recuperación física, siendo constantes las quejas a los distintos profesionales. El único apoyo potencial que tiene es el de su marido y su otro hijo, los cuales se sienten superados por la atención que la paciente les requiere. No tiene más familiares a excepción de dos primos que no saben que

esta en la residencia. No tiene amistades fuera. En la residencia esta receptiva a las actividades de carácter cognitivo evitando las de recuperación física o las lúdicas.

Antecedentes personales: La paciente afirma que su infancia fue poco feliz debido a la mala salud de sus padres, la soledad de no tener hermanos, el miedo a las enfermedades y la sobreprotección de su madre. Tenía buena relación con sus padres, aunque el padre le generaba desconfianza. En la adolescencia no hubo cambios importantes. Ya de adulta en 1981 le detectaron una fibrilación auricular y desde entonces toma medicación preventiva. Pasados los años consulto a un psicólogo por recomendación del médico de cabecera debido a la preocupación por sus taquicardias. Ella finalizó las sesiones porque le parecían caras y sin provecho. En general personalidad hipocondriaca con pensamientos obsesivos y recurrentes.

Antecedentes familiares: Madre con salud delicada por rectocolitis. Murió de un infarto a los 87 años. Personalidad muy sobreprotectora Padre con úlcera de estómago. Personalidad huraña y solitaria. Muy buena relación con su abuela materna. Tía materna internada en psiquiatría por problemas con la alimentación.

4.2.4. Procedimientos de evaluación

- Entrevista semi-estructurada
- Escala de depresión para ancianos de Yesevage (GDS)
- Escala de ansiedad estado-rasgo (STAI) de Spielbierger.
- Observación directa

4.2.5. Resultados

4.2.5.1. Resultados de las pruebas psicométricas:

- Escala de depresión: 25/30. Síntomas depresivos de moderados a graves, subrayándose la desesperanza por el futuro, la baja autoestima, la soledad y la insatisfacción. No hay pensamientos suicidas.

- Escala de ansiedad: ansiedad estado: 40/60; ansiedad rasgo: 44/60. Niveles de ansiedad altos en el momento de la evaluación y en su vida en general

4.2.5.2. Síntomas actuales

Pérdida de la marcha, ausencia de control de esfínteres, taquicardias, miedo a diferentes enfermedades con cierta convicción (cáncer, demencia, parkinson), fobia a la muerte, desesperanza, desmotivación, inseguridad, preocupación excesiva por la salud, doctor shopping (búsqueda de distintas opiniones médicas), ansiedad generalizada, pensamientos rumiantes, ideas irracionales, conducta pasiva y conducta de queja recurrente.

4.2.5.3. Diagnóstico

Según los criterios del DSM-IV se puede diagnosticar en la paciente:

- F44.4. Trastorno de conversión con déficit motor (en el pasado): cumple los criterios: a) uno o más déficits que afectan a las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica; b) se considera que los factores psicológicos estas asociados al déficit debido a que el inicio del cuadro viene precedido por un suceso estresante desencadenante (suicidio del hijo); c) el síntoma no esta producido intencionalmente; d) el síntoma no se explica por enfermedad médica o ingesta de sustancias; e) el síntoma provoca malestar significativo en la vida del sujeto.

- F45.2 Hipocondría (Con alguna conciencia de la enfermedad): cumple los criterios: a) preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de los síntomas somáticos; b) la preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas; c) la creencia no es delirante; d) provoca malestar clínicamente significativo en la vida del sujeto; d) la duración es de al menos 6 meses.

*No es diagnosticada de un trastorno depresivo mayor por los criterios de exclusión (posible influencia del periodo de duelo, una acusada incapacidad funcional y la presencia de otro trastorno que explique los síntomas depresivos (hipocondría)

4.2.5.4. Formulación clínica del caso

En la paciente podemos distinguir una vulnerabilidad especial a los trastornos denominados somatoformes debido a sus claros factores predisposicionales (infancia rodeada de un ambiente de enfermedades y madre con actitudes hipocondriacas y sobreprotectoras). Al llegar a la madurez esta vulnerabilidad mediante un suceso desencadenante (cualquier dolor o diagnóstico de enfermedad) deja asociado síntomas somáticos con ansiedad. Y esta ansiedad por la salud (hipocondría) se ha mantenido debido a un círculo vicioso. Cualquier cambio somático es interpretado como síntoma de enfermedad, lo que aumenta la ansiedad, que esta a su vez aumenta los cambios de la función corporal y con ello aumenta la "evidencia" de enfermedad. Para neutralizar la ansiedad las conductas a seguir son la búsqueda de información tranquilizadora (a través de quejas a los médicos u a otros), las cuales se mantienen por reforzamiento negativo (disminuye la ansiedad) y refuerzo positivo (atención de otros). Esta información puede tranquilizarle temporalmente, pero ante cualquier estímulo interno o externo comenzará de nuevo una atención selectiva a su cuerpo, guiada por un esquema de ideas irracionales configurado a lo largo del tiempo. Esta explicación teórica puede dar respuesta a las constantes conductas de queja de la paciente, la autoexploración continua, la atención selectiva a lo negativo, la búsqueda de distintas informaciones médicas y el miedo a intentar andar tras la caída.

En cuanto al trastorno de conversión (pérdida de la marcha antes de la fractura física que explica parte de su estado actual) tenemos que recurrir a las teorías psicosomáticas para darle explicación. Es decir, a la influencia de reacciones psicológicas en lo corporal. Tenemos

a favor de esta teoría: los factores de predisposición de la paciente, la contigüidad temporal con un suceso vital estresante (suicidio del hijo unas horas antes) y la no explicación médica.

4.2.6. Tratamiento/Intervención

Tras las dos sesiones de evaluación se llevaron a cabo con la paciente 8 sesiones de intervención individual de 45 minutos cada una.

4.2.6.1. Objetivos

- Disminuir la ansiedad generalizada y la ansiedad fóbica a la enfermedad y la muerte.
- Conocer la influencia de los pensamientos en la interpretación de los estímulos y sus consecuencias.
- Aumentar conductas gratificantes
- Disminuir la conducta de queja

4.2.6.2. Técnicas psicológicas

Algunas de las técnicas psicológicas implementadas a lo largo de las sesiones son: debate socrático, relajación progresiva e imaginación guiada, reforzamiento diferencial, modelado, desensibilización sistemática, auto-instrucciones, fijación de metas pequeñas, etc.

4.2.6.3. Sesiones

Las sesiones se llevaron a cabo una vez a la semana en el periodo comprendido entre el 14 de Octubre y el 18 de diciembre de 2010. Los objetivos de cada sesión y el procedimiento seguido se especifican en la tabla 4.2.

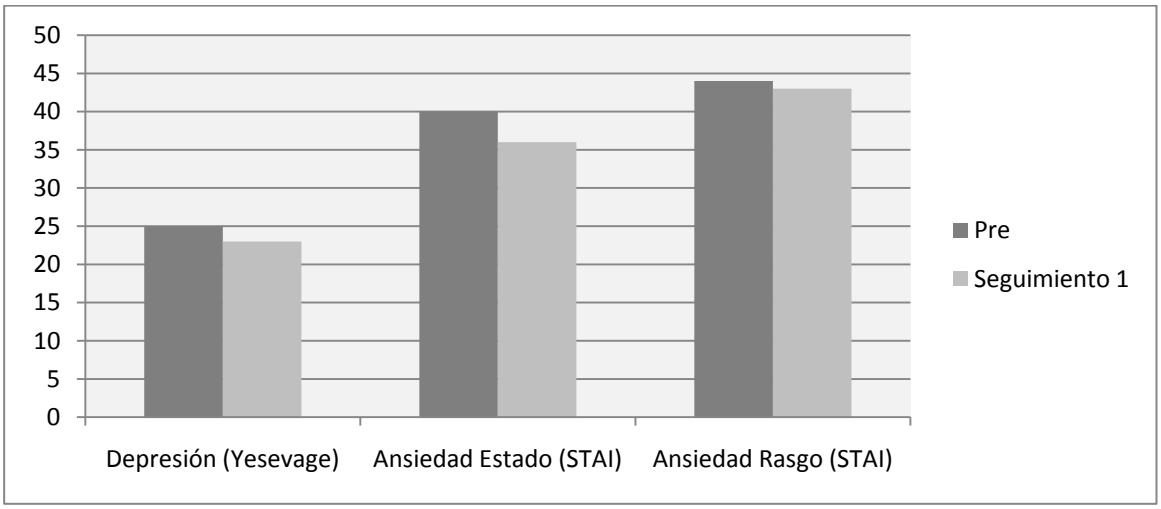
Tabla 4.2. Sesiones clínicas

SESIÓN	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO
Sesión 1	- Toma de contacto - Conocer el caso	- Se le explica el motivo de la intervención con ella y se le pide consentimiento informado. - Se le aplica una entrevista semiestructurada en la que se indaga sobre el origen y curso de sus problemas, los síntomas subjetivos, los antecedentes personales y familiares, las relaciones/apoyo social y la personalidad.
Sesión 2	-Evaluación pre-intervención del estado de ánimo y la ansiedad (síntomas que preocupan a los profesionales)	-Se le administra el test de depresión de Yesevage y el STAI de ansiedad estado-rasgo
Sesión 3	-Análisis funcional de algunas conductas - Determinar objetivos terapéuticos	- Se valoran los antecedentes, respuestas, consecuencias y contingencias del miedo a padecer una enfermedad. Excepciones e intervenciones anteriores sin éxito. -Se le plantea la pregunta milagro como forma de obtención de información sobre las metas.
Sesión 4	-Devolución de hipótesis -Aumentar su conciencia sobre el esquema A-B-C	- Se le explica funcionalmente su ansiedad generalizada, el suceso de dejar de andar y el esquema A-B-C de antecedentes, pensamientos y consecuencias de Ellis. Se ponen ejemplos personales. -Tarea inter-sesión: Auto-registros de situaciones con el esquema A-B-C
Sesión 5	-Análisis de los registros -Planteamiento del plan de intervención -Conocer conductas gratificantes -Reducir la conducta de queja	- Se analiza conjuntamente los registros haciendo hincapié en las interpretaciones personales y en las consecuencias de ellas. - Se le plantea la posibilidad de realizar sesiones de relajación y de comenzar a hacer tareas abandonadas. - Tarea inter-sesión: anotar conductas gratificantes que ha dejado de hacer (anotando placer y dificultad) y cambiar los comentarios sobre quejas por aspectos positivos al personal y a la familia
Sesión 6	-Disminuir la ansiedad y la tensión - Aumentar conductas gratificantes	- Sesión de relajación progresiva y respiración abdominal con imaginación guiada - Se valora el registro de conductas gratificantes y se eligen 2 (las de menor dificultad y con gratificación media). No cumplió la tarea de disminuir quejas.
Sesión 7	-Disminuir las distorsiones cognitivas -Reducir la conducta de queja	- Debate socrático sobre una lista de distorsiones cognitivas, ejemplificando, analizando las consecuencias y buscando alternativas -Tarea inter-sesión (medida conductual): cambiarse una pulsera de mano cada vez que emita una queja
Sesión 8	-Disminuir la ansiedad y la tensión	-Sesión de relajación progresiva y respiración abdominal con imaginación guiada -Cumple con la tarea anterior
Sesión 9	-Aumentar los refuerzos y el acercamiento progresivo a la conducta deseada -Aumentar el autocontrol	-Seguimos hablando de los problemas, y hacemos juntas una técnica de solución de problemas ante uno de ellos. - Generamos una auto-instrucción ante los pensamientos hipocondriacos. - Tarea inter-sesión: planteamos una meta pequeña en el gimnasio ante la que debe reforzarse y sobre la que debe hablar a los demás evitando las quejas.
Sesión 10	- Desensibilizar sobre el miedo a las caídas	-Aproximación en imaginación al hecho de ponerse en píe con incorporación de distractor para evitar los pensamientos de miedo. - No cumple tarea anterior
Evaluación del Seguimiento	-Evaluar su seguimiento	Se le re-administran las escalas de la pre-evaluación

4.2.7. Evaluación de seguimiento

En las medidas de seguimiento al acabar el practicum, no se encuentran cambios significativos en las puntuaciones de las pruebas administradas 23/30 en depresión y 36/60 y 43/60 en ansiedad estado y rasgo respectivamente (ver gráfica 4.1).

Gráfica 4.1. Comparación de puntuaciones pre y seguimiento 1



Sí se ha observado un pequeño aumento en el autoconocimiento y autocontrol personal de la paciente. Existe una resistencia a cambiar conductas muy establecidas como la conducta de queja y la conducta pasiva hacia sus problemas. Se considera importante continuar las intervenciones con la paciente, separándolas en el tiempo para evitar la dependencia, con nuevos objetivos surgidos durante el tiempo de intervención:

- Reducir el miedo a las caídas para favorecer la recuperación física
- Mejorar la autoestima
- Aumentar la conducta proactiva hacía el cuidado de su salud
- Trabajar el duelo

4.2.8. Conclusiones

Estamos ante un caso clínico que entraña grandes dificultades para todos los profesionales implicados en su rehabilitación. Los factores psicológicos y los médicos se condicionan mutuamente evitando la mejora en ambas dimensiones. Es necesaria una intervención

interdisciplinar para lograr la recuperación funcional y psicológica de la paciente. Se hacen una recomendaciones para los demás profesionales:

- Evitar las etiquetas diagnósticas que puedan generar en la paciente ansiedad y una búsqueda incesante por confirmar todos los síntomas del diagnóstico.

- Centrar la atención en su proceso de rehabilitación y en las mejoras evitando hablar de las perdidas o incapacidades.

- Reforzar negativamente (ignorar) las conductas de queja (sin castigar), reforzando positivamente (con elogios) las mejorías, por pequeñas que sean, y otras virtudes fuera de lo físico.

5. CONCLUSIONES

5.1. Competencias desarrolladas

Gracias a una base teórica amplia e integrada sobre Psicogerontología, el periodo de prácticas ha sido el momento para el desarrollo de competencias profesionales e investigadoras.

La capacidad para encontrar dentro de la praxis la base teórica, es una de las capacidades más importantes para desarrollarte profesionalmente. Es decir, saber buscar el por qué de cada actuación. Cada actuación como profesional debe de tener un objetivo, un fin. Una vez que eres capaz de ver esto, serás capaz de ponerlo en práctica, de convertir un objetivo teórico en una actuación.

A nivel de investigación, he desarrollado las competencias necesarias para: 1) buscar una temática que pudiera ser de interés para el conocimiento científico en general y en particular para los centros residenciales; 2) seleccionar una muestra, elegir los instrumentos, y evaluar; 3) analizar los resultados y discutir sobre los alcances y limitaciones.

A nivel profesionalizante he adquirido habilidades de interacción con población mayor que me han permitido administrar instrumentos de medida e intervenir individual o grupalmente sobre determinados objetivos. He desarrollado la habilidad de asesorar a los familiares de los residentes. Me he integrado en un equipo interdisciplinar.. Además creo que dentro de unas pautas establecidas he sabido innovar con la incorporación de nuevos programas y resolver determinados problemas que pudieran surgir..

5.2. Dificultades y alicientes del trabajo realizado

Una de las primeras dificultades que surgen cuando tomas por primera vez contacto con un grupo de personas mayores, es la referente al trato. Surgen inseguridades hacía el uso del usted o el tuteo, hacía el uso de determinada jerga e incluso hacía las teorías implícitas que tendrán sobre la figura del psicólogo. Con el tiempo estas dificultades desaparecen.

En cuanto a las intervenciones individuales, me encontré en el caso clínico con una gran dificultad para modificar patrones de conducta establecidos y para trabajar con la paciente desde un modelo que no fuera el médico. Los estudios sobre la eficacia de intervenciones psicológicas en la vejez hablan de buenos resultados, pero también abogan por la utilización de un enfoque más interdisciplinar, sesiones más cortas y un enfoque más directivo (Izal y Montorio, 2006). En mi caso creo que la poca práctica clínica me hizo querer abarcar demasiados objetivos para dos meses de intervención, lo que tuvo como resultado, un trabajo de todo y nada.

En cuanto a la labor investigadora también me he encontré con trabas. Las primeras sobre la evaluación: 1) dificultad para encontrar test validados con población mayor sobre determinados aspectos que no fueran la depresión, el estado cognitivo, el estado funcional o la soledad; 2) dificultad en administrar test con formato de respuesta tipo likert; 3) dificultad para administrar test con formato de auto-aplicación; y 4) mayor tiempo de dedicación a la evaluación de lo esperado. Otra dificultad para la investigación es la escasez de estudios realizados con población mayor que resida en contexto residencial. Esto dificulta las justificaciones teóricas y las hipótesis de trabajo, pero a la vez es un aliciente para que los profesionales que trabajemos en centros para personas mayores creemos conocimiento. El aumento de aportación científica en estos contextos debe ser una de nuestras labores, si queremos mejorar la calidad de vida de las personas que residen en él. He podido comprobar, que con pequeñas muestras, que normalmente son las que tienes al alcance, también puedes investigar y generar conocimeinto.

Otro aliciente del trabajo con población mayor es la gran variedad de intervenciones que puedes realizar como psicogerontólogo en una residencia de personas mayores. Al tener conocimientos en gerontología puedes aplicar programas propios para esta edad, pero además por ser psicólogo puedes generar cualquier programa psicológico- de prevención, promoción

o terapéutico- adaptándolo a esta población. Así, este amplio campo junto a la creatividad, puede hacer del trabajo de un psicogerontólogo en estos centros, un trabajo nada monótono.

5.3. Propuesta de intervención con elementos de mejora

El Centro Asistencial San Torcuato funciona con un equipo interdisciplinar para dar una respuesta integral a los residentes. Cómo se ha podido observar en este trabajo, la labor psicogerontológica en el centro es amplia y variada. A continuación se van a proponer elementos personales de mejora, en lo que compete a la labor psicológica, aunque es tarea de la dirección tomarlas en consideración o no. Muchas de estas mejoras podrían conllevar un aumento en el horario de trabajo de la psicóloga. Voy a dividir los posibles elementos de mejora en distintas facetas:

- **Las evaluaciones**

La evaluación en una persona mayor debe ser integral y multidimensional, donde se incluya además de una evaluación ideográfica, una evaluación normativa, que compare los resultados de la dimensión medida con lo que suele ocurrir a esa determinada edad (Fernández-Ballesteros, 2009). En estos momentos en el centro sólo se lleva a cabo una evaluación del estado cognitivo a través del Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo, y en los casos en que se sospecha un estado de ánimo bajo alguna escala de depresión.

Desde mi valoración personal esta evaluación es insuficiente, sobre todo para los sujetos con una posible enfermedad psicogeriátrica. Desde mi opinión, la primera evaluación con el residente debería ocurrir trascurrido más o menos 7 días de su ingreso, ya que la persona necesita un tiempo de adaptación al nuevo lugar y a la nueva situación. En este primer contacto el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo es un buen test, pero como su naturaleza indica, sólo sirve de *screening* cognitivo. Es decir, que nos puede ayudar a discernir entre persona sin deterioro y persona con deterioro. Si la puntuación obtenida es menor a 23/24, punto de corte revalidado por Lobo y cols. (2001), se determinará deterioro

cognitivo y éste deberá ser explorado en exhaustividad. Pero esta exploración no tiene porque hacerse mediante una batería fija sino que la evaluación puede ser flexible centrándose en los resultados del paciente en el *screening.* Esta exploración deberá determinar las funciones conservadas y las funciones deficitarias, que guiaran tanto el trato personal como las intervenciones rehabilitadoras en las sesiones de psicoestimulación individual, en la rehabilitación cognitiva por ordenador y en las sesiones grupales. Además deberían evaluarse los resultados con una escala como la GDS (Global Deterioration Scale) que da una información global y funcional de los déficits y habilidades conservadas a nivel cognitivo.

En cuanto a otras funciones, sería relevante un pequeño *screening* del estado afectivo, una evaluación completa de la autonomía funcional y una evaluación informativa del apoyo social.

- **La formación de grupos**

El programa de rehabilitación cognitiva en grupo, quizá pudiera necesitar la formación de grupos según el estado cognitivo. Pero este aspecto tiene sus defensores y detractores. Los defensores apelan al beneficio de todo el grupo, y los detractores a la discriminación. Quizá haya que llegar a un punto intermedio. Es evidente que la formación de grupos más homogéneos en estado cognitivo puede beneficiar a un mayor número de sujetos. Esto conllevaría en cuanto a su rehabilitación cognitiva, que la dificultad esta más adaptada evitando la frustración por exceso de dificultad o el aburrimiento por defecto. Por otro lado también es de esperar que la segregación por estado cognitivo pueda generar en los sujetos con mayores déficit cognitivos un sentimiento de discriminación, e incluso un mayor aislamiento social, debido a que su relación se limita a personas que también han podido perder habilidades sociales. Y por último, también es obvia la dificultad que entraña poner el límite de inclusión en uno, u otro grupo. Mi propuesta ante estos problemas es:

- Separar a los sujetos por estado cognitivo en cuatro de los cinco talleres semanales de rehabilitación cognitiva en grupo (taller de memoria, taller de lenguaje, T.O.R y taller de razonamiento), para beneficiar al mayor número de sujetos en la rehabilitación de esas funciones superiores.
- Juntar a los sujetos por estado cognitivo en el taller de reminiscencia. La razón de elegir este taller para aunar a los sujetos, es que se trabaja la memoria remota y autobiográfica, una de las funciones más conservadas a pesar del deterioro cognitivo. Además es uno de los talleres donde más conocimiento mutuo hay, a nivel de vivencias y de emociones, siendo el más socializador.
- En cuanto a los límites de inclusión-exclusión, con una evaluación más precisa, como se ha indicado anteriormente, puede ser más fácil de determinar el grupo donde el sujeto se puede beneficiar más. Pero si existen dudas, siempre incluirle a priori en el grupo con el estado cognitivo más alto, con la posibilidad de cambiarlo si no existe buena adaptación.

- **Aumento del sentimiento de autodeterminación y de autoeficacia**

Deci & Ryan (2000) en su teoría de la autodeterminación consideraban tres necesidades psicológicas básicas del ser humano –autonomía, competencia y pertenencia- como claves para entender las motivaciones o metas personales. *La autonomía* es la necesidad de sentir que uno puede tomar decisiones y llevar a cabo conductas por sí mismo. Y la *competencia* se refiere a la necesidad de sentir que los esfuerzos propios son efectivos y que uno es capaz de conseguir lo que se propone, es decir, autoeficacia.

En el caso de un nuevo residente, gracias a su motivación intrínseca luchará por conseguir esas metas, pero si el ambiente no es favorecedor esta motivación puede decaer produciendo a largo plazo insatisfacción. Estos autores basándose en otros estudios exponen que en las instituciones de personas mayores donde se permite la *autonomía* o el medio ambiente favorece

una regulación autodeterminada, los residentes son menos deprimidos, más satisfechos de su vida y dicen tener más vitalidad (O'connor y Vallerand, 1994, Vallerand y O'connor, 1989).

Por tanto, el sentimiento de autodeterminación y la autoeficacia percibida deben de ser dos factores a tener en cuenta en los planes de atención generales de los residentes, si se quiere prevenir o disminuir la dependencia. Hoy en día se aboga por este *empowerment (participación activa en sus decisiones)* evitando el exceso de ayuda del ambiente, causante de la dependencia aprendida.

En cuanto a lo funcional, para saber el nivel de capacidad de autodeterminación de una persona en determinadas tareas, lo primero es evaluarlas. Para ello unas de las mejores escalas son las de Barthel, de actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Con los resultados de estas escalas todo el personal puede conocer las capacidades perdidas y conservadas de cada residente. Se debe especificar su carácter temporal o permanente. Para las perdidas permanentes, el personal auxiliar se deberá hacer cargo; para las perdidas recuperables el personal ayudará en su justa medida al residente adaptándose al nivel de recuperación; y por último en las capacidades conservadas se deberá dejar total autonomía (excepto en actividades que supongan algún peligro que entonces se deberán supervisar).

En cuanto a lo psicológico propiamente dicho, la psicóloga desde sus programas sí motiva a los sujetos a que den sus ideas o propongan temas de interés para tratar en grupo. Pero sería bueno incluir algunas otras recomendaciones. Entre ellas:

- Ofrecer responsabilidades dentro del centro (pueden ser compartidas para fomentar también las relaciones): regar plantas, avisar de la hora de las comidas por megafonía, recoger y cambiar los baberos, cuidar de un pequeño huerto, actualizar el día del calendario, ayudar en las dificultades a su compañero de habitación, etc.

- Taller “Hoy enseño yo”: en cada sesión una persona del grupo enseña algo que sepa hacer al resto, puede estar relacionado con su anterior empleo o no. Se le dará tiempo para prepararlo ayudándole a conseguir lo necesario.
- Evitar las cosas impuestas, promoviendo el aumento de las opciones de elección (comidas, ropa, compañeros de habitación, actividades, forma de llamarle, etc).

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, R. G., & Bleizger, R. (1989). *Older Adult Friendship: structure and process.* Netbury Park, CA: Sage.

Adams, R. G., Blieszner, R., & de Vries, B. (2000). Definitions of friendship in the third age: age, gender, and study location effects. *Journal of Aging Studies* , 14 (1), 17-133.

AMTA. (2003). *Web de la American Music Therapy Association*. Recuperado el 10 de 01 de 2010, de http://www.musictherapy.org/

Anguiano Serrano, S., Vega Valero, C. Z., Nava Quiroz, C., & Soria Trujano, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcoholicos: en recuperación de un grupo de alcoholicos anónimos. *Liberabit , 16* (1), 17-26.

Bueno Aguado, Y. (s.f.). *Fundación Intras.* Recuperado el 27 de 12 de 2010, de htpp://www.intras.es

Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.* Madrid: Siglo XXI de España.

Carlson, D., & Vaughan, K. (1990). Close Friendships Among Senior Adults. *Psychology and Aging* , 5 (3), 451-457.

Castellví, E. (2007). *El taller de la risa. Guía Practica para organizar un taller de risoterapia.* Barcelona: ALBA Editorial.

Christian, R., Ramos, J., Susanibar, C., & Balarezo, G. (2004). Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna , 17* (2).

Deci, E. L., & Ryan, R. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry , 11* (4), 227-268.

Delgado Losada, M. L. (2001). Intervención psícosocial en residencias para personas mayores. *Cuadernos de Trabajo Social* (14), 323-339.

EUROSTAT. (2001). *Database. Population and social conditions. Population. Census. National level census 2001 round*. Recuperado el 22 de 11 de 2010, de ec.europa.eu/eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez: una psicogeorntología aplicada.* Madrid: Ediciones Pirámide.

Franco Martín, M. A., Orihuela, T., Bueno, Y., & Cid, T. (2000). *Programa Gradior.Programa de evaluación y rehabilitación cognitiva por ordenador.* INTRAS.

IMSERSO. (2007). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores: Encuesta 2006.* Madrid: IMSERSO.

IMSERSO. (2002). *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve.* Madrid: IMSERSO.

IMSERSO. (2005). *Las personas mayores en España: Informe 2004.* Madrid: IMSERSO.

Izal, M., & Montorio, I. (2006). *Gerontología conductual: Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (Vol. 2). Madrid: Editorial Síntesis.

Kelly, J. A. (1998). *Entrenamiento de las habilidades sociales: guia practica para intervenciones* (5ª ed. ed.). (S. d. Viso, Trad.) Bilbao: Desclée de Brouwer D.L.

La Caixa. (2000). *Guia pràctica de reminiscència.* Barcelona: Fundación "La Caixa".

Lafuente et al., C. (2005). La influencia de la red social en la salud mental de las personas. *Gaceta Sanitaria , 2* (18), 83-91.

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., & Día, J. (1999). Revalidación y normalización del mini-examen cognoscitivo (primera versión en castellano del MMSE) en población general geriátrica. *Medicina Clínica , 20* (7), 67-74.

López, F. (2009). *Amores y desamores: procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos.* Madrid: Biblioteca Nueva.

López, F., y Olazábal, J. C. (2005). *Sexualidad y afecto en la vejez.* Madrid: Pirámide.

Menéndez, M., & San José, A. (1995). *Valoración geriátrica funcional: instrumentos de evaluación funcional y sistema de información para centros asistenciales.* Madrid: Fundación Caja de Madrid.

Mestre Escrivá, V., Frías Navarro, M. D., & Samper Gracía, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema , 16* (2), 255-260.

Otero Puime, A., Zunzunegui Pastor, M. V., Béland, F., Rodríguez Laso, A., y García de Yébenes, M. J. (2006). *Documentos de trabajo* . Bilbao: Fundación BBVA.

Pérez Escoda, N., Filella Guiu, G., & Soldevila Benet, A. (2010). Competencia emocional y habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción , 34*.

Zamarrón Cassinello, M., & Fernéndez-Ballesteros, R. (2000). Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* (35), 17-29.