

ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026



***EUREKA***  
***Revista de***  
***Investigación***  
***Científica en***  
***Psicología***

**Órgano Oficial de**  
**Comunicación**  
**Científica**  
**del CDID**

***EUREKA***  
***Monográfico***  
***Vol. 16, N°***

***M "SME", 2019***  
***De la Universidad***  
***de Guanajuato***

UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO



***Proyecto CDID "Centro***  
***de Documentación,***  
***Investigación***  
***y Difusión de Psicología***  
***Científica"***

***Cátedras de Métodos***  
***Científicos y***  
***Cuantitativos en***  
***Psicología.***

***Carrera de Psicología***  
***FFCH-UC***





**Órgano Oficial de Comunicación Científica del CDID**  
CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”  
Cátedras de Métodos Científicos y Cuantitativos en Psicología  
Carrera de Psicología-FFCH.UC

## Identidad

Editada por el **CDID**, semestralmente, en versión digital, [www.psicoeureka.com.py](http://www.psicoeureka.com.py)

Recibe en forma continua artículos para su evaluación durante todo el año. El corte de edición para el primer N° semestral es el 30 de Abril; para el segundo semestre, el 30 de Setiembre.

EUREKA, busca brindar mayor visibilidad a la producción científica de todas las áreas de la Psicología como ciencia, disciplina y profesión. Correspondencia, intercambio y colaboraciones se reciben en la Oficina Editorial, **CDID**, por correo electrónico a [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o a [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py).

Los trabajos presentados para su posible publicación, de preferencia, deberán ser originales e inéditos, estarán sujetos a la programación de la revista y a la evaluación por arbitraje.

Indizada al Catálogo de Latindex, Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal y LILACS, BVS-ULAPSI, Biblioteca Virtual de Salud de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología, PEPSIC y Plataforma “e-Revistas” de la Agencia Estatal Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España. Y [Web of Science](http://Web of Science). [Thomson Reuters](http://Thomson Reuters).

### **REVISTA EUREKA/CDID**

Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente.

Los derechos son reservados a EUREKA y, el/la/los/las autores/ras deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación citando a EUREKA como fuente original. Es responsabilidad del autor/res la declaración de autoría, los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos. En dichos ámbitos, para efectos legales y éticos, se adopta como propios los Principios del Código de Ética de la APA a los que deberán adherirse los que sometan artículos para valoración, la Revista no asume responsabilidad en casos de incumplimiento de aquellos.

Open access on line: [www.psicoeureka.com.py](http://www.psicoeureka.com.py).

El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia [Creative Commons](http://Creative Commons), modalidad 4. Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.



Revista Eureka | Esta obra está bajo una licencia [Creative Commons](http://Creative Commons)

Consultas y sugerencias: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o a [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py).

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)  
ISSN 2218-0559 (CD-R) E-ISSN 2220-9026



UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO



Eureka

Revista Científica de Psicología

Órgano Oficial de Comunicación Científica del  
CDID "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica"  
Cátedras de Métodos Científicos y Cuantitativos en Psicología  
Carrera de Psicología-FFCH.UC

## ***EUREKA N° Monográfico: "Salud Mental y Envejecimiento"***

### **Editora General**

Dra. Norma B. Coppari (M.S., M.E.)

### **Comité Científico Dictaminador**

Dr. Eloy Maya Pérez  
Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto  
Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda  
Dra. Norma Elvira Moreno Pérez  
Dr. Saúl Sánchez López  
Dra. Isaura Arreguin Arreguin  
Dra. María de Jesús Jiménez González  
Dr. Ramón Chaverry Soto  
Dr. Tomás Israel Franco Ramírez  
Dra. Perla Shiomara del Carpio Ovando  
Dr. César Roberto Avendaño Amador  
Dra. Alejandra Alicia Silva Moreno  
Dra. Marcela Ortega Jiménez  
Dra. Marisol Silva Vera  
Dr. Edgardo Ruiz Carrillo  
Dr. Rubén Molina Sánchez  
Dra. Ana Luisa González Celis  
Dra. Dení Stincer Gómez  
Dr. Luis Enrique Ferro Vidal

### **Correctora de Estilo Español/Ingles**

Dra. Norma Coppari (MS., ME)-Monica Vera

### **Responsable Web Master**

Jesús Ayala

Open access on line: [www.psicoeureka.com.py](http://www.psicoeureka.com.py).

El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), modalidad 4. Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.



Revista Eureka| Esta obra está bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Consultas y sugerencias: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com), o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py).

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)  
ISSN 2218-0559 (CD-R) E-ISSN 2220-9026



### Órgano Oficial de Comunicación Científica del CDID

Proyecto CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”  
Cátedras de Métodos Científicos y Cuantitativos en Psicología. Carrera de Psicología-FFCH-UC

## Consejo Editorial

### Editora General

Dra. Norma B. Coppari (M.S., M.E.)

### Consejo Nacional de Consultores Editores: Categoría Profesionales

Lic. Maria Celeste Airaldi-Clinica SENSORIUM-C.del Este  
Máster Mercedes Argaña-Universidad Católica de Asunción  
Magíster Montserrat Armele-Universidad Católica de Asunción  
Lic. Laura Bagnoli- Universidad Católica de Asunción  
Lic. Mónica Britos-Universidad Nacional de Asunción  
Lic. Lorena E. Céspedes-Universidad Católica de Asunción  
Lic. Geronimo Codas- Universidad Católica de Asunción  
MAE Alberto Coronel-Universidad Católica de Asunción  
Lic. Bettina Cuevas-Universidad Americana de Asunción  
Lic. Oscar Gaona-Universidad Nacional de Asunción  
Lic. José Jiménez-Sociedad Paraguaya de Psicología  
Lic. Franca La Carruba-Sociedad Paraguaya de Psicología  
Lic. Diana S. Lesme-Universidad Católica de Asunción  
Lic. Paula Maidana- Universidad Católica de Asunción  
Lic. Marta Martínez-Universidad Católica de Asunción  
Dra. Tania Mendes de Oxilia-Universidad Católica de Asunción  
Lic. Enrique Morosini- Universidad Nacional de Asunción  
Magíster Joanna Muñoz-Universidad Autónoma de Asunción  
Lic. Nicolás Netto- Universidad Católica de Asunción  
Master Antonio Samaniego Pinho- Universidad Nacional de Asunción  
Magíster Irina Smiliansky-Universidad Católica de Asunción

### Responsible Web Master

Jesús Ayala

Open access on line: [www.psicoeureka.com.py](http://www.psicoeureka.com.py).

El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), modalidad 4. Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.



Revista Eureka | Esta obra está bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Consultas y sugerencias: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py).

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)  
ISSN 2218-0559 (CD-R)  
E-ISSN 2220-9026



**Órgano Oficial de Comunicación Científica del CDID**  
**Proyecto CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”**  
 Cátedras de Métodos Científicos y Cuantitativos en Psicología. *Carrera de Psicología-FFCH-UC*

### Consejo Internacional de Editores

#### Consejo Internacional de Consultores Editores, Categoría Profesionales

- Rubén Ardila Ph.D – Universidad Nacional de Colombia  
 Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte – FES Zaragoza, Universidad Autónoma de México  
 Mag. Sara Becerra Flores – Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú  
 Dra. Ana Borgobello-Universidad del Rosario, Argentina  
 Dr. Julio Cesar Carozzo Campos- Universidad Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú.  
 Dr. Tomas Caycho - Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Perú  
 Dra. Dora Patricia Celis-UACA, Universidad Autónoma de Centro América  
 Dr. Alberto E. Cobián Mena – Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba  
 Dra. Cristina Di Domenico – Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina  
 Dr. Rolando Diaz Loving – Universidad Autónoma de México  
 Dr. Justo Reinaldo Fabelo Roche – Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba  
 Luis Flórez Alarcón Ph.D – Universidad Nacional de Colombia  
 Maestra Maria del Rocío Gonzalez Siller – Universidad Autónoma de México  
 Dra. Maria del Pilar Grazioso - Universidad del Valle de Guatemala  
 Dra. Katherine Herazo- Universidad Autónoma de México  
 Dr. Antonio Hernández Fernández – Universidad de Jaén de España  
 Dra. Ana Maria Jacó-Vilela - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
 Dr. Hugo Klappenbach – Universidad de San Luis, Argentina  
 Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo – Universidad Autónoma de México  
 Dr. Florente López – Universidad Autónoma de México  
 M.D. Ana Gabriela Magallanes Rodríguez – Universidad Autónoma de B.C., México  
 Dra. Maria Regina Maluf- Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil  
 Dr. Francisco Morales Calatayud – Universidad de La Habana, Cuba  
 Andrés M. Pérez-Acosta, PhD-Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia  
 Dra. Silvia Pugliese-Universidad Nacional de Rosario, Argentina  
 Maestro Leonardo Reynoso Erazo – FES Iztacala, Universidad Autónoma de México  
 Magister Claudio Rojas Jara-Universidad Católica del Maule, Chile  
 Dr. Enrique Saforcada – Universidad de Buenos Aires, Argentina  
 Juan José Sánchez Sosa Ph.D – Universidad Autónoma de México  
 Dr. Arturo Silva – Universidad Autónoma de México  
 MSc. Isidoro A. Solernou Mesa – Universidad de las Ciencias Médicas de La Habana, Cuba  
 Maestra PS Maria del Carmen Solorzano – Universidad de Ixtlahuaca, Estado de México  
 Dr. Alfonso Urzúa – Universidad Católica del Norte de Chile  
 Dra. Maria Alexandra Vuyk -Universidad de Kansas.

#### Correctora de Estilo Español/Ingles

Lic. Monica Vera

Open access on line: [www.psicoeureka.com.py](http://www.psicoeureka.com.py).

El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), modalidad 4. Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.



Revista Eureka| Esta obra está bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Consultas y sugerencias: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com), o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py).

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)  
 ISSN 2218-0559 (CD-R)- E-ISSN 2220-9026



## INDICE

### Prologo

Dra. María de Jesús Jiménez González. ....pp.0-5

### Editorial

Norma B. Coppari. ....pp.6-7

### Artículos Originales:

Caracterización de la sintomatología depresiva en adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Celaya. **Autores:** Eloy Maya Pérez, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto y Marcela Ortega Jiménez. Universidad de Guanajuato, México. ....pp.8-27

Manejo de la incertidumbre en la paciente adulta joven en el área de tococirugía. **Autores:** EEMQ. Fátima Rivera-Ramírez, MCE. Maritza Lizeth Cárdenas-Rodríguez, MCE. María Esther Patiño-López y Dr. Eloy Maya-Pérez, Universidad de Guanajuato, Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, México. ....pp.28-40

Intervención de musicoterapia en la memoria de corto plazo del adulto mayor sin deterioro cognitivo. **Autores:** Pamela Ivonne Gutiérrez Carrillo, Dra. María de Jesús Jiménez González, Josep Jofré Fradera, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez y Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto. Universidad Autónoma de Sinaloa, México y Universidad de Guanajuato, México. ....pp. 41-58

El efecto de una intervención educativa de enfermería sobre la intolerancia a la incertidumbre en la edad avanzada. **Autores:** Gretel Alexandra García Morán, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez y Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda. Universidad Autónoma de Sinaloa y Universidad de Guanajuato, México. ....pp.59-71

Efecto de una intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento en adultos de edad media. **Autores:** Ana Laura Carrillo Cervantes, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez, Dr. Héctor Daniel Vega Macías, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto, María de Jesús Jiménez González y María de los Ángeles Villareal Reyna. Universidad Autónoma de Coahuila, México y Universidad de Guanajuato, México. ....pp. 72-89

Deterioro cognitivo e independencia del adulto mayor en el centro de México. **Autores:** Alejandra Alicia Silva Moreno, Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda, Vicente Beltrán Campos y Dra. Marisol Silva Vera. Universidad de Guanajuato, México. ....pp. 90-103

### Artículos Teóricos y Estudio de Casos:

Intervención con terapia de arte para disminuir las resistencias en el proceso psicoterapéutico, en paciente con diagnóstico de agorafobia. **Autores:** Erick Nayib Martín Lemus García, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto, Victoria Karimme Ramírez Martínez, Lic. Francisca del Carmen Junco Méndez y Dra. Marcela Ortega Jiménez, Universidad de Guanajuato, México. ....pp.104-118

¿Psicología sin palabras? Reseña del uso de la energía sonora en la musicoterapia de Rolando Benenzon. **Autores:** Fernanda Alexa Jamaica Razo, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto y Dra. María de Jesús Jiménez González, Universidad de Guanajuato, México.....pp.119-136

El héroe oscuro y el antihéroe de novela gráfica: Modelos éticos para los adolescentes en la complejidad contemporánea. **Autores:** David Adrián Rico Rivera, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto, Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda, Universidad de Guanajuato, México.....pp.137-158

Neurobiología y neuroquímica de la conducta impulsiva. **Autores:** Maritza Lizeth Cárdenas-Rodríguez, Dr. Vicente Beltrán-Campos, Dra. María de Lourdes García Campos, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez y Dra. Sandra Nelly Jiménez García, Universidad de Guanajuato, México. ....pp.159-177

Pre-comprensión fenomenológica del duelo y muerte en el adulto mayor: reflexión para el cuidado enfermero. **Autores:** Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda, Teresa Castañeda Flores, María de Jesús Jiménez González y Tânia Maria de Oliva Menezes. - Universidad de Guanajuato, México - Hospital General Rincón de Romos, México - Universidade Federal da Bahia, Brasil. ....pp.178-200

Cuidados psicossociais e espirituais da enfermeira ao idoso com demência que vive em instituição de longa permanências: algumas reflexões. **Autores:** Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes, Adriana Valéria da Silva Freitas y Raúl Fernando Guerrero Castañeda. Universidade Federal da Bahia, Brasil y Universidad de Guanajuato, México.....pp.201-216

Política Editorial.....pp.217-222



## INDEX

### Foreword

Dra. María de Jesús Jiménez González. ....pp.0-5

### Editorial

Norma B. Coppari. ....pp.6-7

### Original Papers:

**Characterization of depressive symptomatology in non-institutionalized adults of the city of Celaya. Researcher: Autores:** Dr. Eloy Maya Pérez, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto y Marcela Ortega Jiménez. Universidad de Guanajuato, México. ....pp. 8-27

**Uncertainty management in the young adult patient in the area of toco-surgery. Researcher:** EEMQ. Fátima Rivera-Ramírez, MCE. Maritza Lizeth Cárdenas-Rodríguez, MCE. María Esther Patiño-López y Dr. Eloy Maya-Pérez, Universidad de Guanajuato, Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, México. ....pp. 28-40

**Music therapy intervention in the short-term memory of elderly without cognitive impairment. Researcher:** Pamela Ivonne Gutiérrez Carrillo, Dra. María de Jesús Jiménez González, Josep Jofré Fradera, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez y Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto. Universidad Autónoma de Sinaloa, México y Universidad de Guanajuato, México. .... pp. 41-58

**The effect of an educational nursing intervention on intolerance to uncertainty in old age. Researcher:** Gretel Alexandra García Morán, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez y Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda. Universidad Autónoma de Sinaloa y Universidad de Guanajuato, México. .... pp. 59-71

**Effect of a psycho-educational intervention on ineffective responses of adaptation to the aging process in middle-aged adults. Researcher:** Ana Laura Carrillo Cervantes, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez, Dr. Héctor Daniel Vega Macías, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto, María de Jesús Jiménez González y María de los Ángeles Villareal Reyna. Universidad Autónoma de Coahuila, México y Universidad de Guanajuato, México. .... pp. 72-89

**Cognitive impairment and independence in older adults in central México. Researcher:** Alejandra Alicia Silva Moreno, Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda, Vicente Beltrán Campos y Dra. Marisol Silva Vera. Universidad de Guanajuato, México. .... pp. 90-103

### Theoretical Articles and Case Study:

**Intervention with art-therapy to reduce the resistances in the psychotherapeutic process, in a patient diagnosed with agoraphobia. Researcher:** Erick Nayib Martín Lemus García, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto, Victoria Karimme Ramírez Martínez, Lic. Francisca del Carmen Junco Méndez y Dra. Marcela Ortega Jiménez, Universidad de Guanajuato, México. ....pp.104-118

**Psychology without words? Review of the use of sound energy in rolando benenzon's musicotherapy. Researcher:** Fernanda Alexa Jamaica Razo, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto y Dra. María de Jesús Jiménez González, Universidad de Guanajuato, México. ....pp.119-136

**The graphic novel's dark hero and antihero: ethical models for the adolescents in contemporary complexity. Researcher:** David Adrián Rico Rivera, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto, Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda, Universidad de Guanajuato, México. .... pp.137-158

**Neurobiology and neurochemistry of impulsive behavior. Researcher:** Maritza Lizeth Cárdenas-Rodríguez, Dr. Vicente Beltrán-Campos, Dra. María de Lourdes García Campos, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez y Dra. Sandra Nelly Jiménez García, Universidad de Guanajuato, México. .... pp.159-177

**Phenomenological pre-understanding of grief and death in the elderly: reflection for care. Researcher:** Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda, Teresa Castañeda Flores, María de Jesús Jiménez González y Tânia Maria de Oliva Menezes. Universidad de Guanajuato, México - Hospital General Rincón de Romos, México - Universidade Federal da Bahia, Brasil. .... pp.178-200

**Psychosocial and spiritual care of the nurse to the elderly with dementia living in homes for the aged: some reflections. Researcher:** Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes, Adriana Valéria da Silva Freitas y Raúl Fernando Guerrero Castañeda. Universidade Federal da Bahia, Brasil y Universidad de Guanajuato, México. .... pp.201-216

**Editorial Policy** .....pp.217-222



## PROLOGO

La situación sociocultural y política de Latinoamérica, y particularmente en México, se encuentran en un punto en el que es indispensable la intervención de los profesionales de la salud. Particularmente, coexisten dos fenómenos en los que se requiere la investigación e intervención clínica urgentemente: La salud mental (mantenimiento, promoción y recuperación) y el envejecimiento. Este último se alinea a la temática de “Viaje hacia la igualdad de edad” como parte de la agenda de la Organización de las Naciones Unidas en el marco del día internacional de las personas de edad.

El número monográfico sobre **Salud mental y Envejecimiento** de *Eureka. Revista Científica de Psicología* es un referente del trabajo realizado en la Universidad de Guanajuato en torno a estos temas, articulando dichos ejes temáticos en investigaciones, reseñas, revisiones bibliográficas y estudios de caso que muestran las experiencias y saberes de un grupo de profesores que conforman el Cuerpo Académico de “Cuidado al final de la vida” de dicha universidad. El grupo está conformado por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que dirigen su trabajo en la búsqueda de resoluciones a las problemáticas y necesidades que la sociedad le plantea al sujeto en sus distintas etapas de desarrollo, lo cual resalta la pertinencia del conocimiento científico que produce.

Además de visibilizar lo que se realiza en la Universidad de Guanajuato, los textos aportan a la comunicación inter y transdisciplinaria en estudios de salud mental y permiten que los psicólogos en formación, cuenten con información que les permita comprender un poco mejor, aspectos que desde una sola visión teórica resultaría sesgada e insuficiente, ante la complejidad del mundo contemporáneo. Por ello, los invitamos a explorar los artículos que se presentan para crear un entorno de discusión y análisis sobre una realidad que no es ajena al resto de los países latinoamericanos.

Dra. María de Jesús Jiménez González



## Editorial

En agosto de 2018 tuve el honor y la satisfacción de realizar una **Estancia académica en la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra** como invitada especial, conferencista y consultora en reuniones de trabajo para trazar líneas de proyectos de investigación y difusión científica.

En el marco de ese intercambio dicte el Conversatorio “Experiencias de formación en redes de investigación” del cual participaron académicos, investigadores, tesistas, alumnos y profesores de tiempo completo, miembros del cuerpo académico “Cuidado al final de la vida”; en el cual se expusieron temas relacionados con la formación de investigadores, así como el fomento a la investigación dentro de las licenciaturas que el Campus ofrece. Asimismo, se realizó una breve descripción de la evolución del cuerpo académico, los productos realizados en los últimos años, y de los intereses en materia de investigación, actividades sobre las que brinde consultoría para la consolidación de los proyectos del cuerpo académico.

En mi carácter de Editora de la Revista EUREKA, recepcione el pedido e interés para formalizar un proyecto de difusión de los mejores trabajos elaborados por los miembros del Cuerpo Académico, los alumnos adscritos al CAP y los docentes de la licenciatura en psicología clínica. A partir de ese momento nos constituimos en un equipo de trabajo que tenía como propósito generar una edición especial de los estudios realizados por el cuerpo académico “Cuidado al final de la vida”. Los intercambios y la sostenida vinculación durante todo el 2019 permitieron el crecimiento, construcción y consolidación del Numero Monográfico de la Revista EUREKA “**Salud Mental y Envejecimiento**”, que hoy nos honra presentar a nuestros lectores.



Esta es la tercera experiencia de edición de números monográficos encargados a la Revista EUREKA, lo que nos ratifica en la labor y compromiso con una Psicología Latinoamericana empoderada en sus valores, promoviendo diálogos e intercambios, buscando la construcción colectiva para la promoción de derechos y el buen vivir, promoviendo la diversidad, a través del encuentro académico, científico y profesional, la reflexión crítica, el debate y análisis permanente, de las problemáticas inherentes a la psicología como ciencia y profesión en América Latina. Este Monográfico es un ejemplo, donde se comparten preocupaciones sobre las necesidades que nos afectan en la región, no solo en México, conjuga, además de lo académico, logros, reclamos y luchas; de pertenencia, de respeto a las identidades, y sobre todo, la construcción conjunta de alternativas de cambio para los procesos tan dramáticos que se están viviendo en nuestros países, en torno al problema de la salud y la calidad de vida de adultos mayores, y la búsqueda de respuestas que se espera nos dé una Psicología comprometida con estas realidades de vulnerabilidad.

La diversidad para una construcción colectiva de la Psicología se expresa en el índice de temas de este número Monográfico de la Revista EUREKA Vol. 16, **M**, 2019 con contribuciones tan significativas como actuales. Se presentan 12 artículos, 6 originales y 6 teóricos y de estudios de caso. Expresamos nuestra gratitud y reconocimiento a todos los que hicieron posible que EUREKA *Monográfico*, “Salud Mental y Envejecimiento” siga siendo una construcción latinoamericana de identidades propias y diversidades en respetuosa convivencia, muy especialmente, a la Dra. María de Jesús Jiménez González, el Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto y el Dr. Eloy Maya Pérez, quienes se constituyeron en el comité organizador.

El equipo editor ratifica la RST que representa esta labor de difusión científica universitaria (RSU), con la misión en pro de la formación temprana de los jóvenes en la investigación como recurso, no solo para conocer las problemáticas, sino para probar nuevas alternativas de cambio y empoderamiento para los grupos más vulnerables de nuestra América.

LA EDITORA EureKa



## “CARACTERIZACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE CELAYA”

“CHARACTERIZATION OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN NON-INSTITUTIONALIZED ADULTS OF THE CITY OF CELAYA”

Dr. Eloy Maya Pérez<sup>1</sup>, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto<sup>2</sup>, Dra. Marcela Ortega Jiménez<sup>3</sup>  
Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>4</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 30/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

### Resumen

El estudio de los síntomas depresivos y su relación con los adultos mayores se ha orientado tanto las intervenciones como a la producción de teoría sobre el envejecimiento en psicología. Se realizó un estudio descriptivo transversal con un grupo de 204 adultos mayores a quienes se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de 20 reactivos con la intención de describir los síntomas depresivos mayormente percibidos. Para facilitar el análisis se recurrió al modelo desarrollado por Aguilera, Carreño y Juárez (2004) de cuatro factores basados en el modelo original de Radloff. Los resultados muestran prevalencia alta de síntomas depresivos orientados hacia el afecto negativo más que hacia el factor afecto positivo, el factor relación interpersonal y el factor asociado a la corporeidad. Finalmente, se vincularon los resultados con la presencia de síntomas depresivos como la anhedonia, la disforia, el pensamiento trágico y la ideación suicida.

**Palabras clave:** *Adultos mayores, sintomatología depresiva, escala CES-D, salud mental*

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.  
[elmayape@gmail.com](mailto:elmayape@gmail.com)

<sup>2</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México

<sup>3</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México

<sup>4</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

Depression is perhaps the most common cause of emotional distress and significantly decreases quality of life in older adults. A descriptive study was conducted with a group of 204 older adults from the city of Celaya, Guanajuato, Mexico, who were given the Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies (CES-D) of 20 reagents with the intention of describing depressive symptoms mostly perceived. To facilitate the analysis, the model developed by Aguilera, Carreño and Juárez (2004) of four factors based on the original Radloff model was used; the results show the high prevalence of depressive symptoms oriented towards negative affection rather than the positive affection factor, the interpersonal relationship factor and the factor associated with corporeity. Finally, the results were linked to the presence of depressive symptoms such as anhedonia, dysphoria, tragic thinking and suicidal ideation.

**Keywords:** *Older adults, depressive symptomatology, CES-D scale, mental health*

## INTRODUCCIÓN

Junto con el incremento a nivel mundial de la población adulta mayor han aumentado sus problemáticas de salud. Las afecciones a la salud en los adultos mayores (AM) se entienden como parte del proceso natural de envejecer, vinculadas con cambios progresivos a nivel orgánico además de estar asociadas con la condición de debilidad, vulnerabilidad física y riesgos de enfermedad y muerte. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) la vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas y que se denominan *síndromes geriátricos que por lo general son consecuencia de múltiples factores como la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión.*

El estudio de los síntomas depresivos y su relación con los AM ha incrementado en diversas disciplinas, interesándose en el desarrollo de conocimientos que facilitan tanto las intervenciones como la producción de teoría sobre el envejecimiento desde la psicología. Además del interés por la atención a la salud física de los AM, la búsqueda de estrategias de acción para la comprensión, prevención, promoción e intervención a la salud mental también se ha convertido en parte de las necesidades actuales de atención.

Las enfermedades mentales plantean un reto particularmente complejo: a pesar de su visibilidad cada vez mayor en la comunidad mundial de la salud y el desarrollo, la estigmatización estructural generalizada, las prácticas y los marcos desactualizados, así como la fragmentación organizativa, afectan a la capacidad de evaluar, priorizar e invertir adecuadamente en las enfermedades mentales, y de responder a ellas en proporción a la carga, en paridad con la salud física y de acuerdo con la evidencia sobre su eficacia y costo-efectividad (PAHO, 2018).

Entre los padecimientos mentales con mayor incidencia en las personas de la tercera edad está la depresión, que de acuerdo con De los Santos y Carmona (2018), la aparición de depresión en AM está relacionada con factores como la edad, la escolaridad, el estado civil, el nivel de somatización, la ocupación y las actividades sociales. La presencia de síntomas depresivos en la vejez se asocia a una mayor incapacidad para realizar actividades de la vida diaria y peores índices de calidad de vida con comorbilidad, mayor uso de medicamentos, mayor número de eventos estresantes de la vida, mayor mortalidad, peor salud autopercebida y menor soporte social percibido (Blazer, 2012), y también afecta a los comportamientos en salud y las actividades de la vida diaria.

La elección de un instrumento de medición que facilite la evaluación de la depresión en adultos mayores no es una tarea sencilla. Salinas, Manrique, Acosta, Téllez, Franco, Gutiérrez y Sosa (2013), afirman que a pesar del impacto que la depresión tiene en múltiples esferas de la vida de las personas su medición en grupos poblacionales grandes no siempre es factible dado que la consideración mayor para su identificación y diagnóstico es la evaluación clínica que puede resultar larga y costosa.

En la opinión de Bojórquez y Salgado (2009) los instrumentos utilizados para la evaluación de la depresión incluyen aquellos que permiten evaluar la prevalencia de casos de episodio depresivo de acuerdo con criterios diagnósticos, y los que evalúan síntomas depresivos (SD). Al respecto, Sánchez, García, García, Gutiérrez, Narváez y Juárez (2014) señalan que existen diversos instrumentos que son de utilidad para el tamizaje y mediante los cuales es posible identificar síntomas clínicamente significativos de presencia de depresión.

Entre ellos se encuentra la versión original de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), desarrollada para estimar la prevalencia de síntomas depresivos en población general; Aguilera, Carreño y Juárez (2004) afirman que diversos estudios informan de sus características psicométricas; un criterio de su validez ha sido su sensibilidad para discriminar entre muestras de la población general y la clínica, y entre muestras con diferentes diagnósticos.

Reyes, Soto, Milla, García, Hubard, Mendoza, Mejía, García y Wagner (2003) y Caraveo y Mas (1990) coinciden en que durante el proceso de atención de primer nivel en México se pasa por alto o bien se omite la evaluación de la sintomatología depresiva; al respecto Wagner, Gallo y Delva (1999) sugiere que las fallas en cuanto a su detección oportuna y atención adecuada, ocasionan serias consecuencias a la salud pública, como sufrimiento innecesario, discapacidad, necesidad de cuidados por parte de terceros, y otros padecimientos derivados. En el estudio realizado por *Salinas et. al. (2013) en Cuernavaca, Morelos, México afirman que la versión abreviada del CES-D puede ser utilizada como una prueba de tamizaje para identificar casos probables de adultos mayores con síntomas depresivos clínicamente significativos.*

La versión revisada del CES-D, creada por Eaton y colaboradores (1998), ha sido adaptada para población de AM mexicanos por Reyes, *et.al.* (2003) a la que después de la adaptación señalan que la escala presenta una congruencia interna alta. Sánchez *et. al.*, (2014) aseguran que existe correspondencia de ítems entre la escala y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana cuarta edición (DSM-IV); como se señala en la tabla 1, las dimensiones que conforman la versión revisada del CES-D son: estado de ánimo deprimido (disforia), disminución de placer (anhedonia), cambio drástico de peso (apetito), problemas con sueño, agitación / retardo psicomotor, fatiga, culpa excesiva o inapropiada, pensamiento, ideación suicida y amigos, ocupación familia (social).

Tabla 1

Ítems de la versión revisada (35 ítems) y reducida del CES-D (20 ítems).

Dimensiones del DSM-IV	Versión revisada CES-D
Estado de ánimo deprimido (disforia)	2, 4, 6, 21, 24, 26, 27, 32, 34
Disminución de placer (anhedonia)	8, 10, 31, 33
Cambio drástico de peso (apetito)	1, 18
Problemas de sueño	5, 11, 19
Agitación/ retardo psicomotor	12, 13
Fatiga	7, 16, 23
Culpa excesiva o inapropiada	9, 17, 22, 25
Pensamiento (distimia)	3, 20
Ideación suicida	14, 15
Amigos, ocupación familia (social)	28, 29, 30, 35

Tomada de Sánchez, *et.al.* (2014)

En este sentido el mismo Wagner, *et. al.* (2012), en un trabajo posterior, introduce a esta discusión las demandas y necesidades de salud de los adultos mayores relacionadas con la salud mental debido a la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud.

Al respecto Sánchez, Juárez, Gallegos, Gallo, Wagner y García (2012) afirman que en México existe una carencia de datos o éstos resultan inconsistentes respecto a la prevalencia de depresión en AM y sólo recientemente se han desarrollado estudios con mediciones específicas para esta población. Estudios como el de Rivera, Benito y Pazzi (2015) reportan que la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores en Ciudad Victoria resulta excesivamente alta para la población de 60 años o más; en relación con esto, Flores, Ramírez y Trejo (2016) hallaron en un estudio realizado en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, que la prevalencia de la depresión en un grupo de AM fue mayor en las mujeres con relación al grupo etario de 60-69 seguido de los AM de 90 años.

Este hallazgo coincide con otras investigaciones en las se evidencia la relación entre ser mujer y factores psicosociales asociados con la presencia de depresión (Franco, Fernández y Astudillo, 2018). Cordero, García, Flores, Báez, Torres y Zenteno (2014) encontraron en una investigación realizada en una comunidad rural del estado de Puebla, México, que existe correlación positiva tanto en la edad como en el sexo de adultos mayores con la sintomatología depresiva.

El caso del estado Guanajuato la situación de los AM no es muy distinta del resto de nuestro país. Vega, Moreno y Carrillo (2015), afirman que, en su mayoría, este grupo de población vive en una situación de alta vulnerabilidad social. Montes de Oca y Hebrero (2018) afirma que Guanajuato los contrastes entre la vida urbana y rural de las personas AM son muy grandes y significativos. De acuerdo con la Encuesta Estatal para Personas Adultas Mayores de Guanajuato (EEPAM-Gto), los guanajuatenses con 50 años y más reportaron una salud mental que concentra sus valores en el centro y superiores lo que indica que la gran mayoría tiene sensaciones de paz, felicidad y calma. Sin embargo, sobre la salud, hay muchos aspectos que escapan a su profundización desde una perspectiva integral que no sólo de cuenta de la morbilidad sino también de la salud mental y emocional.

El propósito de este estudio es aportar conocimiento para la comprensión de los procesos psicológicos de los AM; por lo que se propuso determinar la presencia y características de síntomas depresivos clínicamente significativos mediante la escala CES-D en AM no institucionalizados (se retoma la noción de no institucionalizados que Maya, Hernández, Vargas y Guzmán (2018) definen como referencia a AM que viven de forma independiente o mantienen relaciones familiares con sus hijos o algún miembro de su familia extensa, haciendo hincapié en que no dependían física, emocional, funcionalmente de la familia o de sus cuidadores) de la Ciudad de Celaya, Guanajuato, México.

## MÉTODO

### Participantes

Se aplicó la escala CES-D a 204 adultos mayores de la ciudad de Celaya, Guanajuato, México. La muestra estuvo compuesta por 143 mujeres adultas mayores equivalente al 70.09% de la muestra y 61 hombres que fue el 29.91% restante.

Cabe destacar que todos los AM participantes fueron no institucionalizados. Dentro de los criterios de inclusión se consideró a AM:

- De 60 años en adelante que, independientemente de su género, aceptaran participar
- Fueran AM no institucionalizados que no dependieran de sus cuidadores para poder tomar decisiones o compartir información fidedigna sobre sí mismos
- No tuvieran demencias o claras manifestaciones de problemas cognitivos, de memoria, de lenguaje, etc.
- Que no vivieran en situación de calle o sin un domicilio específico,

### Instrumentos

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D fue desarrollada por Leonore Radloff en 1977 como un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología. González, Wagner y Tapia (2012) agregan que es un instrumento de evaluación para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana. Sánchez, *et .al.* (2012) afirman que CES-D ha sido es una de las escalas más utilizadas a nivel mundial para el tamizaje de los trastornos depresivos en ancianos. Riquelme, Buendía y López (2006), la describe de forma general, señalando que la selección general de ítem se realizó a partir de diversas fuentes y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva. Es una escala Likert, compuesta por 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican frecuencia y/o intensidad.

El CES–D consta de 20 reactivos que describen manifestaciones sintomáticas depresivas en las áreas antes mencionadas. Se pregunta al entrevistado cuántos días en la última semana ha presentado esos síntomas, teniendo como opciones de respuesta ningún día, de uno a tres días, de cuatro a seis días o todos los días. Los ítems se califican como 0, 1, 2 o 3 y están formulados en sentido negativo, excepto cuatro de ellos que lo están en sentido positivo (4, 8, 12 y 16). Las respuestas se suman para obtener la puntuación total en el instrumento donde una mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas depresivos (Bojórquez y Salgado, 2009).

## **Procedimiento**

Se realizó un estudio descriptivo transversal con la intención de describir tanto la frecuencia como las características de salud mental a través del análisis de los síntomas depresivos de la muestra de AM. Los datos se recolectaron a través del muestreo en cadena. Las escalas se aplicaron tanto en la casa de los participantes como en espacios diversos de convivencia –iglesia, centro de salud, etc., junto con la aplicación de las escalas se solicitó llenaran el consentimiento informado; la aplicación se llevó a cabo por alumnos de la Licenciatura en Psicología Clínica de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos con la aplicación de la escala están organizados para analizar los síntomas depresivos en función de los grupos de edad y el sexo. Inicialmente, se describen en la tabla 2 los puntos de corte en relación con la edad de los participantes divididos en tres grupos 60-70, 71-80 y mayores de 81. El rango de puntuación es de 0 – 60 puntos y el punto de corte usualmente utilizado es  $> 16$ ). Se observa que en relación con la población masculina la mayor distribución se dio en con el grupo etario de 71-80 en el que se observa la tendencia sobre el punto de corte 16-30, hecho que se relaciona con sintomatología depresiva baja o bien como lo señala Radloff con afecto positivo.

De acuerdo con la recomendación para la calificación de la escala, los ítems 4, 8, 12, 16 califican en sentido positivo es decir de 3 a 0; mientras que para el resto de la escala Likert de cada ítem puntúa en sentido negativo, es decir de 0 a 3. Se tomó el modelo propuesto por Aguilera, *et.al* (2004) a partir de su estudio con población rural en el que se organizan los ítems con base en un análisis estadístico del cual se retoman los factores propuestos: relación interpersonal afecto negativo, quejas psicósomáticas y afecto positivo para caracterizar la sintomatología depresiva de los AM participantes. Los ítems 8 y 12 relacionados con la anhedonia que en términos generales se refiere a la ausencia de sensaciones placenteras y satisfactorias relacionado con las posibles experiencias que vive la persona.

La anhedonia como trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos como el descuido en la apariencia y en el cuidado personal además de alteraciones somáticas que tienen que ver con el enlentecimiento corporal, el tono de voz bajo, gesticulación triste y propensión al llanto además de alteraciones cognitivas como la dificultad en la atención, la presencia de ideas pesimistas.

Para la población femenina y masculina la mayor distribución se encontró en el grupo etario 71-80 en el que se observa la tendencia sobre los puntos de corte 05-15 y 16-30 (tabla 2), relacionándose también con sintomatología depresiva baja.

Tabla 2

*Punto de corte de síntomas depresivos en AM hombres y mujeres de acuerdo con la edad*

Edad/Género	Puntos de corte							
	0 a 15pts		16 a 30pts		31 a 45pts		46 en adelante	
	M	H	M	H	M	H	M	H
61 a 70 años	21	10	26	13	10	9	2	
71 a 80 años	<b>30</b>	7	<b>32</b>	<b>19</b>	13	2		
Mayor a 81 años	1	2	6	0	1	0		

Como se describe en la figura 1, en el caso de los ítems que puntúan positivamente 4 “Sentía que yo era tan buen como cualquier otra persona”, 8 “Me sentía optimista sobre el futuro”, 12 “Estaba contento” y 16 “Disfruté la vida” la tendencia de respuesta señaló que la percepción de los AM se orientó hacia su percepción positiva de sus condiciones de vida.

Puede observarse que la tendencia estuvo dirigida hacia las respuestas que puntuaban 0 “Raramente o alguna vez” tanto en el sentido positivo como en el negativo. Dentro de los síntomas depresivos más comunes evidenciados mediante la aplicación de la escala fueron: el trastorno distímico, el trastorno disfórico y el trastorno anhedónico en relación con la clasificación que Sánchez, *et.al* (2014). El trastorno distímico se considera una entidad común entre la población general; en la guía (Guía Clínica para los Trastornos Afectivos, 2010).

Los datos que la escala proporciona son sumamente valiosos, sin embargo, al ser solo una escala pre-diagnóstico nos señala la posibilidad de conocer la tendencia hacia el padecimiento de síntomas mayores que pueden ser observables en ítems como el 5, el 11 o el 20 en los que la distimia está presente la mayor parte de los días manifestándose a través de la pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía, baja autoestima, dificultad para concentrarse y/o tomar decisiones y sensaciones de desesperanza sentimientos excesivos de inutilidad o culpa además de dificultad sentimientos de desesperanza que pueden experimentarse en lo cotidiano sin saber plenamente cuánto tiempo se han vivido ni bajo qué condiciones.

El trastorno disfórico apareció como el síntoma depresivo más frecuente entre los AM participantes; está asociado a la pérdida de interés, a las alteraciones del sueño y del apetito, a la ideación suicida, los sentimientos de culpa y pérdida de interés en las actividades habituales en este caso. Lo que indica que se manifestó una percepción minorizada de sí mismos, probablemente vinculada con los viejismos (Robert Butler acuñó el término *viejismo* (*ageism*) para referirse al conjunto de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas debido a que son mayores, del mismo modo que el racismo y el sexismo lo hacen con el color de piel y el género. El término se utiliza, pues, para referirse a la visión despectiva de un grupo social, basada únicamente en su avanzada edad cronológica.

La vejez se considera como una etapa de cambio negativo, donde predominan las pérdidas, la soledad y el dolor. Esta situación se puede agravar cuando la propia persona mayor los acepta y los incorpora a su visión personal y autoconcepto, generando numerosos daños a su salud y bienestar psicológico) o estereotipos propios de la vejez con los que los participantes se identifican. Es importante tener en cuenta que en relación con este trastorno se asocia a una baja adaptabilidad social y a la pérdida de interés para resolver y enfrentar sus conflictos.

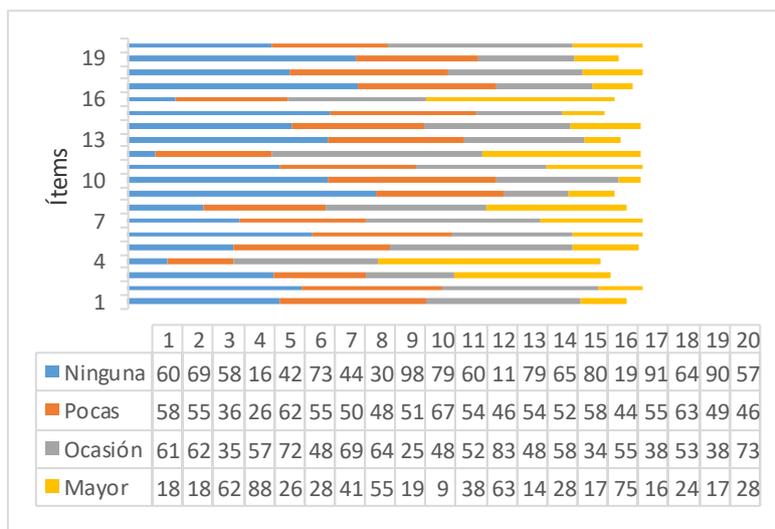


Figura 1

Frecuencia de respuesta en la aplicación de la escala CES-D

En relación la propuesta de Aguilera, Carreño y Juárez (2004) de cuatro factores basados en el modelo original de Radloff, se especifican datos que amplían el panorama sobre los síntomas depresivos. En el caso de los resultados que se ofrecen en la figura 2 se destaca que el factor afecto negativo es la categoría más representativa y se observa la respuesta que más puntúa en relación con cada factor; en este caso los AM participantes afirmaron que “ocasionalmente” -es decir de 3 a 4 días por semana en relación con la semana previa a la evaluación- padecen, sufren o experimentan de síntomas depresivos. Estos datos demuestran la prevalencia de síntomas depresivos orientados hacia el afecto negativo (1137 puntos) más que hacia el resto de los factores, aunque la diferencia es mínima en relación con el afecto positivo (1126 puntos), posteriormente aparecen los síntomas que interfieren con la relación interpersonal (1063 puntos) y finalmente la percepción de sí mismo a través de la corporeidad (706 puntos).

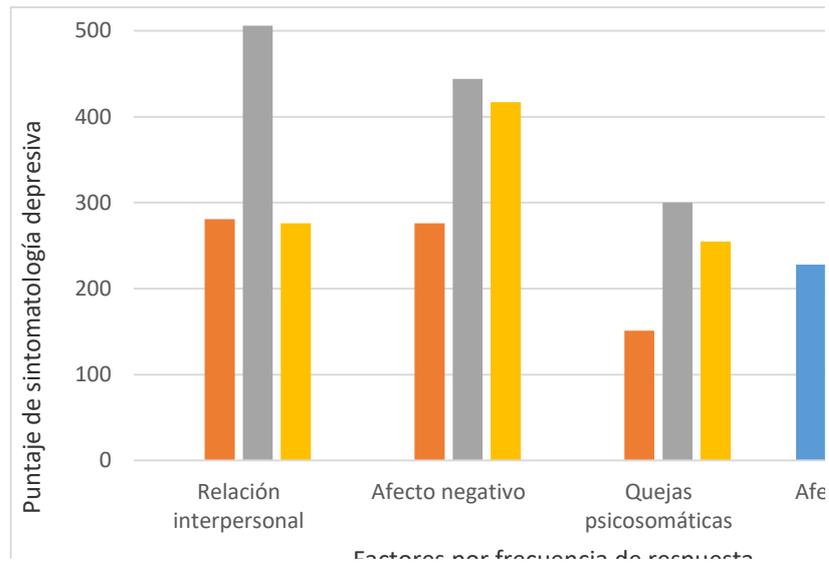
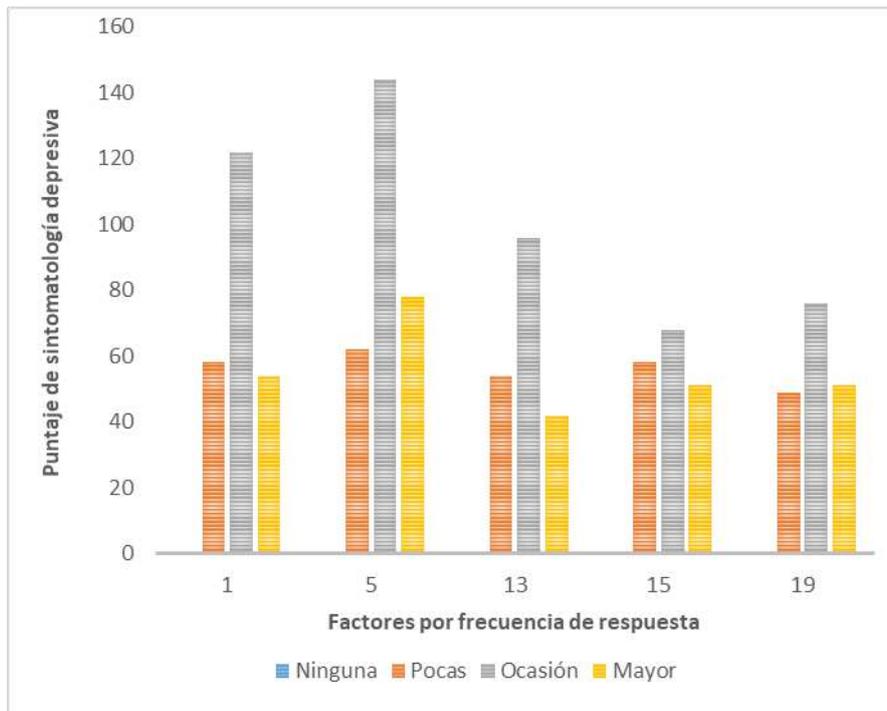


Figura 2

Distribución de respuesta de los factores de la sintomatología depresiva

En el factor relación interpersonal (figura 3) se observa la presencia de síntomas depresivos recurrentes. En este caso, en el ítem 5 “Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo” se observa una tasa de respuesta superior a las otras opciones que marca la escala, lo que señala la presencia constante de conflictos interpersonales de los AM. Otra característica que llama la atención es el ítem 1 “Me molestaron cosas que usualmente no me molestan”, en el cual la tasa de respuesta señala que recurrentemente los AM presentaban signos de irritabilidad o enojo en la vida diaria vinculado con los resultados del ítem 13 “Hablé menos de lo usual”, que presenta una tasa alta que evidencia nuevamente la presencia de conflictos personales y de relaciones.



*Figura 3*

Distribución de respuesta del factor relación interpersonal

En relación con el factor queja psicósomática (figura 4), vemos en el ítem 20 “No tenía ganas de hacer nada” se presenta una tasa de respuesta superior a las otras opciones que marca la escala, dato que orienta la atención hacia la exploración de la anhedonia como síntoma de la depresión ya que los AM participantes señalaron experimentar “la mayor parte del tiempo o todo el tiempo” la sensación de no querer realizar actividades. Por otra parte, también es claro que la percepción corporal se reflejó en la calidad del sueño pues se presentó en el ítem 11 “Mi sueño era inquieto” que los participantes señalaron que no podían dormir la mayor parte del tiempo o bien que ocasionalmente tenían problemas para conciliar el sueño.

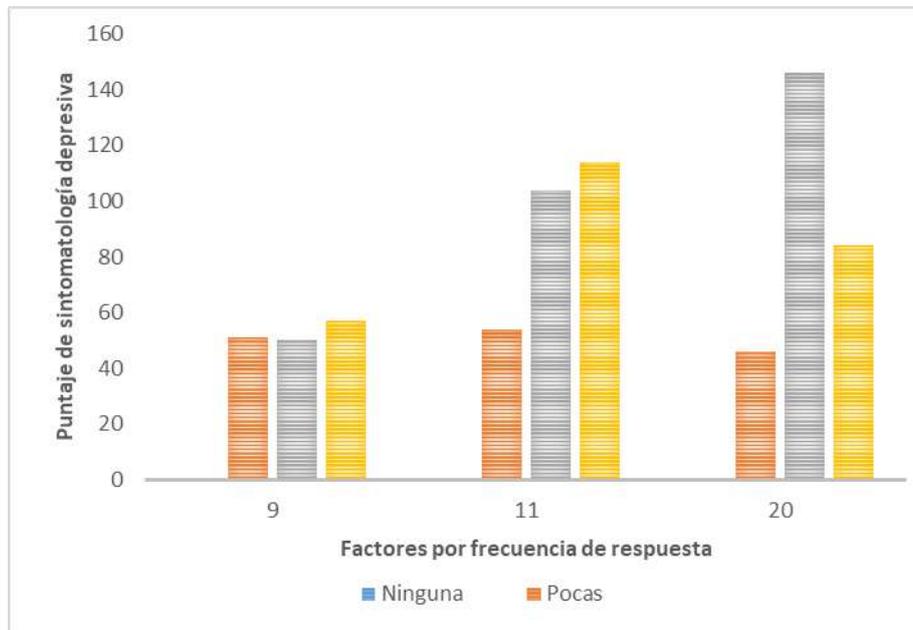


Figura 4

Distribución de respuesta del factor queja psicossomática

En relación con el factor afecto positivo, que se califica en sentido positivo es decir de 3 a 0, se puede observar (figura 5) que la tendencia de respuesta de los AM participantes estaba orientada hacia la presencia de síntomas depresivos relacionados con la distimia, la disforia y los ítems 8 y 12 relacionados con la anhedonia que en términos generales se refiere a la ausencia de sensaciones placenteras y satisfactorias relacionado con las posibles experiencias que vive la persona. Aguilera, *et.al.* (2004), agregan a esta categoría el ítem 7 “Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo” que se califica igual que el resto de los ítems.

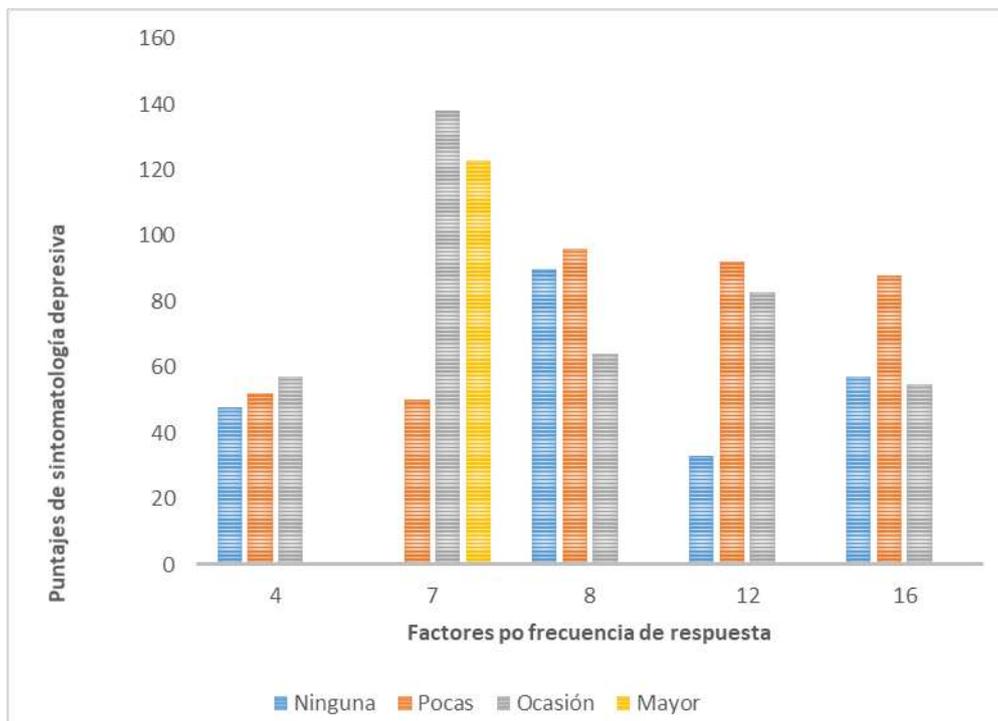


Figura 5

Distribución de respuesta del factor afecto positivo

## DISCUSIÓN

El estudio coincide con investigaciones revisadas donde se destaca la presencia de factores emocionalmente negativos además de con las relaciones interpersonales enfocadas alteraciones familiares y con la percepción menos valorizada de lo corporal a partir de la enfermedad. En estos casos, si bien no se demuestra la claridad si nos indica una tendencia de los AM hacia el deterioro emocional que se enmarca como parte de la SD a partir de la percepción de sí mismos y sus estados de ánimo. Deterioro como lo señalan varias publicaciones revisadas por estar limitados para la atención, concentración y percepción.

Estudios como los de Wong (2000), Reyes, *et.al.* (2003), Aguilera, *et.al.* (2004), González *et.al.* (2011), Ecurra y Delgado (2012), Sánchez, *et.al.* (2014), entre otros autores coinciden en la alta confiabilidad del instrumento, además de una alta congruencia interna. Con la aplicación de la escala fue posible identificar la presencia de síntomas depresivos particularmente relacionados con las dimensiones afecto deprimido, afecto positivo, somatización e interpersonal identificadas por Radloff (González, Solís, Jiménez, Hernández, González, Juárez, Medina y Varela, 2011).

Vázquez (2000) afirma que la frecuencia de presentación de los diferentes cuadros depresivos se considera la más alta dentro de los trastornos mentales, asimismo comenta que entre las características demográficas asociadas a los síndromes depresivos que más frecuentemente se señalan en diferentes estudios son el sexo y la edad, en específico el grupo de las mujeres -sometido a mayor nivel de estrés psicosocial- lo cual ha logrado ser corroborado en este estudio.

Queda pendiente el estudio de la sintomatología depresiva analizada a través de las experiencias de vida de los AM con la intención de comprender el la alteración anímica o bien el bienestar en relación con la calidad de vida teniendo en cuenta el proceso continuo del envejecimiento además de las adaptaciones del AM a un contexto cambiante.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo. Este texto fue desarrollado con el apoyo del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP), que otorgó los recursos para la realización de esta investigación con folio CIDSC-3351304.

## REFERENCIAS

- Aguilera, R., Carreño, M. y Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27 (6), 57-66. Recuperado de: [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/1029](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1029)
- Blazer, G. (2012). Depresión en la vejez: revisión y comentario. *The Journals of Gerontology: Serie A*; 58 (3), 249-265. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21992>
- Bojórquez, I. y Salgado, N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*; 32 (4), 299-307. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000400005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400005)
- Caraveo, C. y Mas, C. (1990). Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Publica*, 32 (5), 523-531. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5323>
- Cordero, C., García, G., Flores, M., Báez, F., Torres, A., y Zenteno, M. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*; 4 (3), 321-327. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4934444.pdf>
- De los Santos, P. y Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 1-24. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
- Escurrea, L. y Delgado, A. (2012). Análisis psicométrico de la Escala de Depresión CES-D bajo el modelo de crédito parcial de Rasch. *Persona* 15, 173-190. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147125259009.pdf>
- Franco, K., Fernández, J. y Astudillo, C. (2018). Prevalencia de síntomas depresivos e invarianza factorial de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población indígena mexicana. *Biomédica*; 38 (1), 127-140. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3681>

- Maya, E., Hernández, J., Vargas, X. y Guzmán, E. (2018). Evaluación de la calidad de vida de adultos mayores no institucionalizados de la CDMX a través de la escala FUMAT. *Revista Eureka*; 15(1), 65–77. Recuperado de: <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-15-1-12.pdf>
- Montes de Oca, V. y Hebrero, M. (2018). México y estado de Guanajuato: transferencias intergeneracionales hacia los adultos mayores. *Notas Población*; 32 (80), 135-193. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5783644/>
- OMS. (2018). Envejecimiento y salud. Organización mundial de la salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Flores, L., Ramírez, F. y Trejo, J. (2016). Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Gaceta Médica*; 152, 439-43. Recuperado de: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM\\_152\\_2016\\_4\\_439-443.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM_152_2016_4_439-443.pdf)
- PAHO (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la salud. Recuperado de: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)
- Reyes, M., Soto, A., Milla, J., García, A., Hubard, L., Mendoza, H., Mejía, L., García, M. y Wagner, F. (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (ces-d). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud mental* 26 (1), 59-68. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-48322015000101815](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322015000101815)
- Riquelme, A., Buendía, J. y López, A. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema*; 18 (2), 288-292. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3212>
- Rivera, J., Benito, J. y Pazzi, K. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy*; 71, 103-118. Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/alh201571103118>

- Salinas, A., Manrique, B., Acosta, I., Téllez, M., Franco, A., Gutiérrez, L. y Sosa, A. (2013). Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública* 3, 267-274. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42949>
- Sánchez, S., García, A., García, C., Gutiérrez, L., Narváez, L. y Juárez, T. (2014). Utilización de la versión reducida de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población de adultos mayores mexicanos. *Entreciencias*; 2 (4), 137-150. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/4576/457645126002/>
- Sánchez, S., Juárez, T., Gallegos, K., Gallo, J., Wagner, F. y García, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental*; 35 (1), 71-77. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a11.pdf>
- Vázquez A. (2001). Caracterización clinicoepidemiológica del síndrome depresivo. *Revista Cubana Medicina General Integral*: 17(3), 227-33. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n3/mgi04301.pdf>
- Wagner, F., Gallo, J. y Delva, J. (1999). Depression in late life: A hidden public health for Mexico? *Salud Publica*; 41, 189-202. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/spm/1999.v41n3/189-202/>
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C., Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35, (1), 3-11. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002)
- Wong, Y. (2000). Las propiedades de medición del Centro de Epidemiología. Estudios de la escala de depresión en una población sin hogar. *Evaluación psicológica*, 12 (1), 69-76. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.12.1.69>
- Vega, D., Moreno, N, y Carrillo, A. (2015). Envejecimiento demográfico, discapacidad y vulnerabilidad social en Guanajuato, México. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 4 (8). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5179435>



## “MANEJO DE LA INCERTIDUMBRE EN LA PACIENTE ADULTA JOVEN EN EL ÁREA DE TOCOCIRUGÍA”

### “UNCERTAINTY MANAGEMENT IN THE YOUNG ADULT PATIENT IN THE AREA OF TOCO-SURGERY”

EEMQ. Fátima Rivera-Ramírez<sup>1</sup>, MCE. Maritza Lizeth Cárdenas-Rodríguez<sup>2</sup>, MCE. María Esther Patiño-López<sup>3</sup>, Dr. Eloy Maya-Pérez<sup>4</sup>

Universidad de Guanajuato, México - Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>5</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 31/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

### Resumen

La incertidumbre es definida por Merle Mishel como la inhabilidad de la persona para estructurar o categorizar un evento relacionado con su enfermedad. El resultado del proceso de incertidumbre puede ser visto como oportunidad o amenaza. El objetivo fue disminuir el nivel de incertidumbre en pacientes adultas jóvenes en el área de tococirugía. Se trabajó con 15 pacientes de 18 a 38 años que estaban programadas para cesárea. Se valoró el nivel de incertidumbre con la escala de Merle Mishel, antes y después de una intervención de enfermería que consistió en brindar un asesoramiento sobre su atención en salud e intervención quirúrgica. Se encontró que antes del asesoramiento de enfermería el 60% de las pacientes presentaron incertidumbre moderada y posterior al asesoramiento el 100% presentó baja incertidumbre. Se concluye que brindar asesoramiento de enfermería a pacientes adultas jóvenes fomenta su confianza y tranquilidad ante la intervención quirúrgica.

**Palabras clave:** *Asesoramiento, incertidumbre, paciente, intervención quirúrgica.*

<sup>1</sup> Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica del Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, México.

<sup>2</sup> Correspondencia remitir a: Estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México. [liz-a-y@hotmail.com](mailto:liz-a-y@hotmail.com)

<sup>3</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>4</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>5</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

Uncertainty is defined by Merle Mishel as the inability of the person to structure or categorize an event related to his illness. The result of the uncertainty process can be seen as an opportunity or threat. The objective was to reduce the level of uncertainty in young adult patients in the area of toco-surgery. We worked with 15 patients aged 18 to 38 who were scheduled for caesarean section. The level of uncertainty was assessed with the Merle Mishel scale, before and after a nursing intervention that consisted of providing advice on health care and surgical intervention. It was found that before nursing advice 60% of patients presented moderate uncertainty and after counseling 100% presented low uncertainty. It is concluded that providing nursing advice to young adult patients increases their confidence and tranquility before the surgical intervention.

**Keywords:** *Advice, uncertainty, patient, surgical intervention.*

## INTRODUCCIÓN

La Teoría de la Incertidumbre de Merle Mishel define la incertidumbre como la inhabilidad de la persona para determinar el significado de los eventos relacionados con su enfermedad, es un estado cognitivo creado cuando los individuos no pueden estructurar o categorizar los eventos relacionados con la enfermedad, cuando son incapaces de dar valores definidos a los objetos o hechos con lo cual hacen imposible predecir los resultados debido a la falta de información y conocimiento (Martínez, 2012). La incertidumbre es un estado cognitivo neutro, es decir, puede ser vista como una puerta a la esperanza, una oportunidad o como un desafío o una amenaza y cuando se presenta un evento que amenaza o daña la vida (Ortega, 2013), se provoca un desequilibrio donde se genera “*la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se (la) acepta... como si se tratase de un ritmo natural de la vida*” (Mishel, 1988). Se ha observado que la sintomatología de una enfermedad, o la amenaza a morir, están relacionados positivamente con la incertidumbre, además la sensación de incertidumbre influye de modo negativo en la calidad de vida, en la satisfacción por las relaciones familiares, en la satisfacción por el servicio sanitario y en el mantenimiento de las propias actividades de autocuidado, afectando tanto a pacientes como a familiares (Torrents, Ricart, Ferreiro, López, Renedo, Lleixá y Ferré, 2013). Incluso puede llevar al desarrollo de enfermedades secundarias como la depresión (Torres-Ortega y Peña-Amaro, 2015).

Estudios muestran que cuando las personas presentan altos niveles de incertidumbre, esto está relacionado con su estado de ansiedad (Brevis y Silva, 2011). La cirugía constituye un potente estresor complejo, ya que se conjuntan diversas situaciones como son la hospitalización, la enfermedad, los acontecimientos que se presenten y sus consecuencias (Alvarado y Garrido, 2015). Cuando el cuerpo se encuentra con ansiedad reacciona de diferente forma ante la anestesia y en los periodos postoperatorios, retardando la recuperación y retrasando el alta hospitalaria, lo que podría producir saturación en el hospital y un mayor costo económico (Gordillo, Arana y Mestas, 2011). Por lo tanto, comprender las razones que promueven el incremento de incertidumbre antes de la operación, resulta importante para brindar cuidado.

El llevar a cabo una intervención donde el personal de enfermería brinde información clara acerca del conocimiento de la enfermedad, tratamiento y posibles complicaciones ayudará a las pacientes a una pronta recuperación; al hospital en tener una estancia menos prolongada del paciente, un menor costo económico y una mayor credibilidad en el personal de salud (Ante y Fonseca, 2017).

Por esto se consideró relevante llevar a cabo un proyecto de intervención para establecer estrategias que disminuyan la incertidumbre en el área de tococirugía, considerando que es un servicio de alta demanda y de flujo constante de pacientes en donde el asesoramiento a las pacientes adultas jóvenes suele ser limitado y por lo tanto deficiente, además de que en la práctica quirúrgica esta teoría ha sido estudiada escasamente hasta el momento.

## **ANTECEDENTES**

Un estudio realizado por Jeon, Choi, Lee y Noh (2016) mostró que a menor nivel educativo mayor incertidumbre. Las personas con escasos recursos económicos y un nivel educativo bajo presentan niveles más altos de incertidumbre, según los resultados de un estudio que se realizó con pacientes que tenían cáncer gástrico. En este se destaca que los programas de enfermería encaminados a educar al paciente y a la familia los ayudan a predecir y manejar los problemas de salud asociados con la enfermedad (Jeon, Choi, Lee y Noh, 2016).

El apoyo social refleja el grado en el cual una persona es capaz de compartir ideas y opiniones con otros que han experimentado la enfermedad. La investigación ha demostrado que se reduce la incertidumbre de la persona cuando existe el apoyo social; sin embargo, esto ocurre con dificultad en algunos casos cuando la enfermedad se encuentra estigmatizada o existe un cuestionamiento en la posibilidad de aceptación; siendo esta situación una limitante para la búsqueda de apoyo (Moreno, Muñoz, Alemán, Ávila, Badillo y Barajas, 2016). Mishel y Braden (1988) encontraron que el apoyo social, la credibilidad en la autoridad y la familiaridad con el evento tienen la mayor influencia para reducir el nivel de incertidumbre.

Sajjadi y colaboradores (2016) mostraron que la experiencia de la incertidumbre está influenciada por factores socioculturales, en especial si se relaciona con la comunicación de la información acerca de la enfermedad. En sus resultados refieren que los pacientes expresaron ambivalencia con relación a conocer las características de la enfermedad, su pronóstico y tratamiento; y en la medida en que este conocimiento revela un mal pronóstico, prefieren no tener un conocimiento profundo sobre el tema.

Los pacientes preoperatorios presentan incertidumbre que se manifiesta con estrés, ansiedad, temor al desconocer lo que se les va a realizar en cuanto al procedimiento y tratamiento mismo (Torrents, Ricart, Ferreiro, López, Renedo, Lleixá y Ferré, 2013). Y cuando la información es contradictoria entre los profesionales de la salud, se reduce la confianza en ellos e incrementa la incertidumbre (Sajjadi, Rassouli, Abbaszadeh, Brant, y Majd, 2016).

Es importante que enfermería como autoridad creíble brinde un cuidado humanizado, especialmente al momento de recibir el diagnóstico que es cuando más preguntas y mayor afectación emocional se producirán para los pacientes y sus familias, de esta manera las acciones del cuidado de enfermería tendrían un mayor impacto (Montalvo, Fajardo, Angulo, Flórez, Monterroza y María, 2016). Por lo tanto, el personal de enfermería es capaz de ayudar a los pacientes y a las familias a predecir y manejar los problemas de salud desde el diagnóstico hasta el tratamiento para promover todos los aspectos de la recuperación. Como lo mencionan los artículos, el apoyo social por parte del personal de enfermería es parte fundamental para disminuir la incertidumbre en las pacientes, proporcionando una información clara y resolviendo dudas las pacientes comprenden la indicación de la cirugía, el tratamiento durante y después, así como los cuidados domiciliarios.

El reconocimiento de la importancia de la incertidumbre puede cambiar la práctica clínica y permitir el desarrollo de intervenciones de enfermería que faciliten una adaptación positiva del paciente a su propia experiencia con respecto a su intervención quirúrgica. De esta manera las enfermeras que son responsables de los pacientes en el quirófano llevarán a cabo la valoración y la incorporación de la intervención a su plan de cuidados en casos de incertidumbre, y de ese modo, contribuir al afrontamiento positivo en estos pacientes.

En un hospital público del Bajío de México no se realiza una valoración acerca del nivel de incertidumbre que presenta el paciente quirúrgico, solo se entrega por parte del personal de enfermería de piso al quirófano y pasa directo a su intervención quirúrgica, por lo que se propuso este proyecto de intervención para brindar a la paciente adulta joven que se encontraba en el área de tococirugía un asesoramiento que mejorará la atención de calidad logrando disminuir el nivel de incertidumbre al orientarla y proporcionarle información adecuada.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Se trabajó con 15 pacientes mayores de 18 años que acudieron a atención médica quirúrgica para cesárea a un hospital público del Bajío de México, y que a través del consentimiento informado manifestaron su deseo de participar en el proyecto.

### **Instrumentos y materiales**

El instrumento utilizado fue la escala de incertidumbre ante la enfermedad de Mishel que cuenta 17 ítems con un formato tipo Likert. La escala está dividida en las siguientes dimensiones: patrón de síntomas, coherencia de los hechos, familiaridad con el evento, educación, apoyo social y autoridad con credibilidad. La clasificación de los resultados se da en tres categorías, las cuales se definen de la siguiente manera:

- 1) Incertidumbre alta de 17- 34 puntos
- 2) Incertidumbre moderada de 35 a 51 puntos
- 3) Incertidumbre baja de 52-68 puntos

## Procedimiento

El proyecto de intervención contó con 5 fases: la fundamentación, en la cual se llevó a cabo la revisión bibliográfica de artículos, libros y manuales relacionados a la problemática a abordar. La siguiente fase fue la de elaboración del proyecto de intervención junto con el diseño, planificación e instrumentación de la intervención. Después se procedió a la fase de difusión, donde se socializó el proyecto con el personal directivo y de enseñanza del hospital para que éstos proporcionaran la autorización de la aplicación de la intervención y la publicación de los resultados. Se continuó con la fase de implementación, aquí se les explicó a las pacientes el proyecto a realizar, junto con toda la información relacionada a su participación con lo que se procedió a otorgar el consentimiento informado, después de esto se aplicó la escala de valoración de nivel de incertidumbre de Merle Mishel. En la fase siguiente se procedió a brindar el asesoramiento sobre el procedimiento quirúrgico a realizar con apoyo de un rotafolio y de manera conjunta se procedió a la resolución de las dudas e inquietudes de la paciente; una vez atendidas las inquietudes y sin haber cabida a dudas, se realizó nuevamente la valoración de incertidumbre para así pasar a la última fase de evaluación procediendo al análisis de los resultados. Para realizar la comparación del nivel de incertidumbre antes y después de la intervención se utilizó la prueba de t para muestras pareadas. Para el análisis de las variables sociodemográficas se realizó por medio de medias, frecuencias y porcentajes.

## RESULTADOS

Se trabajó con 15 mujeres en edad fértil con un promedio de edad de 26 años. Dentro de las características sociodemográficas que se encontraron fueron que la mayoría vivía en zonas urbanas y contaban con servicios asistenciales de salud. La mayor parte de las mujeres tenía una escolaridad hasta la educación secundaria y el estado civil casadas. La principal ocupación fue dedicarse al hogar y todas ellas profesaban la religión católica. El promedio de gestaciones del grupo intervenido fue de 2 y una de las principales indicaciones de la cesárea fue haber tenido cesáreas previas.

La puntuación promedio de todas las pacientes antes de la intervención fue de 45 puntos, cayendo este puntaje dentro de una incertidumbre moderada, y posterior a la intervención aumentó a 64 puntos, siendo una incertidumbre baja. De forma individual, cada paciente superó el puntaje de la evaluación inicial (Figura 1).

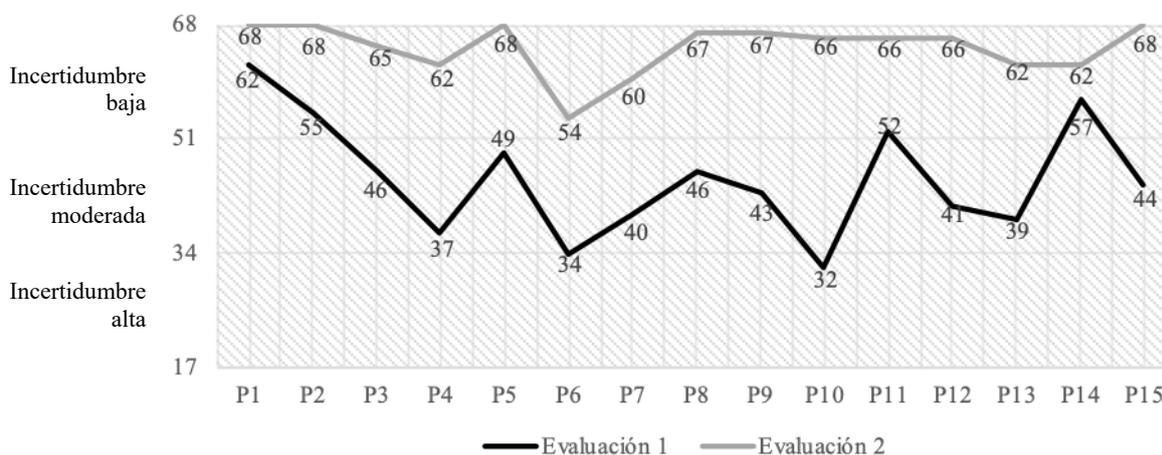


Figura 1. Puntaje por paciente en el pretest y postest de la valoración de la escala de incertidumbre. Los puntajes individuales previo y posterior a la intervención están trazados mediante líneas de color desigual para que las diferencias sean visibles.

Se calculó la prueba t para dos muestras emparejadas considerando una muestra de 15 sujetos, una distribución normal y la naturaleza cuantitativa de la variable. El objetivo fue determinar las diferencias en el nivel de incertidumbre que presentaba un grupo de pacientes que serían sometidos a cirugía, siendo evaluados antes y después de una intervención de enfermería que tenía como propósito disminuir el nivel de incertidumbre.

Considerando los datos arrojados antes y después de la intervención de enfermería se calculó la prueba t de muestras emparejadas arrojando los resultados de la Tabla 1.

La prueba t indica que los datos recolectados antes y después de la intervención son diferentes y esto se afianza considerando que el valor de p es menor a .05. La tabla anterior muestra que la intervención realizada en pacientes, previo a tener una intervención quirúrgica fue efectiva.

Tabla 1

*Prueba t para medias de dos muestras emparejadas*

	<i>Evaluación 1</i>	<i>Evaluación 2</i>
Media	45.13333333	64.6
Varianza	73.98095238	15.5428571
Observaciones <sup>a</sup>	15	15
Coefficiente de correlación de Pearson	0.486163536	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	14	
Estadístico t	-10.02563236	
P(T<=t) una cola	4.52487E-08*	
Valor crítico de t (una cola)	1.761310136	
P(T<=t) dos colas	9.04975E-08*	
Valor crítico de t (dos colas)	2.144786688	

Nota. \*p < .001. a. El número de mujeres que terminaron la prueba antes y después de la intervención son 15.

**DISCUSIÓN**

Con los resultados obtenidos se puede comprobar que la presencia de incertidumbre en pacientes adultas jóvenes que se encuentran en el área de tococirugía es alta, ya que el 60% de las participantes tuvo incertidumbre moderada antes de la intervención de enfermería, lo cual es similar a los resultados que muestran Flórez y colaboradores (2018) en un estudio que realizaron sobre incertidumbre en unidades de cuidado intensivo, donde el nivel de incertidumbre entre los participantes fue moderado en el 63.9 % y alto en el 34.7 %. Esto nos permite ver la importancia de atender esta problemática que actualmente está presente en el ámbito hospitalario sin tener distinción de tipo de servicio o pacientes.

Uno de los hallazgos en el presente proyecto fue que las pacientes tenían información insuficiente o que la información brindada era interpretada de forma errónea, ya sea por los términos médicos de los profesionales de salud que ellas no comprendían o porque era información muy reducida para que ellas realizaran una adecuada interpretación de la misma; por lo tanto es importante identificar que esto produce un alto nivel de estrés y esto contribuye a aumentar su incertidumbre, tal como lo refieren Florez y colaboradores (2018) quienes indican que parte de lo que genera un alto nivel de incertidumbre es que el paciente no tenga claro lo que está sucediendo, así como la complejidad de su tratamiento, el “no entenderlo”, ya que no suelen tener la claridad de su finalidad y en consecuencia tampoco sobre su pronóstico, entre otros aspectos.

Por lo que refiere que las intervenciones de enfermería deben estar dirigidas a disminuir la incertidumbre, al brindar información completa y ofrecer apoyo para expresar temores, comprender la situación y el ambiente que les rodea.

Álvarez-Yáñez y Pérez-Bayona (2017) indican que cuando existe una amenaza de parto pretérmino lo que genera incertidumbre en la gestante es el desconocimiento de la enfermedad y por lo tanto considera que el cuidado es el eje principal para la disminución de este factor y que así la paciente pueda asumir la incertidumbre positivamente, logrando un afrontamiento individual.

Lo cual se comprueba con el presente proyecto, ya que al realizar la intervención donde se explica de manera clara la información necesaria con respecto al procedimiento, las posibles complicaciones, signos de alarma y cuidados en casa, las pacientes muestran mayor seguridad y manifiestan disminución en el nivel de incertidumbre, además de sentir confianza y credibilidad en los profesionales de salud todo de acuerdo a la percepción teórica y conceptual de Merle Mishel expuesta en su teoría de la incertidumbre.

Al familiarizar a las pacientes con el ambiente hospitalario se observa que comprenden los pasos del procedimiento quirúrgico y muestran mayor seguridad.

Tras la revisión de cada una de las actividades realizadas dentro del desarrollo de la intervención, se apoya, complementa y valida la teoría de Merle Mishel, donde expone que el paciente debe conocer toda la información acerca de su enfermedad y tratamiento para realizar su adecuada interpretación apoyada de la comprensión del personal de enfermería, por lo que sería importante realizar estudios abordando este objetivo en el ámbito hospitalario, no solo en el área quirúrgica, sino en los diferentes servicios y tipos de pacientes que componen una institución clínica.

A pesar de que una de las limitaciones del estudio es que no se pueden generalizar los resultados por el tamaño pequeño de la muestra, se puede concluir que, en el ámbito práctico, al brindar un asesoramiento positivo a las pacientes de acuerdo al diagnóstico, abordando temas como son el conocimiento de la enfermedad, de los deberes y derechos del paciente, del procedimiento quirúrgico durante el pre, pos y trans y liberar dudas, se puede contribuir a disminuir el nivel de incertidumbre de las pacientes mostrándose las mismas más tranquilas y seguras frente al procedimiento quirúrgico.

Por lo mencionado anteriormente, para futuros estudios se recomienda replicar lo llevado a cabo en el presente proyecto, pero ampliando el tamaño muestra e implementando un proyecto de investigación que incluya un grupo de comparación para así tener mayor evidencia científica sobre los resultados además de que se puedan generalizar los resultados.

## REFERENCIAS

- Alvarado M, Garrido C. (2015) Ansiedad preoperatoria y cirugía programada. Revista Médica Electrónica.
- Álvarez-Yañez, D., y Pérez-Bayona, C. (2017). Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. Avances en Enfermería. 35(1), 77-86.
- Ante, M., y Fonseca, G. (2017). Evaluación de la calidad de atención de enfermería y grado de satisfacción de pacientes atendidos en emergencias del Hospital General Puyo. Universidad de los Andes.

- Brevis, I., y Silva, P. (2011). Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista Chilena De Medicina Intensiva*. 26 (1), 27-34.
- Flórez, I., Montalvo, A., Romero E. (2018). Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. *Avances en Enfermería*. 36 (3), 283-291.
- Gordillo, F., Arana, J., y Mestas, L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes quirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 228-233.
- Jeon, B., Choi, M., Lee, J., y Noh, S. (2016). Relationships between gastrointestinal symptoms, uncertainty, and perceived recovery in patients with gastric cancer after gastrectomy. *Nursing & health sciences*. 18(1), 23-29.
- Martínez, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Revista de Enfermería Neurológica*. 11 (1), 34-38.
- Mishel M. (1988). Uncertainty in Illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 20, 225-231.
- Mishel, M., y Braden, C. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Resea*
- Montalvo, A., Fajardo, H., Angulo, T., Flórez, D., Monterroza, C., Angélica, R., y María, Y. (2016). Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Hacia la Promoción de la Salud*. 21(2), 114-126.
- Moreno, M., Muñoz, L., Alemán, C., Ávila, L., Badillo, K., y Barajas, M. (2016). De la teoría de enfermería a la práctica: experiencias con proyectos de gestión del cuidado. Universidad de La Sabana.
- Ortega, C. (2013). Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis (tesis doctoral). Universidad de Jaén, Andalucía, España.
- Sajjadi, M., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Brant, J., y Majd, H. (2016). Lived experiences of “illness uncertainty” of Iranian cancer patients: a phenomenological hermeneutic study. *Cancer nursing*. 39 (4), E1-E9.

- Torrents, R., Ricart, M., Ferreiro, M., López, A., Renedo, L., Lleixà, M., y Ferré, C. (2013). Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index de Enfermería*. 22 (1-2), 60-64.
- Torres-Ortega, C., y Peña-Amaro, P. (2015). Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis. *Enfermería clínica*. 25 (1), 9-18.



## “INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA EN LA MEMORIA DE CORTO PLAZO DEL ADULTO MAYOR SIN DETERIORO COGNITIVO”

“MUSIC THERAPY INTERVENTION IN THE SHORT-TERM MEMORY OF ELDERLY WITHOUT COGNITIVE IMPAIRMENT”

MCE. Pamela Ivonne Gutiérrez Carrillo<sup>1</sup>, Dra. María de Jesús Jiménez González<sup>2</sup>, Dr. Josep Jofré Fradera<sup>3</sup>, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez<sup>4</sup>, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto<sup>5</sup>  
Universidad Autónoma de Sinaloa, México - Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>6</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 30/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

### Resumen

Los adultos mayores frecuentemente adoptan conductas para contrarrestar los efectos del deterioro de la memoria, sin embargo, estas no siempre muestran eficacia. El propósito del estudio fue determinar el efecto de la musicoterapia en la memoria de corto plazo del adulto mayor. Fue un estudio cuasi-experimental, medición pre y post-intervención, 33 adultos mayores sin deterioro cognitivo valorados con lista de palabras del CERAD (Consortium to Establish a Record of Alzheimer’s Disease), integrados en dos grupos. Se utilizó musicoterapia en el grupo experimental y actividades lúdicas en grupo de comparación durante 12 semanas. La musicoterapia favoreció la memoria de los adultos mayores del grupo experimental ( $t= 2.254$ ,  $gl= 15$ ,  $p= .040$ ), evidenciado por el incremento de 2 palabras respecto a la medición inicial, demostrando así que la intervención puede ser una herramienta eficaz para mantener y mejorar su funcionalidad cognitiva.

**Palabras clave:** *Musicoterapia, memoria, adulto mayor, sin deterioro cognitivo.*

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: Egresada de Maestría en Ciencias de Enfermería, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato y Profesor de la Escuela Superior de Enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa. [pamela\\_igc@hotmail.com](mailto:pamela_igc@hotmail.com)

<sup>2</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>3</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Guanajuato, México.

<sup>4</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>5</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>6</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

The elderly frequently adopt behaviors to counteract the effects of memory impairment, however, they do not always show efficacy. The objective of the study was to determine the effect of music therapy on the short-term memory of the elderly. It was a quasi-experimental study, pre and post-intervention measurement, 33 elderly people without cognitive impairment valued with a word list from CERAD (Consortium to Establish a Record of Alzheimer's Disease), integrated into two groups. Music therapy was used in the experimental group and recreational activities in the control group for 12 weeks. Music therapy favored the memory of the elderly in the experimental group ( $t = 2,254$ ,  $gl = 15$ ,  $p = .040$ ) evidenced by the increase of 2 words compared to the initial measurement, thus demonstrating that the intervention could be an effective tool to maintain and improve your cognitive functionality.

**Key words:** *Music therapy, memory, elderly, without cognitive impairment.*

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso adaptativo, lento y continuo que supone una serie de modificaciones en todos los ámbitos y en el que intervienen numerosos factores biológicos, psicológicos, cognitivos y sociales. De los aspectos cognitivos, las funciones mnésicas son las más afectadas por el envejecimiento (Mesonero & Fombona, 2013). Con la edad, declina la capacidad para recordar nueva información de texto, hacer inferencias a partir de esta, acceder a conocimientos de la memoria remota e integrarla con nueva información de texto (Custodio et al., 2012). Algunos estudios sugieren que la musicoterapia es capaz de modular los factores implicados en la cognición y la conducta, atrae la atención, provoca respuestas emocionales y las modula, implica diversas funciones cognitivas y evoca patrones de movimiento (Gómez-Romero et al., 2017).

El propósito de estudio fue determinar el efecto de la musicoterapia en la memoria de corto plazo del adulto mayor. Además, se planteó como premisa a comprobar que “la musicoterapia mejora la memoria de corto plazo en el adulto mayor” entendiéndose como mejoría el incremento en las puntuaciones obtenidas en la lista de palabras del Consortium to Establish a Record of Alzheimer's Disease (CERAD) en las mediciones finales respecto a la medición basal.

## ANTECEDENTES

Con el avance de la edad se observa un descenso parcial de las funciones cognitivas y aunque esto no es un hecho generalizado, existe un porcentaje relativamente alto de personas que experimentan cambios cognitivos, primordialmente problemas de memoria (Pedraza, 2013). La disminución de la capacidad de memoria es aproximadamente 0,25 desviaciones estándar durante un intervalo de 6 o 7 años de edad (Ball et al., 2002), la mediana de la prevalencia reportada del deterioro cognitivo amnésico (DCL amnésico) fue de 4.9% (Hyver & Gutiérrez, 2009).

La memoria es el proceso cognitivo a través del cual se codifica, almacena y recupera la información determinada o un suceso concreto. Es un proceso psicológico que permite aprender (Blázquez et al., 2011). Una de las modalidades de la memoria en función del tiempo transcurrido para su almacenamiento es la memoria a corto plazo (MCP) que es el proceso de retención inicial de la información durante un breve espacio de tiempo que oscila desde algunas fracciones de segundo hasta varios minutos (Portellano J. A, 2005).

La memoria es considerada como uno de los aspectos más importantes en la vida del ser humano ya que ella refleja las experiencias pasadas, permite adaptarnos en cada momento a situaciones presentes y es una guía hacia el futuro (Ardila & Ostrosky, 2012). La vejez está relacionada con una disminución de la capacidad de memoria y aprendizaje, se incrementa la tasa de olvido, esto se refleja en la dificultad de recordar hechos recientes, la edad no solo disminuye la capacidad de almacenamiento si no también el proceso de evocación (Ardila & Rosselli, 2007).

Las quejas sobre la función cognitiva de los pacientes son un motivo creciente de atención (Samper, Llibre, Sánchez, & Sosa, 2011), debido a los cambios propios del envejecimiento, esto hace que disminuya la capacidad para aprender nueva información, se manifiesta una mayor lentitud en el procesamiento de la misma, se dificulta la atención focalizada, la recuperación de información se hace mucho más lenta, etc.

Al igual que muchos adultos mayores en México, los sinaloenses también refieren este tipo de problemas además de que poseen factores de riesgo para el desarrollo de algún tipo de demencia a temprana edad como: la baja escolaridad y limitada estimulación, asociada a la falta de actividad laboral u ocupacional y la falta de convivencia social.

Para el caso de las mujeres las condiciones culturales implican mayores desventajas, pues en su mayoría no tuvieron acceso a la educación o en su defecto, lo hicieron de manera informal en edades avanzadas.

Ante lo expuesto, se identificó la necesidad de integrar una intervención que pudiera ser válida en su contexto; por esta razón, se pensó que la musicoterapia podría ser una actividad de interés común, cuyos alcances trascienden el uso cotidiano pues se trata de una intervención no farmacológica con fines terapéuticos dirigidos a fortalecer la función cognitiva, las capacidades de aprendizaje, la memoria y prevenir o retrasar la presencia de una patología.

La música promueve ciertos beneficios a quien la escucha es: ubicua, emocional, atractiva, distraída, física, ambigua, social y comunicativa; afecta el comportamiento y las identidades (Clements-Cortes & Bartel, 2018). Dentro del campo de Geriatria, la musicoterapia puede usarse, según el grado de autonomía y funcionalidad de los adultos mayores, esta es capaz de modular factores propios tanto de la cognición, como de la conducta, atrae la atención, promueve respuestas emocionales de las personas, implica diversas funciones cognitivas y ayuda a que las personas mejoren su movilidad (Gómez-Romero et al., 2017).

La musicoterapia es definida por la National Association for Music Therapy como “el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos, como son la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental” (Aguilar, Barroeta, Castellanos, Colmenares, & Hernández, 2012).

La musicoterapia es referida como activa y pasiva, la primera es aquella donde los participantes se involucran activamente en la música, los participantes pueden ser animados a participar en la improvisación musical con instrumentos o la voz, con la danza, actividades de movimiento o cantar (Van der Steen et al., 2018).

La musicoterapia pasiva es definida como aquella que abarca técnicas que permiten al participante escuchar música en lugar de ser un colaborador activo. La música utilizada puede ser en vivo o grabada y de cualquier género (Blackburn & Bradshaw, 2014).

La música está vinculada a mejoras significativas en el funcionamiento cognitivo, dichos beneficios se encontraron en algunas funciones como la memoria, lenguaje, atención y las praxias (Ceccato et al., 2012; Clements-Cortes & Bartel, 2018; Chu et al., 2014; Deason, Simmons-Stern, Frustace, Ally, & Budson, 2012; Giovagnoli, Oliveri, Schifano, & Raglio, 2014; Moussard, Bigand, Belleville, & Peretz, 2012; Simmons-Stern, Budson, & Ally, 2010; Simmons-Stern et al., 2012).

En dichos estudios trabajaron con adultos mayores de 75 años en promedio que presentaban algún tipo de deterioro cognitivo, las investigaciones integraron a más de un grupo de estudio y las funciones cognitivas con mejores resultados fueron la memoria, atención y las praxias. Cabe señalar que no se encontraron publicaciones de estudios semejantes en México.

En el procesamiento musical y la memoria de cada persona están involucradas diferentes áreas del cerebro (ver tabla 1).

Tabla 1

*Áreas del cerebro involucradas en el procesamiento musical y la memoria*

Áreas del cerebro	Música	Memoria
Hemisferio derecho	Encargado de coordinar la percepción y la memoria musical (Montero, 2010).	
Hemisferio izquierdo	Razona el volumen y la letra musical (Montero, 2010).	
Sistema límbico	Mediador importante de las funciones sensoriales, además de que está involucrado en la producción de la actividad emocional (Amezcuca, 2006).	Se llevan a cabo los procesos de transferencia de la información para su posterior almacenamiento a largo plazo (Blázquez et al., 2011).

Se cree que la musicoterapia activa podría mejorar la memoria de corto plazo de los adultos mayores bajo el argumento de que la estimulación activará las estructuras neuroanatómicas que son poco estimuladas y aprovechando la reserva cognitiva (acumulada a través de los años por el adulto mayor) y fortaleciendo con ello la neuroplasticidad.

La plasticidad cerebral es un proceso continuo y dinámico, que permite una remodelación estructural a corto, mediano y largo plazo del mapa neurosináptico, con el fin de optimizar la función cerebral. Lo anterior es posible gracias a la capacidad de cambio que tiene el sistema nervioso por influencias endógenas y exógenas (Blázquez et al., 2011; Polonio, 2010). La plasticidad cerebral juega un rol fundamental durante el proceso de maduración y desarrollo ontogénico del sistema nervioso, mediante la elaboración de nuevos circuitos inducidos por el aprendizaje continuo.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Se incluyeron 33 personas inscritas en los clubes gubernamentales para adultos mayores que cumplieron con los siguientes criterios de elegibilidad: 60 o más años de edad, cuya participación fuera voluntaria, sin deterioro cognitivo (valorado con el examen mínimo del estado mental y una puntuación  $\geq 23$ ) y que manifestaran gusto por la música.

Predominó el sexo femenino, la edad promedio se ubicó por arriba de los 70 años y los años de escolaridad representan apenas la educación básica ( $\leq 6$  años), así también se observa que los grupos fueron iguales al inicio del estudio (ver Tabla 2).

Tabla 2

*Perfil sociodemográfico de los adultos mayores por grupo. (n = 33)*

Variable	Unidad de medida	Grupo experimental	Grupo de comparación	<i>p</i> *
		(n=16)	(n= 17)	
Edad	± D.E	70.38 ± 4.815	73.29 ± 6.640	.422
	Min. - Máx.	63 – 78	60 – 83	
Escolaridad (en años)	± D.E	6.94 ± 5.013	4.12 ± 3.789	.307
	Min. - Max.	0 – 16	0 – 11	
Sexo	Masculino	<i>f</i> (%)	11 (68.8)	.602
	Femenino	<i>f</i> (%)	5 (31.3)	
Ocupación	Empleado u obrero	<i>f</i> (%)	3 (18.8)	
	Patrón o empleador	<i>f</i> (%)	0	
	Otro	<i>f</i> (%)	13 (81.3)	
MMSE	± D.E	26.25 ± 2.408	25.82 ± 2.455	.779
Memoria de corto plazo	± D.E	12.06 ± 3.941	10.41 ± 5.959	.432

Nota. = media, D.E= desviación estándar, *f*= frecuencia, %= porcentaje, MMSE= Examen minino del estado mental \**p*= Igualdad de los grupos. Fuente= Ficha sociodemográfica, lista de palabras del CERAD

### Instrumentos y materiales

Se utilizó una ficha de valoración general para captar los datos sociodemográficos de los participantes. También se aplicó el examen mínimo del estado mental (MMSE) de Folstein para identificar a los candidatos potenciales para ser incluidos en el estudio (Moreno et al., 2015).

Para la valoración de la memoria, se utilizó la lista de palabras del CERAD, se trata de un sub-test de la batería neuropsicológica del Consortium to Establish a Record of Alzheimer's Disease (Aguirre-Acevedo et al., 2007). Es un instrumento estandarizado, fácil de administrar, fiable para la evaluación de las personas con Alzheimer (Morris et al., 1989) y se aplica en 90 segundos (Sosa et al., 2009). Esta prueba cuenta con una adaptación transcultural en México (Chávez-Oliveros et al., 2015) y también se ha aplicado en otros países como: Cuba, República Dominicana, Perú, Venezuela, India, China, Puerto Rico, Finlandia, EEUU (Sosa et al., 2012).

Para su aplicación, se lee una lista de 10 palabras al participante y luego se le pide que las recuerde, cada ensayo tiene una puntuación de 10 puntos y este procedimiento se repite tres veces, dando una puntuación total de 30 puntos. La prueba reportó un alfa de Cronbach de 0.83 (IC 95% = 0,78-0.88) (Aguirre-Acevedo et al., 2007), sensibilidad de 90% al discriminar la demencia leve del envejecimiento normal y una especificidad de 83% (Sotaniemi et al., 2012). Para la interpretación de los resultados se consideró el valor normativo de 13.5 para la memoria inmediata (Sotaniemi et al., 2012).

## **Procedimiento**

Antes de implementar el estudio se integró un equipo de valoración conformado por tres enfermeras, las cuales participaron en un curso de capacitación con duración de 20 horas denominado “Valoración del adulto mayor”.

Posteriormente, se realizó la invitación a los adultos mayores para participar voluntariamente en el proyecto y las personas que mostraron interés fueron entrevistados por el equipo de valoración para solicitar su autorización mediante la firma del consentimiento informado.

Mientras tanto y sin el conocimiento del equipo de valoración, se realizó la aleatorización de los clubes determinando la conformación de los grupos: experimental y control. Toda vez que se obtuvo la autorización de los adultos mayores por escrito, el equipo realizó la valoración general a todos los participantes y tuvo el fin de validar el cumplimiento de los criterios de elegibilidad. Una vez identificados los sujetos de estudio que cumplieron los criterios de selección, se realizó la valoración de la memoria (medición basal en la semana 1) en ambos grupos.

El grupo experimental recibió la intervención de musicoterapia activa 1 vez por semana, durante 12 semanas, acumulando un total de 12 sesiones; cada sesión tuvo una duración de 60 minutos. El periodo de intervención fue de septiembre-noviembre 2018 y las sesiones se llevaron a cabo en las instalaciones de los clubes. De forma simultánea el grupo control realizó actividades lúdicas como: tejer, pintar, leer.

Al finalizar la intervención, los participantes de ambos grupos fueron valorados nuevamente. La intervención fue diseñada bajo la dirección de un experto en musicoterapia; se estructuró en cuatro bloques: físico, emocional, cognitivo (memoria de corto plazo) y un bloque social (relacional). Cada sesión incluyó momento de bienvenida, desarrollo y cierre.

Las actividades fueron diversas como: escuchar música de fondo, desarrollar ejercicios de estiramiento y respiración con música, mencionar cadena de nombres de los participantes, elaborar historias a partir de la música escuchada, identificar portadas de discos y canciones a través de señales visuales y auditivas, cantar e identificar la canción y el cantante, desarrollar ritmos con aplausos, bailar libremente y bailar siguiendo coreografías, adivinar la canción con palabras, cantar con apoyo de cancionero, recordar las letras de las canciones, jugar memorama musical, así como lotería musical.

Una vez obtenidos los datos, se analizaron utilizando Statistical Package for Social Science (IBM-SPSS versión 20). Las variables continuas se resumieron como la media y desviación estándar. Los datos categóricos se resumieron utilizando la frecuencia, el porcentaje y la tabulación cruzada.

Para la interpretación de los resultados de la sub-prueba lista de palabras del CERAD se consideraron dos aspectos: en el primero se comparan los valores obtenidos con los valores normativos, este proceso tiene el fin de evaluar la ejecución de la prueba con relación a pares de la misma edad y escolaridad. La otra forma de interpretar los datos fue identificar si la puntuación obtenida se ubicaba por debajo de 1.5 desviaciones estándar según los valores normativos por edad y escolaridad; el cumplimiento de este criterio podría sugerir cierta limitación cognitiva (Andel et al., 2003). Para valorar la aceptación de la hipótesis se utilizó la estadística inferencial, mediante la t de Student para grupos relacionados o dependientes y se calculó el tamaño del efecto de la intervención mediante la d de Cohen (Cohen, 1988).

## RESULTADOS

### Evaluación de la memoria de corto plazo en la medición basal

Al comparar los resultados obtenidos con los valores normativos se observa que más de la mitad de los adultos mayores se ubicaron por debajo de la media referida (GE=68.7% & GC=82.4%). Luego, al comparar los valores obtenidos con los valores límite considerados como normales o no limitados cognitivamente, se encontró que apenas una tercera parte del total de adultos mayores se encuentra dentro de los límites de normalidad (GE= 37.5% & GC= 17.6%) (Ver Tabla 3).

### Evaluación de la memoria de corto plazo en la medición final

Posterior a la intervención, se observó que más de la mitad de los adultos mayores del grupo experimental presentaron resultados favorables, es decir, se ubicaron por arriba de la media normativa y dentro de los límites considerados como normales (ver tabla 3).

Tabla 3

*Comparación de los valores obtenidos en la memoria de corto plazo con los valores normativos, por grupo y medición (n = 33)*

	Grupo experimental (n= 16)		Grupo de comparación (n= 17)	
	Medición basal %	Medición final %	Medición basal %	Medición final %
Porcentaje de adultos mayores que se ubican $\geq$ de la media normativa	31.3	62.5	17.6	41.2
Porcentaje de adultos mayores que se ubican $<$ de la media normativa	68.7	37.5	82.4	58.8
Adultos mayores que se encuentran dentro de los límites considerados normales	37.5	68.8	17.6	41.2
Adultos mayores que se encuentran fuera de los límites considerados normales	62.5	31.2	82.4	58.8

Fuente= Lista de palabras del CERAD

## Comparación de resultados

Al evaluar la efectividad de la musicoterapia para modificar la memoria de corto plazo en los adultos mayores del grupo experimental, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la memoria de corto plazo al comparar las mediciones basal y final ( $t= 2.254$ ,  $gl=15$ ,  $p= .040$ ). En tanto, que al comparar las diferencias entre las mediciones basal y final en el grupo de comparación se observó que no fueron significativas estadísticamente ( $t= 1.780$ ,  $gl=16$   $p= .094$ ) (Ver Figura 1).

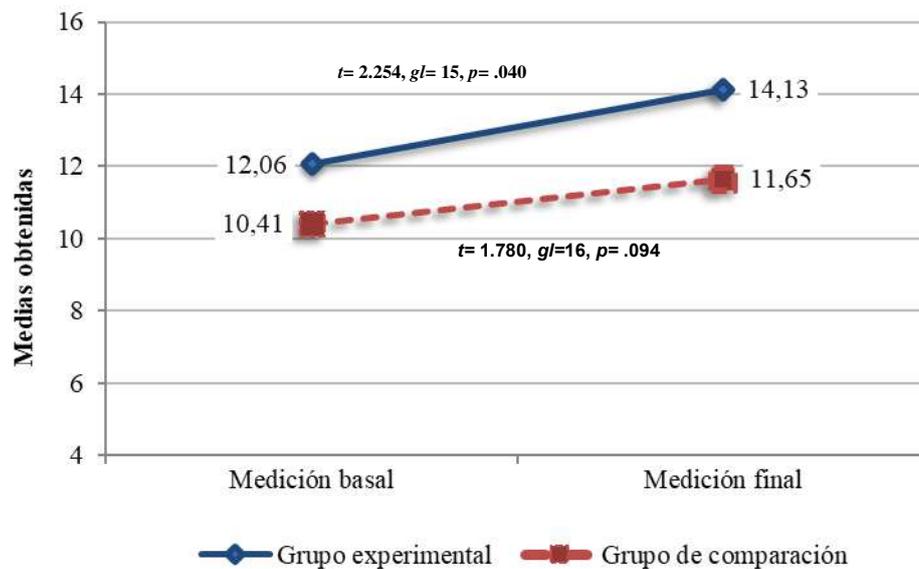


Figura 1. Memoria de corto plazo de los adultos mayores por medición y por grupo. (n = 33).

Para analizar el tamaño de efecto de la intervención se utilizó la *d* de Cohen la cual se basa en las diferencias de las medias resultando así una  $d= 0.5352007$  y  $r= .2585046$  y de acuerdo con la interpretación, se considera un tamaño de efecto pequeño (Cohen, 1988).

## DISCUSIÓN

Se cree que en el envejecimiento normal el declive en el rendimiento de la memoria podría estar relacionado con el proceso de evocación, la lentificación en el procesamiento de la información y la alta susceptibilidad de interferencia que tienen los adultos mayores y estos fueron algunos de los aspectos observados durante la implementación del estudio (Ardila & Rosselli, 2007; Sirven & Malamut, 2008).

En este estudio, los resultados de la memoria de corto plazo en ambas mediciones fueron inferiores a los reportados en otros estudios (Aguirre-Acevedo et al., 2007) y particularmente en la medición basal, más de la mitad de los adultos mayores se ubicaron por debajo del valor de referencia y reportaron puntuaciones por debajo de los límites de normalidad (Sosa et al., 2009).

Los resultados del grupo experimental apoyaron la suposición de que la intervención de musicoterapia promovería resultados favorables en la memoria de los adultos mayores en la medición final. Estos datos han sido congruentes con estudios previos en poblaciones similares de otros países (Chu et al., 2014; Solé Resano, Mercadal Brotons, de Castro, & Asensio Contesti, 2016); así como en adultos mayores con algún tipo de deterioro (García-Sevilla, Fernández, Fuentes, López, & Moreno, 2014).

En relación con las actividades desarrolladas durante la intervención, los estudios previos refieren resultados positivos sobre la memoria cuando la musicoterapia estuvo centrada en el canto (Sarkamo et al., 2014) y cuando se utilizó movimiento (Cheung, Lai, Wong, & Leung, 2018).

En tanto, los resultados del grupo de comparación parecen congruentes con lo reportado por la teoría, dado que algunos estudios sugieren que la memoria en el adulto mayor se ve afectada con una disminución aproximada de 0.25 DE durante un intervalo de 6 o 7 años (Ball et al., 2002). Lo que podría sugerir que la falta de cambios en la memoria de corto plazo de este grupo se relaciona con la proximidad entre las mediciones.

Varias limitaciones y sugerencias deben tenerse en cuenta para este estudio. En primer lugar, aunque el tamaño de la muestra es justificable en el contexto donde se realizó el estudio, se sugiere incrementar el tamaño de la muestra en futuros estudios. En segundo lugar, las actividades lúdicas del grupo de comparación también favorecieron cambios en la memoria en menor dimensión, por ello se sugiere que en los diseños de las futuras investigaciones se incluya un tercer grupo en lista de espera.

Por último, los sujetos estudiados corresponden a un área geográfica del norte del país, lo que limita la generalización de los resultados del estudio, por ello, se sugieren más estudios para abordar la misma temática en un contexto más amplio.

Considerando los resultados obtenidos se concluye que la intervención de musicoterapia y trabajo colaborativo de enfermería con profesionales en musicoterapia influye en la memoria de corto plazo del adulto mayor, lo cual podría favorecer su proceso de adaptación en el largo plazo. La intervención de musicoterapia reflejó una forma diferente de mejorar la memoria de corto plazo del adulto mayor, aunque dicha intervención la profesión de enfermería puede utilizarla, esta es muy poco conocida y replicada tanto en hospitales como en instituciones, por lo cual hay que darle mayor importancia para que los diferentes equipos de salud la realicen con diferentes poblaciones y en diferentes lugares obteniendo así favorables resultados.

## REFERENCIAS

- Aguilar, L., Barroeta, G., Castellanos, M., Colmenares, D., & Hernández, N. (2012). Escritura emocional y musicoterapia pasiva: efectos sobre el estrés de las enfermeras psiquiátricas. *Revista Científico Electrónica de Psicología*, 14(2), 226-250.
- Aguirre-Acevedo, D. C., Gómez, R. D., Moreno, S., Henao-Arboleda, E., Motta, M., Muñoz, C., . . . Lopera, F. (2007). Validez y fiabilidad de la batería neuropsicológica CERAD-Col. *Revista de neurología*, 45(11), 655-660.
- Amezcu, C. (2006). *Efectos de la música en el aprendizaje de tareas de razonamiento visoespacial*. (Doctor en Ciencias del Comportamiento, Neurociencias), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.
- Andel, R., McCleary, C. A., Murdock, G. A., Fiske, A., Wilcox, R. R., & Gatz, M. (2003). Performance on the CERAD Word List Memory task: a comparison of university-based and community-based groups. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18(8), 733-739. doi: 10.1002/gps.913
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual Moderno.

- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., . . . Willis, S. L. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *Journal American Medical Association*, 288(18), 2271-2281. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195506>
- Blackburn, R., & Bradshaw, T. (2014). Music therapy for service users with dementia: a critical review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(10), 879-888. doi: 10.1111/jpm.12165
- Blázquez, A., Galpasoro, I., González, R., Lubrini, G., Perriñez, M., Rios, L., . . . Zulaica, C. (2011). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: UOC S.L.
- Ceccato, E., Vigato, G., Bonetto, C., Bevilacqua, A., Pizziolo, P., Crociani, S., . . . Barchi, E. (2012). STAM protocol in dementia: a multicenter, single-blind, randomized, and controlled trial. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 27(5), 301-310. doi: 10.1177/1533317512452038
- Clements-Cortes, A., & Bartel, L. (2018). Are We Doing More Than We Know? Possible Mechanisms of Response to Music Therapy. *Frontiers in Medicine*, 5(255). doi: 10.3389/fmed.2018.00255
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2a ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330.
- Chávez-Oliveros, M., Rodríguez-Agudelo, Y., Acosta-Castillo, I., García-Ramírez, N., Rojas de la Torre, G., & Sosa-Ortiz, A. L. (2015). Semantic verbal fluency in elderly Mexican adults: reference values. *Neurología*, 30(4), 189-194. doi: 10.1016/j.nrl.2013.12.013
- Cheung, D. S. K., Lai, C. K. Y., Wong, F. K. Y., & Leung, M. C. P. (2018). The effects of the music-with-movement intervention on the cognitive functions of people with moderate dementia: a randomized controlled trial. *Aging & mental health*, 22(3), 306-315. doi: 10.1080/13607863.2016.1251571

- Chu, H., Yang, C. Y., Lin, Y., Ou, K. L., Lee, T. Y., O'Brien, A. P., & Chou, K. R. (2014). The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study. *Biol Res Nurs*, 16(2), 209-217. doi: 10.1177/1099800413485410
- Deason, R. G., Simmons-Stern, N. R., Frustace, B. S., Ally, B. A., & Budson, A. E. (2012). Music as a memory enhancer: Differences between healthy older adults and patients with Alzheimer's disease. *Psychomusicology: Music, Mind, and Brain*, 22(2), 175-179. doi: 10.1037/a0031118
- García-Sevilla, J., Fernández, P. J., Fuentes, L. J., López, J. J., & Moreno, M. J. (2014). Estudio comparativo de dos programas de entrenamiento de la memoria en personas mayores con quejas subjetivas de memoria: un análisis preliminar. *Anales de Psicología*, 30, 337-345.
- Giovagnoli, A. R., Oliveri, S., Schifano, L., & Raglio, A. (2014). Active music therapy improves cognition and behaviour in chronic vascular encephalopathy: a case report. *Complement Ther Med*, 22(1), 57-62. doi: 10.1016/j.ctim.2013.11.001
- Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E. M., & González López-Arza, M. V. (2017). Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurología*, 32(4), 253-263. doi: 10.1016/j.nrl.2014.11.001
- Hyver, D., & Gutiérrez, R. (2009). Geriatria (2a ed., pp. 441-450). México: Manual Moderno.
- Mesonero, V. A., & Fombona, C. J. (2013). Envejecimiento y funciones cognitivas: La pérdida de la memoria y los olvidos frecuentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 317-326.
- Montero, G. (2010). Neuroanatomía musical. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 595, 493-495.
- Moreno, M., Escamilla, Q., Galindo, P., Morales, M., Ortega, R., & Espinoza, A. (2015). GPC. Intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognoscitivo. Evidencias y recomendaciones *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-775-15* (pp. 39). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Morris, J. C., Heyman, A., Mohs, R. C., Hughes, J. P., van Belle, G., Fillenbaum, G., . . . Clark, C. (1989). The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, *39*(9), 1159-1165.
- Moussard, A., Bigand, E., Belleville, S., & Peretz, I. (2012). Music as an Aid to Learn New Verbal Information in Alzheimer's Disease. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, *29*(5), 521-531. doi: 10.1525/mp.2012.29.5.521
- Pedraza, C. (2013). Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. *Escritos de Psicología*, *6*, 1-4.
- Polonio, L. B. (2010). Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido (pp. 239-292). España: Editorial Medica Panamericana S.A.
- Portellano J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Samper, N., Llibre, R., Sánchez, C., & Sosa, P. (2011). El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *10*, 27-36.
- Sarkamo, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Numminen, A., Kurki, M., Johnson, J. K., & Rantanen, P. (2014). Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: randomized controlled study. *Gerontologist*, *54*(4), 634-650. doi: 10.1093/geront/gnt100
- Simmons-Stern, N. R., Budson, A. E., & Ally, B. A. (2010). Music as a memory enhancer in patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, *48*(10), 3164-3167. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.04.033
- Simmons-Stern, N. R., Deason, R. G., Brandler, B. J., Frustace, B. S., O'Connor, M. K., Ally, B. A., & Budson, A. E. (2012). Music-based memory enhancement in Alzheimer's disease: promise and limitations. *Neuropsychologia*, *50*(14), 3295-3303. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2012.09.019
- Sirven, J. I., & Malamut, B. L. (2008). *Clinical Neurology of the Older Adult* (2a ed., pp. 64-76). EEUU: Lippincott Williams & Wilkins (LWW).

- Solé Resano, C., Mercadal Brotons, M., de Castro, M., & Asensio Contesti, F. (2016). Personas mayores con demencia institucionalizadas: efectos de la musicoterapia versus los talleres de reminiscencia-recreación. *2016*, 2(1), 10. doi: 10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.59
- Sosa, A. L., Albanese, E., Prince, M., Acosta, D., Ferri, C., Guerra, M., . . . Stewart, R. (2009). Population normative data for the 10/66 Dementia Research Group cognitive test battery from Latin America, India and China: a cross-sectional survey. *BMC Neurology*, 9(48), 1-11. doi: 10.1186/1471-2377-9-48
- Sosa, A. L., Albanese, E., Stephan, B. C. M., Dewey, M., Acosta, D., Ferri, C. P., . . . Stewart, R. (2012). Prevalence, Distribution, and Impact of Mild Cognitive Impairment in Latin America, China, and India: A 10/66 Population-Based Study. *PLOS Medicine*, 9(2), e1001170. doi: 10.1371/journal.pmed.1001170
- Sotaniemi, M., Pulliainen, V., Hokkanen, L., Pirttila, T., Hallikainen, I., Soininen, H., & Hanninen, T. (2012). CERAD-neuropsychological battery in screening mild Alzheimer's disease. *Acta neurologica Scandinavica*, 125(1), 16-23. doi: 10.1111/j.1600-0404.2010.01459.x
- Van der Steen, J. T., Smaling, H. J. A., Van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R., & Vink, A. C. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). doi: 10.1002/14651858.CD003477.pub4



## “EL EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA SOBRE LA INTOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE EN LA EDAD AVANZADA”

“THE EFFECT OF AN EDUCATIONAL NURSING INTERVENTION ON INTOLERANCE TO UNCERTAINTY IN OLD AGE”

MCE. Gretel Alexandra García Morán<sup>1</sup>, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez<sup>2</sup>, Dr. Nicolás Padilla Raygoza<sup>3</sup>, Dra. María de Guadalupe Navarro Elías<sup>4</sup> y Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda<sup>5</sup>

Universidad Autónoma de Sinaloa - Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>6</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 25/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

### Resumen

Investigación cuantitativa, cuasi-experimental, con el objetivo de determinar el efecto de una intervención educativa de enfermería sobre la intolerancia hacia la incertidumbre en adultos en etapa de edad avanzada. Se aplicó intervención educativa de enfermería en sesiones de 90 minutos, 1 día a la semana, durante 9 semanas. La intolerancia a la incertidumbre fue evaluada antes y después de la intervención con la escala de intolerancia a la incertidumbre (IU). Se calculó razón de riesgos,  $z$  para dos proporciones y valor de  $p$ . El grupo de intervención tuvo 27 integrantes y el grupo comparación 25 integrantes, término a la intervención se encontró que en el grupo intervención 7 integrantes (25.93%) mostraron baja intolerancia a la incertidumbre, obteniendo  $Z$  para dos proporciones=2.19,  $p=0.029$  y razón de riesgo=6.48; La intervención educativa de enfermería fue efectiva para que disminuyera la intolerancia a la incertidumbre en el adulto de edad avanzada.

**Palabras clave:** *Intolerancia a la incertidumbre, intervención, enfermería, edad avanzada.*

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: Egresada de Maestría en Ciencias de Enfermería, Campus Celaya Salvatierra, Universidad de Guanajuato. México. Profesor de la Escuela Superior de Enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa. [greemorán@gmail.com](mailto:greemorán@gmail.com)

<sup>2</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>3</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>4</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>5</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>6</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

Quantitative, quasi-experimental research, with the objective of determining the effect of a nursing educational intervention on intolerance towards uncertainty in adults in the advanced age stage. Nursing educational intervention was applied in 90 minutes sessions, 1 day a week, for 9 weeks. Intolerance to uncertainty was evaluated before and after the intervention with the scale of intolerance to uncertainty (UI). Risk ratio was calculated, z for two proportions and value of p. The intervention group had 27 members and the comparison group 25 members, term to the intervention was found that in the intervention group 7 members (25.93%) showed low intolerance to uncertainty, obtaining Z for two proportions = 2.19, p = 0.029 and risk ratio = 6.48; The nursing educational intervention was effective in reducing intolerance to uncertainty in the elderly.

**Keywords:** *Intolerance of uncertainty, intervention, nurse, older adults.*

## INTRODUCCIÓN

En el ejercicio diario del cuidado enfermero se presentan situaciones en la cual el individuo es incapaz de conocer el significado de lo que está sucediendo, al no ser esperados, por la dimensión del daño o por experiencias con sentimiento de miedo y amenaza (Aimar, 2009), la incertidumbre definida por Merle H. Mishel como la incapacidad de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, apareciendo al momento de tomar decisiones sin visualizar los resultados (Raile, Marriner 2011) se puede presentar bajo diversas formas, de las cuales la falta de información es fundamental para el desarrollo de este fenómeno (Santos, Oliviera, et al., 2015), enfatizando en no catalogar el envejecimiento como una enfermedad sino el transbordar este concepto a la vida diaria del adulto mayor, al ser esta etapa de vida un nuevo evento que genera desconocimiento.

El incierto puede ser tan elevado en los pacientes que tienden a desarrollar intolerancia hacia la incertidumbre, resultando de un conjunto de pensamientos negativos sobre la incertidumbre y sus implicaciones (Rodríguez, Brenlla, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la edad avanzada es la etapa entrante al proceso de envejecimiento que incluye adultos mayores entre 60 y 74 años, la falta de conocimiento sobre el proceso de vida de envejecer puede ser un factor detonante de incertidumbre en el adulto en esta etapa (Secretaría de Salud, 2010).

La incertidumbre y los miedos que surgen en la edad avanzada, basados en experiencias, creencias e ideologías negativas fundamentadas por la sociedad y la familia, limitan más que las deficiencias físicas o mentales que los adultos pudieran padecer (Rodríguez, 2011).

A partir del estereotipo tan estigmatizado del envejecimiento, los cambios físicos, biológicos, psicológicos, neurológicos, hasta los problemas económicos, jubilación, viudez, pérdida de seres queridos, pérdida de vida sexual, desear una vida plena y topar con el rechazo de la sociedad, son algunos factores que interfieren en la causa de este fenómeno en el grupo de población envejecida (Stuart-Hamilton, 2002). El no aceptar la vejez, no reconocer las limitaciones, no tener independencia física y de decisión, son algunos factores estresantes que causan incierto sobre este proceso (Lezata, 2010).

Como parte de los antecedentes de este trabajo se pueden mencionar algunos estudios que sustentan el marco empírico como los siguientes:

Nuevo, Montorio y Cabrera (2006) llevaron a cabo un estudio en 111 personas no institucionalizadas, entre los 55 y 88 años, en el que destacan la importancia del grado de conocimientos sobre el envejecimiento y su primordial valor explicativo y preventivo sobre las afecciones emocionales en la edad avanzada.

Al respecto Nuevo, Wetherell, et. al. (2009) realizaron un estudio en 120 personas mayores de una comunidad, donde sugieren que un buen conocimiento del proceso de envejecimiento podría ayudar a disminuir el incierto y por lo tanto reducir el nivel de preocupación entre los adultos mayores.

Bomye, et. al., (2015), presenta en 28 adultos, una disminución en los niveles de intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y preocupación en una intervención de terapia cognitivo-conductual.

Hui, Zhihui (2016), en su estudio con 63 adultos mayores al que proporcionaron un sistema de apoyo, disminuyeron la ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre.

El apoyo educativo de enfermería pretende facilitar el aprendizaje de los adultos mayores con diversas actividades que logren estimular el conocimiento sobre el proceso de envejecimiento y sus implicaciones, desmintiendo los mitos sociales que rodean esta etapa de vida, logrando una mayor adaptación a ella.

Por lo anterior mencionado, el objetivo del estudio fue medir el efecto de una intervención educativa de enfermería sobre la intolerancia a la incertidumbre en el adulto en edad avanzada.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La muestra estuvo conformada por 52 adultos en edad avanzada, 27 en el grupo intervención y 25 en el grupo comparación. Se pidió información al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de Mazatlán sobre las colonias con mayor población de adultos mayores, en las listas se lograron identificar diversos grupos o clubs de adultos mayores por colonias, donde se reúnen para diversas actividades que les ofrecen el DIF y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Se realizó un muestreo aleatorio simple para seleccionar los clubs participantes, donde se identificaron a los adultos en etapa de edad avanzada, los clubs seleccionados fueron aleatorizados para asignarlos al grupo intervención y grupo comparación.

Para la selección de participantes se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: personas en etapa de edad avanzada de 60 a 74 años, personas en etapa de edad avanzada que presenten alta intolerancia a la incertidumbre (puntuación mayor o igual a 37 puntos en la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre) y adultos mayores que acepten participar voluntariamente en el estudio.

Los criterios de exclusión: adulto que presente discapacidad auditiva por auto reporte, adulto que presente una incapacidad cognitiva (puntuación menor o igual a 23 puntos en el test Minimental), adulto que presente depresión (puntuación igual o mayor a 6 puntos en la Escala de Depresión de Yesavage).

## **Instrumentos**

Se elaboró una ficha de identificación, la cual incluye 5 ítems de opción múltiple (edad, género, escolaridad, ocupación, estado civil). Para cumplir con los criterios de exclusión se aplicó el examen mínimo del estado mental (MMSE) de Folstein, el cual consta de 11 ítems que valoran funciones cognitivas (Velasco-Rodríguez, et al., 2012), de igual manera se empleó la Escala de depresión de Yesavage para la detección de depresión en el adulto mayor, en su versión corta de 15 reactivos, con una consistencia interna de  $r = .84$  (Secretaría de Salud, 2011).

Para medir la intolerancia a la incertidumbre se utilizó la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IU) versión reducida, el instrumento consta de 12 ítems con una escala de respuesta tipo likert de 5 opciones (1=Nada característico de mí, a 5=Extremadamente característico de mí) con un coeficiente de consistencia de 0.85 (Helsen, et al., 2013).

Para el análisis de resultados en las variables sociodemográficas se utilizó estadística descriptiva, para demostrar asociación de las variables se calculó Chi-cuadrada, para cuantificar el efecto de la intervención se calculó Razón de Riesgos (RR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%), además para probar hipótesis se calculó Z para dos proporciones y valor de p, para determinar significancia estadística el valor de p se fijó en 0.05

Para los procedimientos mencionados se utilizó el programa Stata 13.0® (Stata Corp., College Station, TX EUA).

## Procedimiento

A los integrantes de los clubs seleccionados que cumplieran con los criterios antes mencionados se les cito para la siguiente reunión informativa, al grupo de comparación se les informo que se les citaría después de 13 semanas de la primera aplicación del instrumento para una segunda aplicación de la escala de intolerancia a la incertidumbre y ofrecerles un resumen del taller educativo, ya que no formaron parte de la intervención.

A los integrantes del grupo intervención se les aplicó la intervención educativa de enfermería “Saber de buena tinta cómo envejecer” que se llevó a cabo en las instalaciones de INAPAM Mazatlán en sesiones de 90 minutos, 1 vez a la semana durante 9 semanas.

La intervención educativa ofreció conocimientos sobre qué es el envejecimiento, cuáles son los tipos de envejecimiento, qué es el envejecimiento exitoso, enfermedades más comunes en el envejecimiento, autocuidado del adulto mayor, mitos y realidades sobre envejecer, entrenamiento para el envejecimiento cerebral e información sobre los diversos programas y actividades que se ofrecen a los adultos mayores en el puerto de Mazatlán, de igual manera se llevaron a cabo diversas actividades, como cine debate y juegos de lotería. Al término de cada sesión se les agradecía su asistencia y se les recordaba hora y fecha de la siguiente sesión, al inicio de cada sesión se efectuaba una lluvia de ideas y se esclarecía cualquier duda o comentario sobre la sesión anterior.

## RESULTADOS

El rango de edad del grupo intervención fue de 60 a 74 años, con una media  $66.04 \pm 4.20$  y el grupo comparación de 60 a 72 años, con una media de  $63.72 \pm 3.79$ .

Las variables sociodemográficas de los participantes por grupo se muestran en la tabla 1, dichas variables no presentaron una significancia estadística como considerarse confusoras o modificadoras de efecto ( $p > .05$ ).

Tabla 1

*Características sociodemográficas del grupo intervención y comparación*

Variable	Grupo intervención n=27		Grupo comparación n=25		X <sup>2</sup>	Gl	P
	F	%	F	%			
Género					3.73	1	0.05
Femenino	20	74.07	12	48.00			
Masculino	7	25.93	13	52.00			
Escolaridad							
Primaria incompleta	11	40.74	9	36.00	-0.37*	-	0.71
Primaria completa	8	29.63	10	40.00	0.76*	-	0.45
Secundaria incompleta	2	7.41	2	8.00	0.14*	-	0.89
Secundaria completa	1	3.70	1	4.00	0.06*	-	0.96
Preparatoria incompleta	2	7.41	0	0.00	-1.39*	-	0.17
Preparatoria completa	1	3.70	1	4.00	0.06*	-	0.96
Licenciatura completa	2	7.41	2	8.00	0.08*	-	0.94
Estado civil							
Soltero	9	33.33	5	20.00	1.08*	-	0.28
Casado	10	37.04	13	52.00	1.09*	-	0.28
Divorciado	1	3.70	3	12.00	1.12*	-	0.26
Viudo	7	25.93	3	12.00	-1.27*	-	0.20
Unión libre	0	0.00	1	4.00	1.05*	-	0.29
Ocupación							
Ama de casa	15	55.56	11	44.00	-0.86*	-	0.39
Empleado u obrero	4	14.81	7	28.00	1.15*	-	0.25
Empleador o dueño	0	0.00	1	4.00	1.05*	-	0.29
Jubilado o pensionado	8	29.63	6	24.00	-0.41*	-	0.68

\*Z para dos proporciones independientes por no poder calcular X<sup>2</sup>

Fuente: ficha de identificación

Todos los participantes tuvieron alta intolerancia a la incertidumbre previo a la intervención, siendo un requisito de inclusión para el estudio. Posterior a la intervención el 25.93% presentó baja intolerancia a la incertidumbre en el grupo intervención, se muestra en la tabla 2.

Tabla 2

*Variable de estudio*

Variable	Baja intolerancia a la incertidumbre		Alta intolerancia a la incertidumbre	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Grupo intervención (n=27)	7	25.93%	20	74.04%
Grupo comparación (n=25)	1	4.00%	24	96.00%
$X^2= 4.79$ $gl= 1$ $p= 0.029$				

Fuente: Instrumento Escala de Intolerancia a la Incertidumbre

La RR fue de 6.48 con intervalo de confianza al 95% entre 0.87 a 49.03, arrojando que el grupo intervención tuvo 6.48 veces más de probabilidad de presentar baja intolerancia a la incertidumbre que el grupo comparación. Comparando la baja intolerancia a la incertidumbre entre el grupo experimental y comparación, Z para dos proporciones es igual a 2.19 con un valor de p de 0.029.

## DISCUSIÓN

A pesar de contar con sólo 52 participantes entre los dos grupos, se encontraron resultados significativos de acuerdo con la aplicación de la intervención educativa de enfermería. Las variables sociodemográficas (edad, género, escolaridad, estado civil y ocupación) no presentaron significancia para considerarse variables confusoras o modificadoras, concordando con lo encontrado por (González, et al., 2006), donde las variables sociodemográficas no presentaron relación con la intolerancia al incierto.

La RR nos indica que hay una gran probabilidad de presentar baja intolerancia a la incertidumbre y pertenecer al grupo de intervención, mientras que Z para dos proporciones nos permite aceptar la hipótesis alterna, la intervención educativa de enfermería disminuye la intolerancia a la incertidumbre en la edad avanzada, siendo estadísticamente significativa.

Concordando a lo encontrado por (Hui, 2016) donde el grupo experimental mostró una escala significativamente menor que el grupo comparación conforme a la intolerancia a la incertidumbre, reportando que una intervención de 12 semanas, una sesión por semana de dos horas disminuyó los niveles de intolerancia a la incertidumbre y ansiedad, el grupo comparación no mostró ninguna mejoría.

Coincidiendo con lo presentado por (Bomye, et. al., 2015), en el cual una intervención de 10 sesiones de una hora de terapia cognitivo-conductual, llevadas a cabo entre 10 y 12 semanas, disminuyó los niveles de intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y preocupación en 28 individuos adultos. Contrario a los resultados reportados de este estudio (Chae, 2017) expone que una intervención informativa de dos fases, la primera fase de 12 meses y la segunda de 3 meses, en adultos mayores, no reduce ni es benéfica para las personas con alta intolerancia a la incertidumbre.

Se considera el papel del profesional de enfermería muy importante, ya que es este personal el que debe de proporcionar y realizar acciones con el paciente adulto mayor para disminuir el incierto que le produce el envejecimiento, a través de una orientación y educación que enriquezcan la adaptación del individuo a su nueva etapa de vida, logrando disminuir los efectos psicológicos como la depresión, preocupación, angustia, etc., así como la creencia de la aparición de un evento negativo en su vida, apegándose a los propósitos del modelo de Merle H. Mishel.

## CONCLUSIONES

Se considera el papel del profesional de enfermería muy importante, ya que representa el pilar de cuidado y educación con más contacto con el adulto mayor, estos resultados sustentan la importancia de identificar la intolerancia a la incertidumbre en los adultos mayores, siendo la población con mayor predominio y decadencias, para lograr a través de diversas intervenciones la tolerancia al incierto, encaminando a este grupo a un envejecimiento funcional.

Concluyendo, la importancia de la promoción de la intervención educativa desde enfermería para la disminución de la intolerancia a la incertidumbre en el adulto de edad avanzada para lograr un cuidado de calidad.

## REFERENCIAS

- Aimar A. (2009). El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. *Índex de Enfermería*, 18 (2). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200009)
- Bomyea J, Ramsawh H, Ball TM, Taylor CT, Paulus MP, et. al. (2015). Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 33: 90-94. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.05.004
- Chae J. (2017), The Role of Intolerance of Uncertainty in the Repeated Exposure to Cancer Information. *J Psychosoc Oncol*, 35(3):335-345. doi: 10.1080/07347332.2016.1277822
- González M, Cubas R, Rovella A & Darias M. (2006). Adaptación Española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 2(16): 219-233. Recuperado en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/775/1386>
- Helsen K, Van den Bussche E, W.S Vlaeyen J & Goubert L. (2013). Confirmatory factor analysis of the Dutch Intolerance of Uncertainty Scale: Comparison of the full and short version. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat*, 44(1):21-29. Recuperado en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791612000638?via%3Dihub>
- Hui C & Zhihui Y. (2016). Group cognitive behavioral therapy targeting intolerance of uncertainty: a randomized trial for older Chinese adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*, 21(12): 1294-1302. doi: 10.1080/13607863.2016.1222349
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad, datos nacionales. Recuperado en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/saladeprensa/>

- Lezaeta C. (2010) Sociología gerontológica. *Rumbos TS*, (5):23–41. Recuperado en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/revistas/cl/rv-cl-rumbosts-005.pdf#page=21>
- Nuevo R, Montorio I & Cabrera I. (2006). Influencia del conocimiento sobre la vejez en la gravedad de la preocupación en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 41(2):111–6. Recuperado en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X06729341>
- Nuevo R, Wetherell JL, Montorio I, Ruiz MA & Cabrera I. (2009) Knowledge about aging and worry in older adults: testing the mediating role of intolerance of uncertainty. *Aging Ment Health*, 13(1):135–41.
- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Recuperado en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Raile M & Marriner A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. 6th ed. España: Elsevier Mosby.
- Rodríguez M & Brenlla M. (2015). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre. *Interdisciplinaria*, 32(2): 261-274. Recuperado en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272015000200004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272015000200004)
- Rodríguez R & Lazcano G. (2011). *Práctica de la geriatría*. 3ra ed. México: McGraw Hill/Interamericana.
- Santos L, Oliveira L, Munari D, Barbosa M, Peixoto M & Nogueira A. (2015). Cuando la comunicación es nociva en el encuentro entre profesional y familia del niño hospitalizado. *Enfermería Global*, 14(1):192–203. Recuperado en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84920368174&partnerID=tZOtx3y1>
- Secretaría de Salud ed. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/. (2011). Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. *IEPSA*. Recuperado en: [https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p\\_epi\\_del\\_adulto\\_mayor\\_en\\_mexico\\_2010.pdf](https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p_epi_del_adulto_mayor_en_mexico_2010.pdf)

Secretaría de Salud. (2011). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: CENETEC; 2011. Recuperado en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194\\_GPC\\_DEPRESION\\_AM/GPC\\_DEPRESION\\_ADULTO\\_1er\\_NIV.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf)

Stuart-Hamilton I. (2002) *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata.

Velasco-Rodriguez R, Godinez-Gomez R, Mendoza-Perez R, Torres-Lopez M, Moreno-Gutierrez I & Hilerio-Lopez A. (2012). Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. *Rev Enferm del Inst Mex del Seguro Soc.*, 20(2):91–6. Recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122f.pdf>



## “EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN LAS RESPUESTAS INEFICACES DE ADAPTACIÓN AL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO EN ADULTOS DE EDAD MEDIA”

“EFFECT OF A PSYCHO-EDUCATIONAL INTERVENTION ON INEFFECTIVE RESPONSES OF ADAPTATION TO THE AGING PROCESS IN MIDDLE-AGED ADULTS”

Dra. Ana Laura Carrillo Cervantes<sup>1</sup>, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez<sup>2</sup>, Dr. Héctor Daniel Vega Macías<sup>3</sup>, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto<sup>4</sup>, Dra. María de Jesús Jiménez González<sup>5</sup>, Dra. María de los Ángeles Villareal Reyna<sup>6</sup>

Universidad Autónoma de Coahuila, México, Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>7</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 30/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

### Resumen

Las respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento se convierten en un factor de riesgo para la presencia de alteraciones de salud durante la vejez, lo que se complica dado el número de personas adultas mayores y proyecciones a futuro. El propósito de la investigación fue evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento manifestadas a través de la presencia de estereotipos negativos y ansiedad en adultos de edad media. Se utilizó un diseño cuasiexperimental con grupo comparación y mediciones repetidas. En la intervención participaron 64 adultos maduros, que asisten a un Centro Polivalente de una Universidad Pública del noreste de México, quienes firmaron una carta de consentimiento informado. La intervención de enfermería mostró ser efectiva para modificar los estereotipos negativos y la ansiedad ante el envejecimiento.

**Palabras clave:** *Adulto de mediana edad, estereotipo, ansiedad, envejecimiento.*

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: Egresada de Doctorado en Ciencias de Enfermería del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato y Profesor de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila, México. [alcc\\_73@hotmail.com](mailto:alcc_73@hotmail.com)

<sup>2</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>3</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>4</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>5</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>6</sup> Profesor de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila, México.

<sup>7</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

Inadequate adaptation responses towards the process of aging are converted into a risk factor for the presence of health alterations during old age, which is problematic due to the number of elders and future projections. The main goal of this research was to evaluate the effect of a psycho-educational intervention in the efficient responses inside the process of adaptation in aging, manifested through the presence of negative stereotypes and anxiety in middle-aged adults. A quasi-experimental design was used with a comparison group and repeated measures. In the intervention, 64 elders, who assisted to a Multipurpose Center of a Public University in northern Mexico, participated and also signed a letter of informed consent. The nursing intervention showed to be effective in the modification of negative stereotypes and anxiety towards aging.

**Proposed Keywords:** *Middle-aged adult, stereotype, anxiety, and aging.*

## INTRODUCCIÓN

Las Personas Adultas Mayores (PAM), están aumentando más rápidamente que el resto de la población en casi todo el mundo. Esto se puede considerar un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional PAM, así como su participación social y su seguridad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

Estos cambios demográficos se llevarán a cabo en muy corto tiempo en países en desarrollo (OMS, 2016), como es México, resultando que en un corto tiempo la cantidad de personas en etapa de envejecimiento sea abrumadora y como una posible consecuencia, cuya autopercepción y percepción social no sea del todo favorable, presentándose así estereotipos negativos y ansiedad hacia el envejecimiento.

La percepción social no favorable del envejecimiento puede estar presente en todas las personas independientemente de su edad, sin embargo, en la etapa del adulto de mediana edad, retoma importancia, debido a la presencia de crisis de carácter psicológico, emocional y social propios de esta etapa (Papalia, Feldman, Matorell, 2013), aunado con la percepción negativa hacia la siguiente etapa de vida.

La bibliografía refiere que la presencia de estereotipos negativos y ansiedad hacia el envejecimiento afecta negativamente al rendimiento de los adultos mayores en el funcionamiento cognitivo y el rendimiento de conducción (OMS, 2015; Levy, Hausdorff, Hencke, Wei, 2000).

Afecta la percepción de la salud, aumenta la percepción de la soledad y comportamientos de dependencia (Levy, Slade, Kasl, 2002) y menor voluntad de vivir (Levy, Zonderman, Slade, Ferrucci, 2009). También se ha demostrado que se asocia con la depresión y el bienestar (Sánchez, Trianes, Blanca, 2009) aumenta el riesgo de hospitalización durante un período de diez años, aumenta la respuesta cardiovascular a estrés, influye negativamente en la recuperación de eventos cardiovasculares (Levy, Zonderman, Slade, Ferrucci, 2009), e incluso se asocia con mayor evidencia de patología de Alzheimer como mayor pérdida de volumen hipocampal y mayor acumulación de ovillos neurofibrilares y placas amiloides (Scholl, J., Sabat, S., 2008).

Todas estas complicaciones se vuelven un área de oportunidad para que los profesionales de enfermería implementen cuidados preventivos, en etapas de vida que anteceden al envejecimiento, para favorecer un envejecimiento saludable y mejorar la calidad de vida de las personas.

Butler menciona, que el contenido de los estereotipos subyace a un miedo y rechazo al envejecimiento, a la capacidad de aceptar el proceso de envejecimiento como una etapa más de la vida, lo que causa una continua contradicción con los valores narcisistas y eficientes de la juventud (Melero, 2007).

Una variable que puede predecir la presencia de estereotipos negativos hacia el envejecimiento es la ansiedad hacia el envejecimiento, la cual se construye a partir de otras medidas de ansiedad (por ejemplo, ansiedad de rasgo/estado, o ansiedad por la muerte) es una construcción separada de otras medidas de ansiedad y de construcciones parcialmente relacionadas con la gerontología como el bienestar psicológico y las actitudes hacia el envejecimiento. Se puede definir como la preocupación anticipada de pérdidas físicas, mentales y personales adversos durante el proceso de envejecimiento.

Lasher y Faulkender en 1993, mencionaron la importancia de la ansiedad ante el envejecimiento como un factor sobresaliente en el proceso de ajuste hacia el mismo. El desajuste puede manifestarse en cuatro dimensiones principales: dimensión física, psicológica y social y Salud Mental, transpersonal o espiritual. Estas cuatro dimensiones se sintetizan en tres miedos específicos: miedo al envejecimiento, miedo a ser viejo y miedo o ansiedad ante la gente vieja. Lasher, Faulkender (1993) y Rivera et al. (2014), han sugerido que la ansiedad podría mediar la relación entre los comportamientos hacia el envejecimiento y la adaptación al propio proceso del envejecimiento.

Con respecto a la ansiedad hacia el envejecimiento, es considerada como una combinación de anticipación de pérdidas y preocupación hacia el futuro centrados alrededor del proceso de envejecimiento (Levy, 2003; Levy, Zonderman, Slade, Ferrucci, 2009; Sánchez, Trianes, Blanca, 2009).

Algunos autores (Sarabia, Castanedo, 2015; McCleary, 2013; Huei-Lih, Hsiu-Hung, Huey-Shyan, 2013; Wurtele, Maruyama, 2012; Butler, Baghi, 2008), muestran que existen intervenciones que son efectivas en la disminución de estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento, en ellas se han abordado estrategias de diversos tipos como son: conocimientos acerca del envejecimiento, el contacto con adultos mayores, las reuniones intergeneracionales. La mayoría de estas intervenciones han sido realizadas en población joven y adultos mayores, sin embargo, no se encontraron intervenciones enfocadas a los adultos de mediana edad.

Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de la intervención psicoeducativa en los estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento en adultos de edad media.

## MÉTODO

### Participantes

En la intervención participaron 64 adultos maduros (40 a 59 años), que asisten a un Centro Polivalente de una Universidad Pública del noreste de México, quienes firmaron una carta de consentimiento informado. La intervención la terminaron 63 participantes (32 Grupo Experimental [GE] y 31 Grupo Comparación [GC]) finalizando con un 98% de retención.

En cuanto a la edad se obtuvo una media de 47.13 años y una desviación estándar (DE) de 6.47 del GE y media de edad de 50.13 y una DE=6.49 del GC. En su mayoría los participantes fueron mujeres (GE 96.6%, f=29; GC 96.8; f=30), católicas (GE 90.6, f=29; GC 90.6; f=29); casadas (GE 65.6%, f=21; GC 77.4; f=24); amas de casa (GE 84.4%, f=27; GC 67.7;f=21) y con estudios de secundaria (GE50,f=16; GC 35.5, f=11).

### Instrumentos

Para medir la variable de estereotipos negativos se utilizó el Cuestionario de estereotipos negativos hacia el envejecimiento (CENVE) (Sánchez, 2009). Está compuesto de 15 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos. Con una calificación total que va de 15 a 60 puntos. Puntuaciones altas indican un elevado grado de creencia en los estereotipos negativos de la vejez.

Para medir la dimensión de Ansiedad ante el envejecimiento se utilizó la escala de ansiedad ante el Envejecimiento (EAE), la cual fue elaborada por Lasher y Faulkner en 1993 y en el año 2007 fue adaptada a población mexicana por Rivera et al. (2014), está compuesta por 20 ítems, con una escala de respuesta de tipo Likert de 4 puntos, donde siete se evalúan de manera inversa (2, 5, 6, 8, 14 y 17). Con un puntaje total de 20 y un máximo de 80. Su objetivo es evaluar la ansiedad ante el envejecimiento como un factor sobresaliente en el proceso de ajuste hacia sí mismo.

## Tipo de estudio

Se utilizó un diseño de estudio cuasiexperimental (con grupo de comparación y mediciones repetidas (Burns, Grove, 2010; Polit, Hungler, 2000; Shadish, Cook, Campbell, 2015), con la finalidad de favorecer su control y validez interna, se presentó la igualdad de grupos, comprobada a través de pruebas estadísticas.

## Procedimiento

La intervención estuvo conformada de la siguiente manera:

- Fase de elaboración de intervención: El procedimiento para el diseño de la intervención de enfermería denominada “Adáptate al proceso de envejecimiento”, se realizó en dos etapas: la primera consistió en la búsqueda y análisis de las intervenciones publicadas acerca del fenómeno de estudio (Sidani, Braden, 2011). En ellas se realizó un análisis detallado de las estrategias de abordaje que mostraron efectividad para reducir las variables estudiadas. Se seleccionaron los contenidos que mostraron efectividad y se adaptaron a las condiciones de la presente investigación, obteniendo un primer bosquejo de los contenidos temáticos para la intervención. En una segunda etapa, con el primer bosquejo, se consultó a expertos de acuerdo con las temáticas seleccionadas (máster en educación, psicólogo y un profesor en educación física), se realizó una revisión adaptando los contenidos de acuerdo con las observaciones realizadas (Sidani, Braden, 2011). (Ver Tabla 1).

Tabla 1

*Intervención de Enfermería*

Sesión	Objetivo
1	Proveer un clima de integración en el grupo y conocer las expectativas de los participantes acerca del programa.
2	Conoce los principales conceptos del envejecimiento e identifica los mitos y realidades del mismo. Reconoce los principales conceptos y cambios que se dan en el envejecimiento.
3	Identifica los principales cambios físicos que se dan en el envejecimiento y cuáles son las principales causas de dependencia en el envejecimiento.
4	Identifica los tipos de afrontamiento y realiza actividades para fortalecer los positivos.
5	Identifica los principales síntomas y consecuencias de la ansiedad. Implementar estrategias para disminuir la ansiedad.
6	Que los adultos maduros identifiquen las ventajas de realizar actividad física y participen de manera activa en una sesión de tai chi.
7	Reconozca la importancia de mantener una actividad laboral durante el envejecimiento. Los adultos maduros utilizarán estrategias para realizar un plan de vida para el envejecimiento.
8	Que los adultos maduros reconozcan la importancia de la sexualidad en el envejecimiento. Que los adultos maduros comprendan la función e importancia de la sexualidad en la vida de las personas envejecidas.
9	Que los adultos maduros identifiquen los cambios que se producen en la memoria durante el envejecimiento. Que los adultos maduros participen de manera activa en el curso taller, son la finalidad de mantener o mejorar su capacidad de memoria.
10	Que los adultos maduros identifiquen los principales conocimientos adquiridos y reconozcan la importancia de haber participado en el programa.

- *Fase de reclutamiento y evaluación*, en donde se captaron a los adultos maduros en el Centro polivalente que desearan participar en la intervención, firmando una carta de consentimiento informado. Una vez que aceptaban participar se les aplicó la batería de instrumentos si cumplían con los criterios de inclusión.
- *Fase de intervención*. En esta fase se llevó a cabo la intervención cuyo objetivo fue la modificación de pensamientos negativos hacia el proceso del envejecimiento, remarcándolos de manera positiva. El tiempo de entrega de la intervención fue de seis meses, donde se incluyó medición pretest, intermedia.
- *Fase de post-evaluación*. Se llevó a cabo la medición final y a las 10 semanas se realizó la medición de seguimiento comparar resultados.

## **Análisis de resultados**

Estereotipos Negativos hacia el envejecimiento y Ansiedad ante el Envejecimiento. Se realizó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para contrastar la hipótesis de normalidad en la distribución de las variables continuas, se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionada con la finalidad de identificar las posibles diferencias Pre- Post tratamiento, ANOVA de mediciones repetidas para estereotipos negativos y Friedman para Ansiedad ante el envejecimiento. Para medir el efecto de la intervención se plantearon intervalos de confianza para proporciones al 95%, lo cual permitió asociar un margen de error a las estimaciones generadas en la investigación.

## **RESULTADOS**

La intervención la terminaron 63 adultos maduros, los cuales experimentan estereotipos negativos hacia el envejecimiento, lo que indica la presencia de creencias negativas hacia el envejecimiento, evidenciados por el valor mínimo de 71.11 en un índice del 0 al 100, donde a mayor puntaje mayor presencia de estereotipos. Por dimensiones la más afectada fue la de carácter personalidad ( $X=87.90$ ;  $DE=11.66$ ), la cual habla de las creencias encaminadas a las carencias afectivas interpersonales y falta de intereses vitales de las PAM; seguida de la dimensión de salud ( $X=87.70$ ;  $DE=10.46$ ) la que hace referencia a las creencias generalizadas acerca del deterioro general de salud y presencia de discapacidades y por último la de motivacional social ( $X=80$ ;  $DE=13.75$ ), esta dimensión habla de las creencias acerca de la rigidez mental y comportamientos infantilizados acerca de las PAM.

En la gráfica 1 se pueden observar los valores individuales de los estereotipos de la primera y segunda medición del grupo experimental (panel A), y el grupo comparación (panel B). En la cual se puede observar que hubo un descenso en los valores individuales obtenidos de la medición inicial comparada con la final en el grupo experimental. Mientras que en el grupo comparación los valores obtenidos en ambas mediciones muestran valores muy similares.

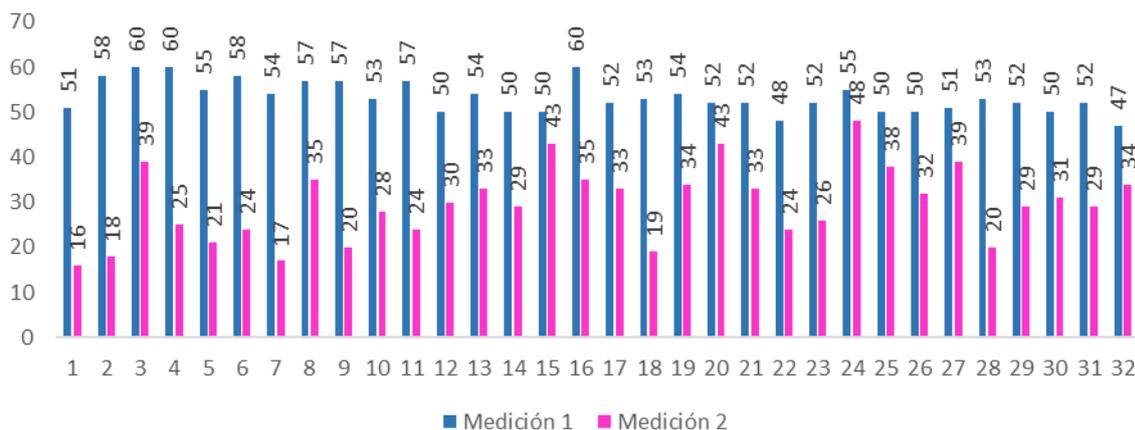


Figura 1A

Panel A grupo experimental. Estereotipos negativos hacia el envejecimiento. Comportamiento de medias de sujetos por tiempo y grupo.

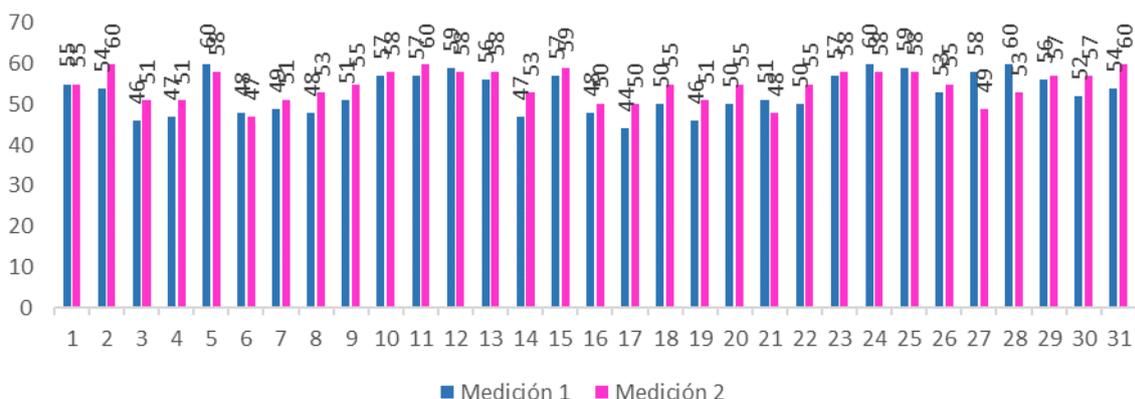


Figura 1B

Panel B grupo comparación Estereotipos negativos hacia el envejecimiento. Comportamiento de medias de sujetos por tiempo y grupo.

Fuente: levantamiento propio con base en CENVE.

En lo que respecta a la Ansiedad ante el envejecimiento, la cual se refiere al miedo hacia el envejecimiento de los otros, preocupaciones relacionadas con el cambio de la apariencia física y por último miedo anticipado a las pérdidas en la vejez se encontró que el 50% de los participantes presentó niveles de ansiedad altos (Md=77.50 y Md=75) en el grupo experimental y comparación respectivamente, la ansiedad es la presencia de sentimientos negativos hacia el envejecimiento lo cual puede impedir que el adulto maduro de adapte al proceso del envejecimiento.

En la gráfica 2 se pueden observar los valores individuales de la ansiedad de la primera y segunda medición del grupo experimental (panel A), y el grupo comparación (panel B). En donde se puede observar un leve descenso en los valores individuales obtenido de la medición inicial comparada con la final en el grupo experimental.

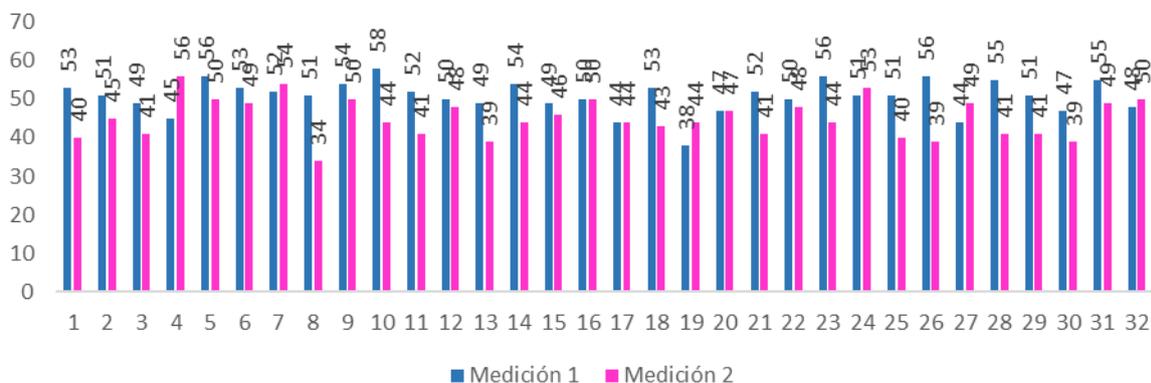


Figura 2A

Panel A grupo experimental. Ansiedad ante el envejecimiento. Comportamiento de medias de sujetos por tiempo y grupo.

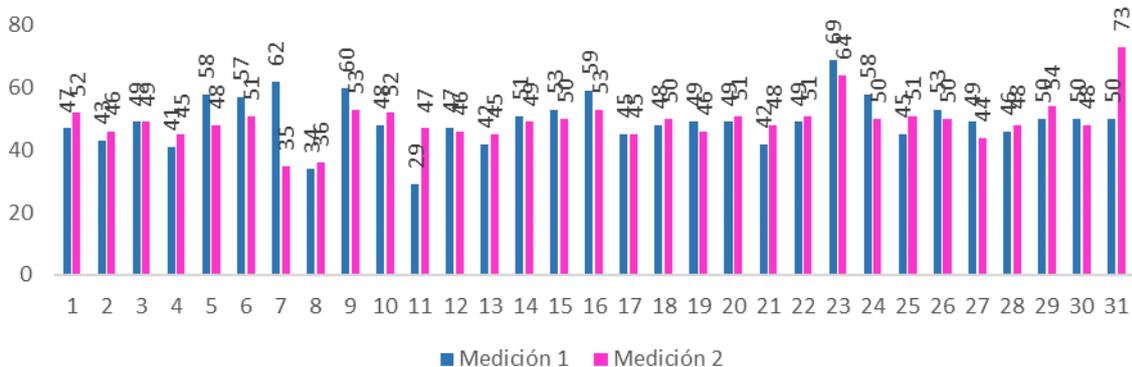


Figura 2B

Panel B grupo comparación. Ansiedad ante el envejecimiento. Comportamiento de medias de sujetos por tiempo y grupo.

Fuente: levantamiento propio con base en EAE.

Se realizaron análisis paramétricos, bajo supuestos de normalidad y homocedasticidad. Se proceso de la prueba  $t$  para muestras independientes la cual fue conducida para comparar las puntuaciones de estereotipos negativos hacia el envejecimiento en el grupo experimental y grupo control de la medición final, asumiendo que las varianzas son heterocedásticas ( $F=14.01$ ,  $p<0.05$ ), se encontró que hubo diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas para el grupo experimental y comparación ( $\bar{X} = 32.57$ ,  $DE=18.3$  y  $\bar{X} = 88.24$ ,  $DE= 8.45$ , respectivamente;  $t=-15.69$ ,  $Gl=44.17$ ;  $p<0.05$ ), por lo que se asume que los adultos maduros que participaron en el Programa Adáptate mostraron una diferencia significativa en la media comparada con la del grupo comparación.

En cuanto a la ansiedad ante el envejecimiento para ver la diferencia de medias entre el grupo experimental y comparación de la medición final de la ansiedad ante el envejecimiento se encontró que existe una diferencia significativa entre el valor obtenidos en el grupo experimental ( $Md= 37.50$ ,  $n1 = 32$ ) y comparación ( $Md = 71.66$ ,  $n2 = 31$ ),  $U= 47.00$ ,  $z = -6.17$ ,  $p = 0.000$ .

Se llevo a cabo un ANOVA de mediciones repetidas para comparar los estereotipos negativos hacia el envejecimiento en el Tiempo 1 (antes de la intervención), Tiempo 2 (después de la intervención) y Tiempo 3 (seguimiento a las 10 semanas). Las medias y las desviaciones estándar son presentadas en la Tabla 2.

Tabla 2

*Datos descriptivos y ANOVA de Estereotipos negativos por grupo y tiempo.*

Variable	G1 (n1 = 32)	G2 (n2 = 31)	F(1,61)	Valor de p
Tiempo 1	85.20	84.16	7.18	.009
Tiempo 2	32.53	88.24	14.03	.000
Tiempo 3	23.82	81.87	1.06	.306

Fuente CENVE G1= Grupos Experimental; G2= Grupo Comparación.

La Tabla 3 muestra los resultados del ANOVA de mediciones repetidas incluyendo el análisis multivariado para la dimensión estereotipos. El análisis comprende de la medición inicial a la medición de seguimiento T1 al T3. La prueba de contrastes multivariados permite apreciar que al seguimiento de la intervención tuvo efecto significativo de la interacción tiempo por grupo, con un tamaño de efecto grande ( $\eta^2 = 0.879$ ).

Tabla 3

*ANOVA de mediciones repetidas para estereotipos negativos hacia el envejecimiento*

Efectos del tiempo 1 al tiempo 3					
Contraste multivariado	$\lambda$		$F$	$p$	$\eta^2$
Tiempo x Grupo	.121		218.69	.000	.879
Fuente de variación	$gl$	$CM$	$F$	$p$	$\eta^2$
<b>Entre-Sujetos</b>					
Grupo	2	21318.76	202.86	.000	.769
Error	122	105.09			
<b>Intra-Sujetos</b>					
Tiempo	1	822504.90	43512.32	.000	.983
Tiempo x Grupo	1	66627.12	284.51	.000	.823
Error	61				

En cuanto a la ansiedad se procesó la prueba de Friedman, la cual indicó que hubo una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de Ansiedad ante el envejecimiento a través de los tres tiempos (Tiempo 1 o preintervención, Tiempo 2 o postintervención y Tiempo 3 o seguimiento a las 10 semanas),  $X^2(2, n = 63) = 66.31$ ,  $p = 0.000$ . La inspección de los valores de la mediana mostró un decremento en las estadísticas de ansiedad desde la preintervención ( $Md = 76.66$ ) a la postintervención ( $Md = 50.00$ ) y una disminución mayor en el seguimiento ( $Md = 45.00$ ). (Ver tabla 4)

Tabla 4

*Friedman para ansiedad ante el envejecimiento.*

	N	Percentiles		
		25	50 (Mediana)	75
EAE Tiempo 1	63	68.33	76.67	81.67
EAE Tiempo 2	63	35.00	50.00	71.67
EAE Tiempo 3	63	31.66	45.00	61.67

Fuente: levantamiento propio basado en EAE; N= muestra.

En síntesis, se obtuvieron evidencias estadísticamente significativas de que la intervención psicoeducativa de enfermería tuvo efectos positivos en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento de los adultos maduros que participaron en el grupo experimental en contraste con el grupo comparación, disminuyendo sus estereotipos negativos hacia el envejecimiento y los niveles de ansiedad ante el envejecimiento al final de la intervención y manteniéndola a través del tiempo.

## CONCLUSIONES

El presente estudio cumplió el objetivo de evaluar el efecto de la intervención psicoeducativa en los estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento en adultos de edad media. Se concluye que la intervención mostró un efecto positivo en la disminución de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento de los participantes del grupo experimental a diferencia del grupo comparación. Lo que sugiere que el adulto maduro que recibe información sobre el proceso normal del envejecimiento tiene menos creencias negativas en las áreas de la salud, motivación- social y carácter-personalidad acerca del envejecimiento, estos resultados coinciden con Sarabia y Castanedo; con Butler y Baghi; y Mc Cleary; Wuertele y Maruyama; Hwang , Wang, Lin. Con lo cual podemos inferir que la intervención psicoeducativa permitió a los adultos maduros modificar sus creencias y sensaciones acerca de ellos mismo el lugar que ocupan en la sociedad durante su vida.

Así mismo, presenta menor nivel de ansiedad ante el envejecimiento manifestada por el temor a los cambios físicos del envejecimiento, pérdida del control y dependencia, pérdida de trabajo y relaciones sociales y por último la confrontación a la muerte. De esta manera, el adulto maduro ve el envejecimiento como una etapa más de la vida, como parte de un proceso normal y en el que todas las personas van a pasar por ella, también reconoce que en esta etapa hay presencia de enfermedades y problemas en diversas índoles, sin embargo, estas características no deben generalizarse a todas las personas adultas mayores.

Los resultados encontrados del nivel de estereotipos negativos hacia el envejecimiento en esta investigación de manera global y por dimensiones coinciden por los encontrados por Lasagni, Bernal, Tuzzo, Rodríguez, Heredia y Muñoz; Menéndez, Cuevas-Toro, Pérez-Padilla y Lorence, lo cual significa que la presencia de estereotipos negativos hacia el envejecimiento está presente en poblaciones de diferentes contextos sociales y culturales.

En cuanto a los niveles de ansiedad ante el envejecimiento, los resultados encontrados en esta investigación, son superiores a lo reportado por Serrani-Azcurra; Allan y Johnson, dicha diferencia pudiera deberse a que la población del presente estudio presenta mayor edad que la reportada por los dos autores y una menor convivencia con PAM ya sea en el hogar o en el área de trabajo, también es importante recalcar que según Serrani-Azcurra el contacto con PAM tiene una influencia en el nivel de ansiedad ante el envejecimiento lo cual pudiera explicar la diferencia antes mencionada.

### **Limitaciones**

En virtud de que las participantes en esta investigación representan un conjunto de personas con características muy específicas, es difícil la generalización por lo que los resultados deben ser tomados con cautela y ser considerados para poblaciones con características muy similares a la muestra estudiada.

La muestra es relativamente pequeña, por lo que se considera que una muestra más grande podría confirmar los resultados con mayor poder estadístico. Los grupos estuvieron conformados en su mayoría por mujeres, amas de casa y con niveles de escolaridad baja, lo que puede representar una limitante y a la hora de querer comparar los resultados con otros grupos tendrá que ser con grupos de características similares.

El comportamiento de la variable de ansiedad ante el envejecimiento mostró una leve modificación en el grupo comparación, lo cual puede explicarse por el tiempo de duración de la intervención en ambos grupos (10 semanas, 10 sesiones) y el tiempo de convivencia que se daba al finalizar cada sesión.

## REFERENCIAS

- Organización Mundial de la salud. [Internet]. Envejecimiento y ciclo de vida [consultado 15 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
- Papalia, D.E., Feldman, R.D., Martorell, G. (2012). Desarrollo Psicosocial en la adultez media. *En Desarrollo Humano*. (pp.508-537). México: Editorial McGraw Hill.
- WHO. Echar abajo los estereotipos [Internet]. *World Health Organization*; 2015. [Consultado 10 Octubre 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/about/fighting\\_stereotypes/es/](http://www.who.int/ageing/about/fighting_stereotypes/es/).
- Levy, B.R., Hausdorff, J.M., Hencke, R., Wei, J.Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55(4) 205–213. doi: 10.1093/geronb/55.4.p205
- Levy, B.R., Slade, M.D., Kasl, S.V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57(5): 409–417. Doi: 10.1093/geronb/57.5.p409
- Levy, B.R., Zonderman, A.B., Slade, M.D., Ferrucci, L. (2009). Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychol Sci*. ; 20(3):296–298. doi:10.1111/j.1467-9280.2009.02298.x
- Sánchez, C., Trianes, V., Blanca, J. (2009) Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 44(3):124–129. Doi: DOI: 10.1016/j.regg.2008.12.008
- Scholl, J., Sabat, S. (2008) Stereotypes, stereotype threat and ageing; implications for the understanding and treatment of people with Alzheimers disease. *Ageing & Society*
- Melero, L. (2007) Modificaciones de los estereotipos sobre los mayores. *Comunicación e personas maiores: Actas do Foro Internacional*. Ianlet: Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2651192>
- Lasher, K.P., Faulkender, P.J. (1993). Measurement of aging anxiety: Development of the anxiety about aging scale. *Int J Aging Hum Dev*. 37(4): 247–259. Doi:[10.2190/1U69-9AU2-V6LH-9Y1L](https://doi.org/10.2190/1U69-9AU2-V6LH-9Y1L)

- Rivera, L., Montero, L., González, C., Sánchez, S. (2014). Escala de ansiedad ante el envejecimiento de Lasher y Faulkender: propiedades psicométricas en adultos mayores mexicanos. *Salud Ment*; 30(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58230408.pdf>
- Levy, B.R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*; 58(4): 203–P211. Doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203>
- Sarabia, C., Castanedo, P. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería GEROKOMOS [Internet]. España. Disponible en: <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/04/26-1-2015-010.pdf>
- McCleary, R. (2013). Using Film and Intergenerational Colearning to Enhance Knowledge and Attitudes Toward Older Adults. *Educational Gerontology*; 40(6):414-426.
- Huei-Lih, H., Hsiu-Hung, W., Huey-Shyan, L. (2015). Effectiveness of Supervised Intergenerational Service Learning in Long-term Care Facilities on the Attitudes, Self-transcendence, and Caring Behaviors Among Nursing Students: A Quasiexperimental Study. *Educ Gerontol*, 39(9):655–668. Disponible en: DOI: 10.1080/03601277.2012.734159
- Wurtele S, Maruyama L. (2012). Changing Students' Stereotypes of Older Adults. *Teaching of Psychology*, 40(1):59-61.
- Butler FR, Baghi H. (2015). Using the Internet to facilitate positive attitudes of college students toward aging and working with older adults. *J Intergener Relatsh*, 6(2):175–189. Disponible en: [https://keycenter.unca.edu/sites/default/files/Internet\\_for\\_Intergeneration.pdf](https://keycenter.unca.edu/sites/default/files/Internet_for_Intergeneration.pdf)
- Sánchez, C. (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas [tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga. Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/16704046.pdf>
- Sánchez, C., Trianes, V., Blanca, J. (2009). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 44(3):124–129.
- Burns, N., Grove, K. (2012). *Investigación en Enfermería*. 5th ed. Alicante.





## “DETERIORO COGNITIVO E INDEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE MÉXICO”

### “COGNITIVE IMPAIRMENT AND INDEPENDENCE IN OLDER ADULTS IN CENTRAL MÉXICO”

Dra. Alejandra Alicia Silva Moreno<sup>1</sup>, Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda<sup>2</sup>, Dr. Vicente Beltrán Campos<sup>2</sup>, Dra. Marisol Silva Vera<sup>2</sup>

Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>3</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 30/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

### Resumen

El presente estudio de tipo descriptivo cuantitativo tiene el objetivo de identificar el deterioro cognitivo y el nivel de independencia de los adultos mayores que asisten a los centros gerontológicos del estado de Guanajuato, México. Se utilizó una muestra por conveniencia de 64 personas. Los instrumentos aplicados fueron el Examen Cognoscitivo Mini-Mental basado en la versión de 30 puntos con ajuste para personas con escolaridad menor a 3 años, y el índice de Barthel de actividades de la vida diaria para evaluar la independencia. El análisis de los datos se realizó con estadística descriptiva. Se encontró un deterioro cognitivo del 20.90%, el nivel de independencia fue de dependencia leve a totalmente independiente. El 93.75% de los adultos mayores eran totalmente independientes, el 15.63% requerían alguna ayuda para subir o bajar escaleras y el 1.56% presenta total incontinencia.

**Palabras clave:** *Adulto mayor, deterioro cognitivo, independencia en el adulto mayor.*

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.  
[aa.silva@ugto.mx](mailto:aa.silva@ugto.mx)

<sup>2</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>3</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

The present study quantitative descriptive type has the objective of identifying the cognitive impairment and level of independency of the older-adults who attend the gerontological centers in the State of Guanajuato, Mexico. A convenience sampling comprised of 64 older adults, was implemented. The evaluation instruments applied were the Cognitive Mini-Mental state examination based on the 30-point version with adjustment for people with less than 3 years of education, and the Barthel Activities of Daily Living index to assess the population's independence. The analysis of the data were completed with descriptive statistics. A prevalence of cognitive impairment of 20.90 was found, the level of independence ranging from the minimal dependency to fully independent. 93.75% of the older adults were independent, 15.63% required assistance in ascending and/or descending stairs and only 1.56% are totally incontinent.

**Keywords:** *Older adults, Cognitive impairment, Mini-Mental, Barthel index, Independence elderly.*

## INTRODUCCIÓN

El éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico de los países ha contribuido al aumento en la esperanza de vida de la población y a la disminución de la tasa de natalidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la proporción de personas de 60 años o más aumenta rápidamente cada año en el mundo, por lo que surge el desafío de prolongar su capacidad funcional, salud y participación en la sociedad (OMS, 2015).

El envejecimiento se relaciona con daños celulares acumulados durante toda la vida con un deterioro progresivo que provocan el riesgo de enfermedades, es una etapa en la vida de los seres humanos y es inevitable que existan cambios y alteraciones complejas, físicas, fisiológicas y mentales, que afectan la salud, autonomía y su convivencia en la vida diaria. La población mundial está envejeciendo rápidamente, según la OMS para el 2050 se duplicará la población de adultos mayores, pasará de un 12% a un 22%, se estima que en el año 2050 exista una población de 2100 millones.

En México según el Consejo Nacional de población (CONAPO) el crecimiento de la población de adultos mayores ha ido en aumento, paso de 792.9 mil en 1950, a 1.8 millones en 1970 y de 4.9 millones en 2000 hasta alcanzar 8.2 millones de personas en ese grupo en 2015, es decir, se multiplicó poco más de diez veces entre 1950 y 2015, también ha existido un descenso en la tasa de mortalidad, en 1951 se registraban 18.4 defunciones por cada mil habitantes y en el 2015 5.8 defunciones por cada mil habitantes (CONAPO, 2018).

Al igual que a nivel mundial, en México la esperanza de vida también se ha incrementado, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ahora es de 75.2 años; debido a un aumento en la expectativa de vida, el adulto mayor se vuelve vulnerable a adquirir enfermedades, o presentar discapacidades físicas y mentales, afectando su participación en la sociedad y su calidad de vida. Aunque se sabe que el envejecimiento biológico no corresponde a los años vividos existen personas que sufren deterioro a edades más tempranas.

Los adultos mayores, dependiendo de su entorno físico, social y sus hábitos de salud, van presentando una disminución de las capacidades funcionales como la movilidad, el control de esfínteres, el deterioro cognitivo como del pensamiento, la memoria, la percepción, la orientación, el cálculo, la resolución de problemas, que afectan su independencia, por lo tanto, su calidad de vida y en algunos casos requieren de cuidados y cuidadores que puedan ayudarles. El estado de salud de los adultos mayores se puede definir en términos del mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar; lo integran la capacidad intrínseca de la persona, el entorno y su interacción (OMS, 2015).

El envejecimiento saludable es un concepto muy amplio que incluye el curso de la vida y las perspectivas funcionales, la OMS lo define como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (OMS, 2015), para mantener la capacidad funcional del adulto mayor es fundamental realizar evaluaciones para establecer un diagnóstico de su situación y generar estrategias adecuadas a la población de adultos mayores.

Prolongar la autonomía y la independencia en el adulto mayor (AM), por medio del autocuidado, se traduce en una mejor calidad de vida para él y además de una menor carga económica y social para las familias.

Cuando existe un incremento en la población envejecida a nivel mundial, es importante realizar investigaciones en esta área e identificar las condiciones de salud de los adultos mayores, para prevenir enfermedades y el deterioro físico y mental, asegurar la detección temprana y el control, para apoyar con acciones que mejoren la capacidad funcional y promuevan la participación activa de los AM; buscando implementar estrategias que ayuden a prolongar la independencia del AM, como programas de actividades y ejercicios, adaptados a las situaciones de cada grupo o individuo, de acuerdo a su situación y entorno.

El estado de Guanajuato está localizado en el centro de México, tiene una tasa de crecimiento de 1.9% anual (CONAPO, 2017), por lo que en este siglo el tema de los adultos mayores es uno de los grandes temas de la política poblacional (CONAPO 2017).

En México existe una gran tradición de migración de personas en edades laborales hacia los Estados Unidos, por lo que en los municipios con alta intensidad migratoria existe una tasa de envejecimiento más alta que a nivel nacional, entre los municipios con alto índice de intensidad migratoria esta Guanajuato.

En Guanajuato el 9.5% de la población son adultos mayores de los cuales el 53.5% son hombres y el 46.4% son mujeres según reporte del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM); por otro lado, según el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) se tiene una esperanza de vida mayor que la media nacional siendo de 75.6 años; 78.2 años para las mujeres y 73.8 para los hombres, población de adultos mayores en el estado de Guanajuato (CENAPRECE 2012). En Guanajuato actualmente el porcentaje de personas mayores se encuentran entre los 60 y 70 años (INAPAM, 2015).

El deterioro cognitivo está asociado con el desarrollo de demencia y la pérdida de la independencia y puede identificarse por un puntaje en el examen Mini-Mental (Folstein, Folstein, y McHugh, 1975), es una prueba rápida y fácil de aplicar, que puede ayudar para indicar las funciones que van presentando deterioro, evalúa la capacidad cognitiva en los aspectos de orientación temporal, espacial, de la memoria inmediata y de evocación, calculo, lenguaje- nominación, repetición, comprensión escrita y dibujo (Velasco, Llorente-Ayuso, Contador, & Bermejo-Pareja, 2015).

En México se ha estudiado poco sobre la independencia y el deterioro cognitivo. En un estudio transversal realizado en los países de Cuba, República Dominicana, Perú, México, Venezuela, Puerto Rico, China e India con 15,376 personas mayores de 65 años sin demencia, se realizaron evaluaciones estandarizadas de la salud mental, física y la función cognitiva, se estudió el deterioro cognitivo según los criterios de la clínica Mayo y la asociación con las condiciones sociodemográficas, los resultados fueron similares para Latinoamérica, en México participo una muestra de 1,821 personas y se presentó una prevalencia del 2.8% con poca relación con la actividad física, pero no con la edad o el bajo nivel de educación (Sosa et al., 2012).

En un estudio con 298 adultos mayores realizado en la ciudad de México, se encontró que existe mayor independencia en las mujeres que en los hombres y que la dependencia aumenta con la edad (Jiménez-Aguilera, Baillet-Esquivel, Ávalos-Pérez, y Campos-Aragón, 2016).

Se realizó un estudio en el área metropolitana de Guadalajara y se reportó una prevalencia del 13.8 % de deterioro cognitivo, no existieron diferencias significativas según el sexo (Ortiz et al., 2012).

En una investigación del 2007 realizada en la ciudad de México se identifican los factores asociados al deterioro cognoscitivo (Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A y Ruiz-Arregui L, 2007). En un trabajo basado en el estudio nacional longitudinal sobre salud y envejecimiento en México, se encontró una prevalencia del 28.7% de deterioro cognitivo para la población Mexicana (Mejia-Arango y Gutierrez, 2011).

En otro estudio realizado en la población Mexicana se encontró que la identificación temprana del deterioro cognitivo y los factores predictores de la demencia son importantes para prevenir su progresión (Aguilar-Navarro et al., 2017).

El aumento en la esperanza de vida de los adultos mayores en Guanajuato requiere que se realicen investigaciones sobre el deterioro cognitivo y su diagnóstico para fortalecer la prevención. El propósito de éste trabajo es determinar el deterioro cognitivo y el nivel de independencia de los adultos mayores que asisten a los centros gerontológicos al este del estado de Guanajuato.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

El tamaño de la muestra se estimó considerando una población infinita con un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 12%, fue una muestra no probabilística por conveniencia con 64 participantes mayores de 60 años, de ambos sexos que pertenecían a algún centro Gerontológico del estado de Guanajuato, que firmaron el consentimiento informado. Criterios de exclusión fueron, no poder caminar, o con problema mental notorio.

### **Instrumentos y materiales**

Se utilizó el examen cognoscitivo Mini-Mental que es una escala breve de fácil aplicación para evaluar el deterioro cognitivo, el desempeño en la prueba se ve influenciado por la edad y el nivel de educación, se utilizó la versión de 30 puntos para personas con escolaridad superior a los 3 años y con 22 puntos para personas con menos escolaridad, en las que se evalúa la atención temporal, la concentración, el lenguaje, la memoria, la abstracción, la percepción espacial, la capacidad de seguir instrucciones, esta evaluación para personas sin escolaridad se realizó con el punto de corte en 16 puntos, valores menores a este indican un déficit cognitivo, para las personas con escolaridad, el punto de corte fue de 23, valores menores indican un deterioro cognitivo, para pacientes no geriátricos puntuación menos a 27 se considera con deterioro cognitivo (Torres-Castro, et al. 2017).

Tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 75% para detectar el deterioro cognitivo.

También se utilizó la escala de autonomía para las actividades de la vida diaria Barthel modificada por Shah (1989) (Shah, Vanclay, y Cooper, 1989). Originalmente la escala de Barthel se desarrolló para evaluar la discapacidad y la evolución en pacientes hospitalizados con problemas neuromusculares y musculoesqueléticas (González et al., 2018); Cruz M, Arteaga M, Segovia M et al.(2015)), ha sido validado al español y tiene un alfa de Cronbach superior al 0.7 (Bernaola-Sagardui, 2018), consta de 30 ítems y valora el nivel de independencia del paciente en la realización de diez actividades básicas de la vida diaria como: el aseo personal, bañarse, comer, uso del inodoro, subir escaleras, vestirse y desvestirse, desplazarse, traslado, control de heces, control de orina, permite conocer las deficiencias específicas de la persona y la valoración temporal.

También la escala de Barthel es recomendada para utilizarse en adultos mayores (Sainsbury, Seebass, Bansal, y Young, 2005). La puntuación de cada factor es de cero a cinco o de cero a diez, dependiendo si es incapaz de realizar la tarea o si es totalmente independiente. El valor máximo es 100, puntuaciones de 80 a 100 significa que es independiente, de 60 a 79 presenta dependencia leve y valores menores de 20 es totalmente dependiente.

## **Procedimiento**

Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, realizado en el este de Guanajuato de febrero a abril del 2019. La recolección de los datos se realizó con visitas a los centros gerontológicos, se utilizaron historias clínicas para la identificación de datos sociodemográficos como género, estado civil, educación, ocupación, y antecedentes heredofamiliares de salud. Se aplicó la escala de Barthel y el examen cognoscitivo Mini-Mental, las variables estudiadas fueron dependencia y deterioro cognitivo. Se realizó un análisis descriptivo de las proporciones de las variables.

El proyecto, es parte de un proyecto más general que estudia la biomecánica del adulto mayor, que fue revisado por el comité de investigación y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Guanajuato campus Celaya–Salvatierra, se realizó de acuerdo con la Ley General de Salud de México y la declaración Helsinki.

## RESULTADOS

El 75% de los participantes fueron mujeres. El promedio de edad era de 67 años ( $\pm 7.3$ ). Las variables sociodemográficas se muestran en la tabla 1.

Tabla 1

*Características sociodemográficas de participantes*

Variable		n=64	
		f	%
Género	Masculino	16	25
	Femenino	48	75
Estado Civil	Soltero	2	3.125
	Casado	44	68.75
	Viudo	17	26.5625
	Divorciado	1	1.5625
Ocupación	Ama de casa	33	51.5625
	Jubilado	14	21.875
	Campesino	6	9.375
	Otros	11	17.1875

El porcentaje de la población con deterioro cognitivo leve fue de 20.90%, en la tabla 2 se muestran el porcentaje de la población según el nivel de deterioro encontrado. En la tabla 3 se muestra el puntaje promedio obtenido en el examen minimal de los participantes según la escolaridad, se encontró dependencia leve en un 6.25% de la población evaluada y el 93.75% era independiente.

Tabla 2

*Variable de estudio grado de deterioro*

Grado de deterioro	Leve		Moderado		Grave	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Participantes	14.00	20.90	2.00	2.99	0.00	0.00

Tabla 3

*Puntaje promedio en el examen minimalista según el nivel de estudios*

Variable	Escolaridad	Total Personas		DS	S2	Mediana
Puntaje Minimalista	> a 3 años	36	24.556	3.102	9.625	24
	< a 3 años	31	17.516	3.501	12.258	19

El 93.75% de los adultos mayores eran totalmente independientes para realizar sus actividades de la vida diaria y el 12.5% requerían mínima ayuda para subir o bajar escaleras y el 3.13% necesitaba cierta ayuda para subir escaleras, el 39.06% tenían problemas moderados en el control de orina y el 1.56% no la controlaban.

## DISCUSIÓN

El mayor número de participantes fueron mujeres, puede estar asociado a que la esperanza de vida de las mujeres es mayor a la de los hombres, en Guanajuato como se comentó anteriormente (CENAPRECE 2012). Las pruebas se aplicaron en diferentes centros gerontológicos y las condiciones del espacio cambiaron, aunque se buscó que fueran espacios similares no se pudo controlar del todo.

Con relación al deterioro cognitivo, estos datos difieren a lo presentado en el estudio realizado en la ciudad de México (Mejia-Arango y Gutierrez, 2011) en el que se presenta una prevalencia del 28.7% y está de acuerdo con un estudio realizado en Guadalajara en el reportan una prevalencia 13.8%, siendo un poco superior en las mujeres que en los hombres (Ortiz et al., 2012).

Los AM que presentaban mayor independencia tiene mayor participación en las actividades físicas del centro gerontológico lo que contribuye a revertir la pérdida de la masa muscular y fortalecer en envejecimiento activo.

Los resultados del Mini-Mental indican que el 20.90% presenta deterioro cognitivo, se ha reportado que la capacidad cognitiva puede verse asociada a una limitada capacidad funcional lo que puede disminuir la calidad de vida.

Una valoración funcional más completa para los adultos mayores debe incluir la observación directa de pruebas de ejecución que estén validadas para la población mexicana e identificar disminuciones en la capacidad funcional, sin embargo la prueba de Mini-Mental aporta información acerca del deterioro cognitivo, no como diagnostico pero si como un indicador de los puntos que deben cuidarse.

En un estudio realizado en la ciudad de México se reportó que además de la edad, el deterioro cognitivo, entre otros factores, eran predictores para la evolución a demencia y sugieren la identificación y el control de los factores de riesgo que se puedan influir en el desarrollo de la demencia (Aguilar-Navarro et al., 2017), por lo que los resultados obtenidos en el presente estudio acerca del deterioro cognitivo nos alertan sobre la prevención para generar estrategias para disminuir los riesgos.

Con relación a la independencia la mayoría es independiente, esto puede estar influenciado porque los adultos mayores participantes se seleccionaron de manera que podían caminar ya que los que asisten a los centros gerontológicos de manera voluntaria al gerontológico a realizar actividades manuales y deportivas, que los mantienen activos y ocupados. Sin embargo, en los factores que obtuvieron menor puntuación fue en el control de la orina, seguido de subir y bajar escaleras.

Lo que sugiere la necesidad de plantear estrategias dirigidas a prevenir el deterioro cognitivo para conservar la autonomía e independencia del adulto mayor, promover el desarrollo de actividad física y actividades en grupo en las cuales se puedan motivar unos con otros y acciones para promover el envejecimiento activo.

El estado cognitivo puede influir en el desempeño físico y en las actividades de la vida diaria y puede limitar la autonomía e independencia progresivamente con la edad.

## CONCLUSIONES

El deterioro cognitivo y el deterioro físico puede ocasionar la pérdida de la independencia, por lo que se deben cuidar de las capacidades del adulto mayor, proponiendo estrategias en políticas y programas de atención a la salud, que refuercen la recuperación, contrarresten el deterioro, promuevan la adaptación física y psicosocial.

## REFERENCIAS

- Aguilar-Navarro, S. G., Mimenza-Alvarado, J., Alberto Ávila-Funes, J., Juárez-Cedillo, T., Bernal-López, C., Hernández-Favela, C. G. (2017). Clinical and Demographic Predictors of Conversion to Dementia in Mexican Elderly with Mild Cognitive Impairment. *Revista de Investigación Clínica*, 69, 33-9.
- Arteaga-Hernández, Isabel, Segovia-Díaz de León, M., Graciela, Pérez-Rodríguez, M., & del Carmen, Cruz-Orti Ma, C.-O. M. (2015). Investigación Capacidad funcional física y necesidades humanas del adulto mayor. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* (Vol. 23). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151d.pdf>
- Bernaola-Sagardui, I. (2018). Validation of the Barthel Index in the Spanish population. *Enfermería Clínica* (English Edition), 28(3), 210–211. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2017.12.003>
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2012) *Salud Bienestar y Envejecimiento SABE Guanajuato*. México: Programa de Atención al Envejecimiento del CENAPRECE.
- Consejo Nacional de Población (2018). *La Situación Demográfica de México 2017*. México: CONAPO.

- Cruz M, Arteaga M, Segovia M, & Pérez M. (n.d.). Capacidad funcional física y necesidades humanas del adulto mayor. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [revista en Internet] 2015 [acceso de 10 mayo de 2019]; 23(1): 17-26. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151d.pdf>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- González, N., Bilbao, A., Forjaz, M. J., Ayala, A., Orive, M., Garcia-Gutierrez, S., Quintana, M. (2018). Psychometric characteristics of the Spanish version of the Barthel Index OFF (Older Falls Fracture)-IRYSS group. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30, 489–497. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0809-5>
- Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (2015), *Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública*. México: Secretaria de Desarrollo Social.
- Jiménez-Aguilera, B., Baillet-Esquivel, L. E., Ávalos-Pérez, F., Campos-Aragón, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*, 23, 129–133.
- Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, V. A., Ruiz-Arregui L, G.-R. L. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Publica México*, 49, 475–481.
- Mejia-Arango, S., Gutierrez, L. M. (2011). Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: Data from the Mexican health and aging study. *Journal of Aging and Health*, 23, 1050–1074.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS. Recuperado de [www.who.int](http://www.who.int)
- Ortiz, G. G., Arias-Merino, E. D., Flores-Saiffe, M. E., Velázquez-Brizuela, I. E., Macías-Islas, M. A., Pacheco-Moisés, F. P. (2012). Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1–6.
- Sainsbury, A., Seebass, G., Bansal, A., Young, J. B. (2005). Reliability of the Barthel Index when used with older people. *Age and Ageing*, 34, 228–232.

- Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 703–709.
- Sosa, A. L., Albanese, E., Stephan, B. C. M., Dewey, M., Acosta, D., Ferri, C. P., Ureñ, H. (2012). Prevalence, Distribution, and Impact of Mild Cognitive Impairment in Latin America, China, and India: A 10/66. *Population-Based Study*. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001170>
- Torres-Castro, S., Mena-Montes B., González-Ambrosio G., Zubieta-Zavala A., Torres-Carrillo N.M. (2017). Escalas de tamizaje cognitivo en habla hispana: una revisión crítica. *Neurología*.
- Velasco, S. L., Llorente-Ayuso, L., Contador, I., & Bermejo-Pareja, F. (2015). Spanish versions of the Minimental State Examination (MMSE). Questions for their use in clinical practice View project Hospital 12 de Octubre. Recuperado en <https://www.researchgate.net/publication/283842742>.



## “INTERVENCIÓN CON TERAPIA DE ARTE PARA DISMINUIR LAS RESISTENCIAS EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO, EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE AGORAFOBIA”

### “INTERVENTION WITH ART-THERAPY TO REDUCE THE RESISTANCES IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS, IN A PATIENT DIAGNOSED WITH AGORAPHOBIA”

Erick Nayib Martín Lemus García<sup>1</sup>, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto<sup>2</sup>, Victoria Karimme Ramírez Martínez<sup>3</sup>, Lic. Francisca del Carmen Junco Méndez<sup>4</sup>, Dra. Marcela Ortega Jiménez<sup>5</sup>  
Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>6</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 30/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

### Resumen

El presente es un estudio cualitativo de caso único de carácter terapéutico con evaluación continuada planteado con diseño de no reversión. La paciente fue una mujer de 21 años que llegó al Centro de Atención Psicológica para solicitar psicoterapia, es diagnosticada con agorafobia. En las fases de evaluación e intervención se presentaron diversas resistencias a trabajar con el motivo de consulta, por ello se opta por utilizar técnicas arteterapéuticas de Torres (2005) y Guerrón (2015) planteándose como objetivo disminuir estas resistencias. En conclusión, se encontró que estas técnicas funcionaron como promotor del autoconocimiento y la percepción de control interno, teniendo un impacto significativo en la disminución de resistencias a la confrontación y al cambio en psicoterapia.

**Palabras clave:** *Psicoterapia, Terapia con arte, Resistencias, Agorafobia, Psicología.*

<sup>1</sup> Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad de Guanajuato.

<sup>2</sup> Correspondencia remitir a: [jonathan.galindo@ugto.mx](mailto:jonathan.galindo@ugto.mx) Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>3</sup> Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad de Guanajuato.

<sup>4</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>5</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México

<sup>6</sup>Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

The following is a qualitative single case study of therapeutic nature with continuous evaluation proposed with a non-reversal design. The patient is a 21 year-old woman who came to the Psychological Care Center asking for psychotherapy; she was diagnosed with agoraphobia. In the evaluation and intervention phases, diverse resistances were found, against the work for the reason for consultation, therefore it was opted to use art-therapeutic techniques of Torres (2005) and Guerron (2015) with the aim of decreasing these resistances. In conclusion, it was observed that these techniques worked as promoters of self-knowledge and perception of internal control, having significant impact in decreasing resistances to confrontation and change within the therapeutic process.

**Key words:** *Psychotherapy, Art therapy, Resistances, Agoraphobia, Psychology.*

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes llegan voluntarios o no voluntarios a terapia. Tienen necesidad o esperanza de cambiar algún aspecto de su vida, o llegan obligados moral o legalmente. A pesar de esta diferencia, es común que se presente un fenómeno en particular en algún momento del proceso terapéutico, las *resistencias*. Estas engloban cualquier conducta del paciente o terapeuta que interfieren o reducen la probabilidad de un proceso terapéutico o resultados satisfactorios. (Monzón, 2012; Urday, 2016)

Cada enfoque teórico dentro de la Psicología tiene su forma particular para trabajar con las resistencias, la arteterapia no es la excepción. Esta se entiende como la aplicación científica del arte dentro del proceso terapéutico con la finalidad de desarrollar la capacidad de creación de imágenes, símbolos y metáforas que permitirán recuperar, desarrollar e integrar todo el potencial de las áreas integrativas del ser humano, tomar conciencia de sus problemas, desarrollar sus propias habilidades y recursos de afrontamiento y disminuir sus efectos. En esta terapia la creación de imágenes es el vehículo principal para establecer una relación terapeuta-paciente. Cabe resaltar que el individuo no necesita tener experiencia previa o habilidad para el arte para ser tratado desde este enfoque. (Burns, 2018; Castro y Martínez, 2011; Shella, 2017).

La arteterapia abarca una amplia modalidad de aplicaciones. Dentro de las consideradas en la intervención del presente caso se encuentran el Psicodrama, la pintura y la escultura (Guerrón, 2015; Moreno, 1974; Torres, 2005).

Cada una de estas variantes tiene técnicas específicas de intervención implementadas desde las particularidades de su corriente artística, y serán abordadas más adelante en la sección de procedimiento con mayor detenimiento. El arte terapia está dirigido a todo tipo de personas, independientemente de su edad, situación económica o social (Espinosa, 2019). Referente al trabajo de problemáticas relacionadas con la ansiedad desde la arteterapia hay literatura amplia en varias poblaciones: mujeres violentadas (Ascaso, 2012), adolescentes con fobia social (Torres, 2005), adolescentes con ansiedad (Guerrón, 2015), pacientes oncológicos (Maldonado, Lizeth, Aquino & Patricia, 2019), adolescentes con bulimia nerviosa (Sáenz, 2017) , niños con mutismo selectivo (Yáñez, 2018); pero en el caso específico de la agorafobia no se encontró información específica para contextos psicoterapéuticos (Mora, 2018).

Si bien no abunda información científica, mediante acercamientos a tratamientos de trastornos similares y generalidades en la psicoterapia se puede plantear una vía para abordar las resistencias en la agorafobia. Por ejemplo, Chiriboga (2010) plantea que la resistencia en arteterapia se puede utilizar como inspiración para la creación y generación de diálogos internos. Su aparición es esperada, debido a que la creación artística encamina a la persona a “verse ante un espejo”, logrando de esta manera que se planteen la posibilidad y necesidad de cambiar. Se hace notable entonces que en sesión los pacientes digan “yo no soy bueno para esto” al solicitarles que elaboren alguna obra.

Fernández y Rodríguez (2002) nos dicen que la resistencia sirve como medio de comunicación paciente-terapeuta, indicando la necesidad de cambiar el proceso terapéutico ya sea en el ritmo, perspectiva desde donde se aborda, o bien señala que el paciente se rehúsa a modificar sus síntomas para evitar conflictos. En caso de no ser abordadas con prontitud y efectividad se complica el proceso terapéutico.

Se llega a observar que el paciente no cumple tareas implícita o explícitamente, oculta información, sabotea el proceso terapéutico, evita la profundización de varios aspectos de su conducta, entre otras. Identificar estas señales, a veces evidentes y en otras ocasiones sutiles, es el primer paso para combatir las resistencias (Monzón, 2012; Morrison, 2015; Urdy, 2016).

Por igual, el terapeuta debe ser cuidadoso con las estrategias que utiliza para abordar las resistencias, ya que si el paciente percibe tales acciones como si se le estuviera forzando a tomar una dirección, estructura, presión o influencia no deseada puede perjudicar la relación terapeuta-paciente, agudizando y profundizando las resistencias. Así pues, adaptar una terapia que se ajuste a abordar y tomar ventajas de las particularidades del paciente es importante para combatir y evitar la aparición de resistencias (Duncan, Hubble & Miller, 2003; Rose, 2015). En consideración a lo dicho anteriormente, se realiza la siguiente pregunta de investigación ¿la arteterapia puede disminuir la presentación de resistencias a lo largo del proceso terapéutico?

## MÉTODO

### Objetivo

El objetivo principal fue disminuir las resistencias presentadas a lo largo de la intervención mediante la aplicación de técnicas arteterapéuticas.

### Paciente

La paciente, a quien por cuestiones de respeto a su privacidad llamaremos “E”, es una mujer de 21 años, soltera, de escolaridad bachillerato. Asistió al Centro de Atención Psicológica (CAP) del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato, para solicitar psicoterapia debido a que sentía “*mucha ansiedad al estar en un vehículo*”. Al momento de la intervención no estudiaba ni trabajaba, tampoco recibió atención psicológica con anterioridad. Fue diagnosticada con *F40.00 agorafobia con ataques de pánico* durante el proceso de evaluación.

## **Instrumento**

Se utilizaron bitácoras diarias escritas por la paciente en las que se le pidió escribir sus pensamientos, emociones y perspectivas sobre su problemática y el análisis de lecturas asignadas durante las sesiones.

## **Tipo de estudio**

Estudio de caso único con carácter terapéutico de evaluación continuada (observaciones repetidas durante todo el periodo de investigación), de enfoque cualitativo. El diseño es de no reversión (el tratamiento no se retira) con cambio de criterio (el procedimiento continúa hasta alcanzar un determinado nivel de conducta) (Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2019).

## **Procedimiento**

En el CAP, se trabaja bajo el modelo multimodal de Arnold Lazarus (1999) con núcleo epistémico de Terapia Racional Emotiva Conductual. Las sesiones psicoterapéuticas se brindan una vez por semana en la modalidad de psicoterapia múltiple con dos terapeutas que cursan el último semestre de la Licenciatura en Psicología Clínica bajo la supervisión de un psicólogo experto y cedulaado. La intervención fue constituida de la siguiente manera:

- 1) Fase de evaluación: En las primeras 2 sesiones fue realizada la entrevista inicial siguiendo el formato de Fernández-Ballesteros en conjunto con autoregistros. Se detectó que era difícil para la paciente verbalizar información clave con los terapeutas a través de estos medios por lo que se optó por utilizar técnicas arteterapéuticas obtenidas de Torres (2005) y Guerrón (2015) como vía alternativa de recopilación de datos.
- 2) Fase de intervención: En las sesiones fueron implementadas técnicas arteterapéuticas de Torres (2005) y Guerrón (2015) así como técnicas psicodramáticas de Ramírez (1998) y Rojas (1997) para el manejo de las resistencias, aunado a técnicas de control de síntomas de la terapia cognitivo-conductual para el trabajo con el motivo de consulta. En la tabla 1 se desglosan las técnicas de arteterapia usadas y sus objetivos.

- 3) Fase de cierre: En la sesión de cierre se hizo una recapitulación de lo visto en sesión así como de los avances hechos a lo largo de la intervención. Además, se encaminó a la paciente a tomar el compromiso de trabajar en la cotidianeidad las técnicas aprendidas en el proceso terapéutico para el control de síntomas fisiológicos así como volver en el periodo agosto-diciembre del 2018 para continuar el tratamiento.
- 4) Fase de seguimiento: Acorde al protocolo de CAP, los terapeutas se pusieron en contacto con la paciente tras un año de haber concluido la intervención. Se indagó principalmente el desarrollo que hubo acerca de su motivo de consulta y la razón por la que no retomó el tratamiento.

Tabla 1

*Estrategias arteterapéuticas utilizadas*

ESTRATEGIA ARTETERAPÉUTICA	OBJETIVO EN TERAPIA
<i>Autorretrato (Guerrón, 2015).</i> Consiste en la elaboración de un autorretrato en una hoja de papel, al que el paciente describe e interpreta. Como ejercicio preliminar, se le pide al paciente que mientras escucha alguna canción de su preferencia se vea en un espejo. Tras esto se procede a realizar el dibujo. Su función es auxiliar al paciente en la exploración de su autoconcepto y sentido de identidad.	Recabar información sobre el autoconcepto que estuviera implicado en la aparición del cuadro clínico ante la negación de responder preguntas relacionadas a los motivos por los que se desarrollaron los síntomas.
<i>Dibujo de su ansiedad (Torres, 2005).</i> Consiste en elaborar un dibujo de las características que la persona percibe de su propia ansiedad. El paciente describe e interpreta este dibujo en sus propias palabras. Como fase preliminar se realizan ejercicios de imaginería que ayuden al paciente a ser consciente del como experimenta su ansiedad.	Recabar información de las creencias y emociones relacionadas a la sintomatología ante constantes evasiones a abordar directamente motivos, intensidad, sentimientos y emociones experimentadas.
<i>Modelado de emociones (Torres, 2005).</i> Consiste en asignar una forma a la ansiedad por medio de plastilina. Dicha figura será modificada a lo largo del ejercicio por el paciente con la finalidad de transformar la ansiedad en un estímulo al que se le atribuya menor grado de aversión.	Confrontar indirectamente la renuencia a modificar el pensamiento automático “No soy capaz de controlar lo que me pasa”
<i>Objeto intermediario (Rojas, 1997).</i> Esta técnica psicodramática consiste en asignar un rol implicado en la problemática del paciente a un objeto que ayudará en el desarrollo de la interacción que se da en la cotidianeidad. Se busca modificar dicha interacción a través de la exploración de nuevas formas de enfrentar dichas situaciones.	Confrontar indirectamente la renuencia a modificar el pensamiento automático “No soy capaz de controlar lo que me pasa”

## RESULTADOS

Durante la fase de evaluación los terapeutas se enfrentaron a la dificultad de que *E* no verbalizaba la vivencia personal que abarcaba pensamientos y sentimientos respecto a su sintomatología, limitándose a narrar aspectos anecdóticos de síntomas físicos y conductas que realizaba durante sus ataques de pánico así como sus frecuencias, lugar donde se daban, entre otros detalles físicos. *E* narró que como estrategia de afrontamiento “*ignoro mis miedos o evito el problema, me dan ganas de llorar. Si no puedo evitarlas intento solucionarlo, pensando*”, lo que no le resultaba efectivo. Esta evitación de estímulos dolorosos es una fuente importante de resistencias (Yotsidi, Stalikas, Pezirkianidis & Pouloudi, 2018). Durante la evaluación, la paciente mencionó tener predilección por las artes plásticas. Con esta información y siguiendo la línea de Dumas y Aragüen, (2013) se implementaron técnicas arteterapéuticas para la personalización de la terapia a los gustos de la paciente.

En el *autorretrato*, *E* mencionó “*no confío mucho en mis habilidades artísticas*” cuando se le dieron las instrucciones para comenzar, lo cual fue una resistencia esperada dentro ante la implementación de la arteterapia (Chiriboga, 2010). El dibujo tenía trazos muy ligeros al punto de ser difícil de percibirlos, portaba un semblante triste y ojos grandes.

Durante la presentación describió el dibujo como una persona “*dramática*”, “*que se preocupa por todo*” y que tiene predilección por la tranquilidad y aversión a las “*emociones fuertes*”. Mencionó que sentía cansancio y preocupación. Si bien esta información fue periférica a la información que se buscaba obtener con la técnica, resultó ser un primer acercamiento que no se había logrado obtener en las sesiones de evaluación. El efecto en la disminución de la resistencia a ciertas preguntas (Sayegh y otros, 2016) fue poco, ya que en subsecuentes sesiones volvieron a aparecer, pero resultó más sencillo a los terapeutas el disminuir su influencia.

Al realizar el encuadre del *dibujo de la ansiedad*, *E* sonrió y mencionó “*me gusta dibujar*” relajando su postura corporal y mostrándose más dispuesta a trabajar. En esta técnica se le expuso, por medio de la imaginación, a situaciones generadoras de ansiedad y se le pidió que les asignara un color y una forma por medio de un dibujo.

La paciente mostró resistencias de evitación (Urday, 2016) similares a las encontradas durante la evaluación y dibujó cómo se sintió a lo largo de la imaginería, por lo que se le tuvo que repetir la instrucción.

Al repetir el dibujo se plasmó en medio de la hoja vista desde atrás con diferentes figuras flotando arriba de su cabeza representando sus pensamientos. Comenzando desde la izquierda, el primer dibujo era de rayones negros que representaban el ruido en su cabeza, a la derecha había una nube negra que representaba la oscuridad (pesimismo, miedo, preocupación), justo arriba de su cabeza en mayúsculas y con letra roja está la palabra “NO” que se repite constantemente en su pensamiento; a la derecha dibujó un ratón amarillo apretado entre dos paredes que describe la sensación corporal de *E* ante situaciones que le causan ansiedad y en el extremo de la derecha está una nube azul que representa la tristeza que le causa su sintomatología. En esta segunda aplicación se disminuyeron de manera significativa las resistencias de evitación.

El efecto prosiguió a lo largo de la intervención pues *E* respondió con constancia a las preguntas hechas por los terapeutas relacionadas a su sintomatología a partir de su aplicación. En el aspecto que no se encontró una disminución significativa fue en la confrontación directa de estos pensamientos en la técnica de *flecha descendente*, aplicada tras el autorretrato, por lo que se volvió a plantear la aplicación de la arteterapia.

En la estrategia de *modelado de emociones*, al igual que en el autorretrato, *E* dijo que no era buena con la plastilina, al iniciar el ejercicio. Su ansiedad fue representada como una bola negra que ubicó en sus piernas y sus manos. Una vez identificado esto, se le indicó que la modificara a una forma que le fuera menos aversiva y la colocara en el mismo lugar de su cuerpo hasta sentirse a gusto con ella.

La transformó en un gato negro que la incitaba a controlarse y “*tomar las cosas con calma*”. Cuando se le preguntó qué era necesario para que su ansiedad tomará la forma de ese gato, *E* hizo una narración detallada de qué efectos que la ansiedad tenía sobre ella y como sus estrategias de afrontamiento no le resultaban útiles.

El *objeto intermediario* fue aplicado en este punto del modelado de emociones. La figura dada a la ansiedad sirvió como dicho objeto. Fue así como *E* entabló una conversación con su ansiedad que sirvió como reforzador de la comprensión generada con el modelado de emociones. A partir de este punto, la paciente no se limitó a describir los aspectos de su ansiedad si no que propuso medios y estrategias afrontamiento nuevas con ayuda del *modelado de emociones*. En conjunto, estas dos estrategias ayudaron a confrontar en un ambiente seguro y controlado los aspectos de su ansiedad que evitaba reconocer pues le causaban sufrimiento siendo fuente de resistencias en terapia (Yotsidi et. al., 2018). El avance es notorio al recapitular que en la fase de evaluación al intentar abordar estos temas respondía con “*no sé*” o rompía en llanto.

Concluyendo la fase de intervención se aplicó una adaptación de la estrategia *autorretrato* en la que se le indicó que dividiera una hoja blanca en dos y que en un lado se dibujara a ella al iniciar el proceso en un lado y en el otro a ella en la actualidad. En la izquierda ubicó el pasado, estaba viendo hacia al frente, los trazos fueron de color gris, su cara carecía de rasgos faciales y tenía rayones de color negro cubriendo todo el rostro; a la derecha se ubicó el presente, también se encontraba viendo hacia el frente, los trazos fueron de color azul, se dibujó sin boca y con ojos cerrados con una expresión de tranquilidad, agregando nubes por encima de su cabeza.

El lenguaje con el que explicó las diferencias entre ambas imágenes fue claro y puntual, por un lado existía un sentimiento de impotencia ante sus síntomas, la culpa, sensación de vacío, desconcierto y ambivalencia. Por otro lado mencionó compromiso, esfuerzo y motivación tanto para con el proceso en sí como para mejorar su problemática principal: “*antes era más el ruido en mi cabeza y ahora estoy más relajada*” y que “*al inicio sentía que se salía de mi control y desde que comprendí lo que pasaba pude tener control*”.

Esto fue indicativo de que las resistencias que le impedían darse verbalizar y comprender el origen de su ansiedad y que no le permitían trabajar de manera adecuada sus emociones, sentimientos y pensamientos habían disminuido significativamente.

Tanto fue así que en la fase de cierre, fue capaz de relacionar muchos eventos de su vida con el origen de su ansiedad de manera espontánea, fluida y sin ser guiada por los terapeutas. También mencionó que pudo afrontar su problemática de manera eficaz y proactiva saliendo de casa y controlando su sintomatología. Aunado a esto, a través de las bitácoras se evidenció la existencia de motivación para trabajar y controlar su ansiedad “*no dejaré que mi ansiedad gané, la controlaré*”.

Esta percepción de control interno empezó a desarrollarse partir de la técnica del modelado de emociones, y fue uno de los factores más significativos en la disminución de las resistencias a lo largo de la intervención.

En el seguimiento, *E* mencionó a los terapeutas que la razón por la que no retomó el tratamiento fue que no recibió llamada por parte del CAP y que ella no tuvo la iniciativa de ponerse en contacto con el centro. Además, consiguió un trabajo que no le permitía asistir por cuestiones de horarios, lo cual se puede considerar un avance significativo ya que cuando iniciaba el tratamiento ella rara vez salía de su casa debido a su sintomatología, situación que se había mantenido por un año y la afectaba significativamente en sus áreas sociales, familiares y personales.

Al cuestionarle sobre la evolución de su cuadro clínico, mencionó que las técnicas de control de síntoma la ayudaban a mantener el control cuando se presentaban ataques de pánico, pero que “*en ocasiones siento que pierdo el control*”.

## DISCUSIÓN

Como menciona Rose (2015) si el paciente percibe las acciones del terapeuta por abordar las resistencias que se presenten en sesión como presiones no deseadas el resultado será un incremento de resistencias en lugar de su disminución. En este caso, los terapeutas presionaban a *E* para brindar detalles delicados y dolorosos acerca de su situación y confrontar su problemática mediante cuestionamientos directos. Esto resultó en poco avance percibido tanto por la paciente como por los terapeutas y en la necesidad de replantearse la dirección en que se abordaría el caso.

Cuando se pone en rigor el arteterapia, se hacen presentes las resistencias que describe Chiriboga (2010) en las que los pacientes descalifican su habilidad artística cuando elaboran sus obras, esto se puede notar en los comentarios realizados por la paciente “*no soy buena para la plastilina*”, “*no confío en mis habilidades artísticas*”, etc. A pesar de esto, es gracias a la producción artística realizada en terapia que la paciente logró verse desde fuera y de esta manera comprendió la relación que tenía su problemática con aspectos como “*las expectativas de los demás*” lo que la llevó a adoptar acciones para el afrontamiento de esta problemática: “*logré salir de mi casa en estas dos semanas*”.

## CONCLUSIONES

Durante la intervención se observó que las técnicas arteterapéuticas implementadas auxiliaron en la disminución de las resistencias presentadas durante la evaluación y el trabajo del motivo de consulta.

Principalmente el *dibujo de la ansiedad*, el *modelado de emociones* y el *objeto intermediario* ya que le permitieron a la paciente conocer y afrontar los aspectos que le resultaban dolorosos sobre su cuadro clínico por medios que le resultaban gratos, sin presiones directas de los terapeutas.

El proceso de seguimiento indica que si bien la arteterapia fomentó un incremento en la calidad de vida de la paciente, no bastó por sí sola para remitir el cuadro clínico. Tanto en el proceso de cierre como el seguimiento, la paciente mencionó que las técnicas de control de síntoma cognitivo conductuales le resultaron las más útiles para afrontar su ansiedad en la práctica.

Cabe destacar que es gracias al trabajo de exploración, reflexión y confrontación que se hizo a partir de la arteterapia que las técnicas de control de síntoma aumentaron su efectividad de manera sustancial, por lo que puede concluirse que ambas posturas no se excluyen mutuamente y que en conjunto ofrecen resultados más favorables para los pacientes.

En una visión más amplia, se concluye que la aproximación y confrontación paulatina de emociones y pensamientos, así como la generación de percepción interna de control por medio de la arteterapia ayudaron a afrontar de manera activa su sintomatología en lugar de evitarla, se ofrecen evidencias de la utilidad de retomar el arte predilecto del paciente (en caso de *E* fueron inclinaciones a las artes plásticas en general) por medio de estrategias arteterapéuticas para disminuir las resistencias de evitación presentadas ante acercamientos directos a la problemática del paciente.

## REFERENCIAS

- Ascaso, P. (2012). "Quiero y no puedo". De la Resistencia y los límites en un proceso de arteterapia grupal y violencia de género a través del seguimiento de un caso. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* 7, 223-244.
- Burns, N.; Watts, A.; Perales, J.; Neal, R.; Morris, J.; Mahnken, J.; Lowther, J. & Vidoni, E. (2018). The impact of Creative Arts in Alzheimer's disease and Dementia Public Health Education. *Journal of Alzheimer's disease* 63, 457-463.
- Castro, K. & Martínez, A. (2011). *Efectividad de las técnicas de arteterapia en la disminución de síntomas de ansiedad en estudiantes de primer año de psicología clínica en la Universidad de Azuay* (Tesis de pregrado). Universidad de Azuay, Ecuador.
- Chiriboga, H. (2010). *El arte-terapia como técnica terapéutica para reducir la ansiedad en pacientes que presentan resistencia a la psicoterapia convencional durante el proceso psicológico: Estudio de dos casos de niños de 10 años y 8 años de edad atendidos en el Centro Terapéutico Creciendo en Familia en el periodo 2008-2009, en Quito* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Ecuador.
- Dumas, M. & Aragüen, M. (2013). *Beneficios del arte terapia sobre la salud mental. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Duncan, B., Hubble, M. & Miller, S. (2003). *Psicoterapias en casos "imposibles". Tratamientos efectivos para pacientes veteranos en psicoterapia*. España: Paidós.
- Espinoza, A. (2019). *Efecto del arteterapia como elemento complementario en la intervención clínica para pacientes diagnosticados con esquizofrenia* (Tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito, Ecuador.
- Fernández, A. & Rodríguez, B. (2002). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. España: Desclée de Brouwer.
- Guerrón, E. (2015). *Guía didáctica de estrategias en arteterapia para el trabajo con adolescentes entre las edades de 16-18 años que presenten ansiedad del colegio fiscal "Octavio Cordero Palacios"* (Tesis de pregrado). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Lazarus, A. (1999). *El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve pero completa*. España: Desclée de Brouwer.
- Maldonado, R., Lizeth, R., Aquino, Z. & Patricia, E. (2019). *Eficacia de la musicoterapia para disminuir el dolor y la ansiedad en pacientes oncológicos* (Tesis de pregrado). Universidad Norbert Wiener, Lima, Perú.
- Monzón, S. (2012). El trabajo de las resistencias desde la psicoterapia psicodramática bipersonal. *Psicoterapia y Psicodrama*, 1 (1), 124-130.
- Mora, Y. (2018). *El espacio Urbano: Una interpretación agorafóbica* (Tesis de pregrado). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Moreno, J. (1974). *Psicodrama*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Horme.
- Morrison, J. (2015) *La entrevista psicológica*. México: Manual Moderno.
- Perpiñá, C. (Coord.) (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rojas, J. (1997). *Teorías y técnicas psicodramáticas*. España: Paidós.
- Rose, L. (2015). *How does a therapist respond to resistance and what impact does this have on the client? An analysis of speech in Motivational Interviewing based treatment sessions for alcohol misuse* (Tesis de doctorado). The University of Leeds, Inglaterra, Reino Unido.

- Sayegh, C., Hall-Clark, B., McDaniel, D., Halliday-Boykins, C., Cunningham, P. & Huey, S. (2016). A Preliminary Investigation of Ethnic Differences in Resistance in Multisystemic Therapy. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 00(00), 1–11.
- Sáenz, E. (2017). *Efectividad del arteterapia basada en Mindfulness en adolescentes ecuatorianas de 18 a 25 años diagnosticadas con bulimia nerviosa* (Tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito, Ecuador
- Shella, T. (2017). Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment. *The Arts in Psychotherapy* 57, 59-64.
- Torres, E. (2005). *Taller de arte terapia en el tratamiento de una adolescente con fobia social* (Tesis de posgrado). Universidad de Chile, Chile.
- Universidad Nacional de Educación a Distancia (Recuperado marzo de 2019). Apuntes de primero. Fundamentos de psicología: Diseños de casos únicos. Madrid, España. *Psicología UNED*. De <http://psicologia.isipedia.com/primerofundamentosdeinvestigacion/07-disenos-de-caso-unico>
- Urday, M. (2016). Resistencia e insight: un análisis de los conceptos a la luz de la terapia conductista. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 5(1), 15-25.
- Yáñez, T. (2018). *Efectividad del arteterapia en disminuir los niveles de ansiedad en niños de 2 a 7 años diagnosticados con mutismo selectivo* (Tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito, Ecuador.
- Yotsidi, V., Stalikas, A., Pezirkianidis, C. & Pouloudi, M. (2018). The Relationships Between Client Resistance and Attachment to Therapist in Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 49, 99–109.



## “¿PSICOLOGÍA SIN PALABRAS? RESEÑA DEL USO DE LA ENERGÍA SONORA EN LA MUSICOTERAPIA DE ROLANDO BENENZON?”

“PSYCHOLOGY WITHOUT WORDS? REVIEW OF THE USE OF SOUND ENERGY IN ROLANDO BENENZON’S MUSICTHERAPY”

Fernanda Alexa Jamaica Razo<sup>1</sup>, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto<sup>2</sup>, Dra. María de Jesús Jiménez González<sup>3</sup>.

Universidad de Guanajuato, Mexico

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”<sup>4</sup>

Recibido: 30/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

### Resumen

Las terapias de arte han surgido generalmente desde una práctica empírica bien intencionada, que posteriormente ha ido sistematizándose para desarrollar una disciplina basada en evidencia y con un marco teórico propio. Así, se han conformado como un probado promotor de salud y posteriormente como psicoterapia, al menos a nivel exploratorio. El Dr. Rolando O. Benenzon, médico psiquiatra y músico, construyó una metodología con base en el psicoanálisis y, por tanto, orientado a un trabajo clínico. Su trabajo con música y otros sonidos dio lugar a intervenciones con pacientes crónicos hospitalizados, estudiantes y menores infractores. Sin embargo, los campos en que se utiliza siguen ampliándose. El objetivo de este documento es presentar una revisión crítica del modelo Benenzon, como una propuesta terapéutica para brindar alternativas de comunicación a niños que, por distintos factores, suelen tener limitaciones en el desarrollo afectivo y en sus relaciones interpersonales.

**Palabras clave:** *musicoterapia, arteterapia, psicoterapia infantil, ajuste emocional, desarrollo infantil*

<sup>1</sup> Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad de Guanajuato.

<sup>2</sup> Correspondencia remitir a: [jonathan.galindo@ugto.mx](mailto:jonathan.galindo@ugto.mx) Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>3</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México

<sup>4</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

Art therapies have most commonly emerged from well-intentioned but only empirical praxis, which have been nowadays systematized in order to develop an evidence based-discipline with its own theoretical framework. So, they have been probed as health promoters and later, as psychotherapy, at least on an exploratory level. Dr. Rolando O. Benenzon, psychiatrist and musician, built a methodology based on psychoanalysis, and so, oriented to clinical work. His work with music and other sounds resulted in interventions on hospitalized chronic patients, and after that in other fields, as students or minor offenders. Therefore, a critical review of the Benenzon model is presented, as a therapeutic proposal to provide communication alternatives to children who, due to different factors, tend to have limitations in affective development and in their interpersonal relationships.

**Key Words:** *music therapy, art therapy, child psychotherapy, emotional adjustment, child development*

## INTRODUCCIÓN

La expresión artística es inherente al ser humano, y si bien, se ha encontrado presente a lo largo de toda la historia, fue hasta la Segunda Guerra Mundial cuando comenzó a pensarse como una forma científica de tratamiento terapéutico (Romero, 2004). Se reconoce a Adrian Hill por ser de los primeros en utilizar el término arteterapia para describir la aplicación terapéutica de crear una imagen, práctica que comenzó a formularse desde su experiencia en el arte (Edwards, 2004; Rabadán & Álvarez, 2017), para posteriormente ser sistematizada por Edith Kramer. Su práctica se ha centrado en instituciones de salud y servicios sociales, vinculando el arte con aspectos psicológicos y sociales, con anclaje en el psicoanálisis, la psiquiatría, la pedagogía y la sociología (Romero, 2004)

En un primer momento, el arte como terapia (también ubicado como arteterapia o terapia creativa) pretendió mitigar el sufrimiento y dolor de pacientes perturbados, dando lugar a la implementación de programas artísticos en prisiones, asilos, hospitales y como recomendación de médicos, psicólogos y psiquiatras.

Su objetivo se limitaba a una forma de consuelo y satisfacción a través de la expresión artística. Posteriormente, el arte mostró eficiencia en limitar y contener energías impulsoras mediante una forma de *sublimación* que no exige su completa *neutralización* (Kramer, 1985)

Los materiales de arte son un medio de expresión, permiten una forma de contacto que preside al lenguaje y que habilita al paciente a desarrollar cambios y crecimiento a nivel personal en un ambiente seguro (Martínez & Dácer, 2014). Aunque el arteterapia no puede eliminar directamente el conflicto del paciente, sirve como modelo de funcionamiento del *ego*. El espacio terapéutico se convierte en un refugio donde se pueden expresar y ensayar nuevas actitudes y sentimientos (Kramer, 1985).

Cada arte canónica ha implementado sus propias metodologías, como el caso del teatro y su derivación en Psicodrama, creado por Jacob Levy Moreno (Simonetti, Maiolino, & Severino, 2015); la danza y su relación con la teoría de Jung, Reich, Sullivan y Adler (Sebiani, 2005) o Marian Chace (Jiménez, 2011). En el caso de la música se han conseguido no solamente dinámicas de intervención, sino incluso un marco a nivel de macroteoría, con la musicoterapia de Rolando Benenzon (2011).

Esto refiere, a grandes rasgos, a que se trata de una propuesta completa, con estructura teórica jerarquizada y sistematizada de amplio alcance, con su propia metodología de aplicación (como casos similares tendríamos al conductismo o el psicoanálisis), a diferencia de una teoría de rango medio, como teorías del envejecimiento, solo aplicable a una etapa de desarrollo específica.

## **EL MODELO BENENZON**

Este modelo de terapia de arte aborda la comprensión de las sonoridades como parte de lo que conforma el desarrollo psíquico del ser humano, incluso desde su concepción y durante el desarrollo de la vida, vinculándolo con las teorías psicoanalíticas, sobre todo desde una perspectiva clínica. Esta teoría nos permite reconocer al ser humano como integral, que se forma a través de sus percepciones e interacciones con el mundo que lo rodea y de las que destaca el sonido, la vibración y el movimiento. El modelo representa la utilización de la música y el sonido como un medio *no-verbal* para el desarrollo de una psicoterapia, con sus propias técnicas y protocolos.

La propuesta tiene como andamiaje el estudio de un complejo llamado *sonido-ser humano-sonido*, que implica un *feedback* que comienza por un estímulo y que tras un proceso termina por producir otro estímulo en un ciclo perpetuo. Este complejo está conformado por *sectores* que interaccionan entre sí y que tienen el propósito, dentro de la terapia, de establecer una relación paciente-terapeuta permitiendo la rehabilitación del paciente en la sociedad. Esto se explica más ampliamente a continuación.

El andamiaje que es el complejo *sonido-ser humano-sonido*, puede entenderse como un proceso, que comienza por el objeto capaz de producir sonido, los instrumentos musicales, naturales y electrónicos, pero el que resultará más relevante es el ser humano. Las energías sonoras que expresa una persona son captadas por él mismo y por otros, a través de los sistemas de percepción, el sistema auditivo, táctil, visual, e impactarán en el sistema nervioso (Benenzon, 2011). Comienza desde los ganglios basales como un estímulo “sin procesar”, sin asociaciones emocionales, carece de significado, pero al ser procesados en los sistemas talamocorticales se ven investidos de interpretación y asociaciones de todo tipo. Para cuando alcanzan la conciencia, están dotados, además, de sentimiento (Sacks, 2009).

De esta concepción destaca que los sonidos nos impactan en distintos niveles de conciencia. Esta propuesta se presenta como un proceso que incluye cinco sectores consecutivos, comenzando por el que incluye los elementos productores de estímulos sonoros y un segundo sector correspondiente a los estímulos en sí. Después, dichos estímulos son percibidos y procesados por los siguientes dos sectores, los sistemas perceptivos y el sistema nervioso; finalmente se genera una respuesta que corresponde al último sector.

La explicación de Benenzon de dicho proceso podría resultar innecesariamente profunda y su división en sectores excesiva, dado que podría entenderse desde una perspectiva psicofisiológica que el autor respeta: en lugar de facilitar la comprensión del fenómeno, la división por sectores plantea una complejidad que dificulta el entendimiento y resulta enredoso si se plantea en relación con la metodología de intervención musicoterapéutica, toda vez que su mayor aportación podría no ser el proceso de percepción, sino su distinción sobre sus efectos en los distintos niveles de conciencia, así como la descripción de los elementos del fenómeno que resultan útiles para el proceso terapéutico.

Por otra parte, resulta relevante que el proceso se presenta como un ciclo perpetuo, o como una espiral, en la que la propia expresión sonora impacta a uno mismo y que por ende genera una respuesta que motivará otra expresión. Si el proceso fuera lineal y de una sola ocasión (*sonido-ser*), no existirían razones para creer que la producción sonora que nosotros realizamos nos impacta de regreso. De no ser continua y en espiral, bastaría con poner una canción alegre en la grabadora y los resultados de mejora serían inmediatos en terapia.

En su elucidación, Benenzon retoma bases del psicoanálisis de Freud (procesos inconscientes, mecanismos de defensa, importancia de la infancia, etc.) pero a su vez integra en su teoría los arquetipos de Jung, desde la comprensión de que los arquetipos son tendencias o potenciales que ordenan los elementos psíquicos, en este caso los sonoros y que tiene una variación personal, pero remitiéndose a las formas básicas. En el modelo se traduce en que los elementos sonoros básicos, determinados por la herencia de la historia pasada de la humanidad, se ordenan en el *ISO (Identidad sonora)* en el que, además, se integran las particularidades de cada persona, de su cultura y contexto histórico. Es decir que, las sonoridades se ordenan como elementos psíquicos de acuerdo con las formas básicas de los *ISO* pero con influencia de las variaciones personales.

## **LA IDENTIDAD SONORA**

Nuestra identidad se conformaría entonces por los *ISO* como conjuntos de *energías sonoras*, acústicas y de movimiento (incluyendo por supuesto a la música) que caracterizan a un sujeto.

Habrán *energías sonoras* que serán heredadas a través de las estructuras genéticas que corresponden al *ISO universal*, que permanece en el inconsciente, conformado por todas esas *energías* que nos han dejado nuestros antepasados, como el sonido de los tambores y el ritmo al percutir en ellos (todas las culturas tienen música de percusión en tambores). Se reconoce principalmente el ritmo binario que, además, suele conformar las notas de casi todas las melodías de canciones de cuna o canciones infantiles (Benenzon, 1998).

Todos compartimos dichas energías, sin importar el lugar geográfico, el momento histórico, las condiciones culturales o tradiciones. Esta herencia, está contenida en la memoria del *no-verbal*, y es lo que permite a un bebé reconocer la melodía de una canción de cuna y tranquilizarse, aún sin tener un antecedente o comprensión de esta.

El *ISO gestáltico*, que también permanece en el inconsciente, se desarrolla a partir de la historia del individuo desde la gestación y durante la vida uterina, es decir, las sonoridades que lo acompañaron durante el embarazo. Estas experiencias le permitirán, por ejemplo, a un hijo reconocer la voz de su madre. A su vez, se verán influenciadas por las que conforman el *ISO cultural*, ubicado en el preconscious, que son las sonoridades que nutren al individuo desde su nacimiento, los sonidos que envuelven el hogar, la música, la voz de familiares, el canto de los pájaros o el constante ladrido de los perros.

Estas dos fracciones del *ISO* nos diferencian en mayor medida, ya que no tendrá la misma experiencia sonora quien vive en el campo, en una gran ciudad o en la costa, incluso pensando en que se comparta una nacionalidad. Además, esta última es propensa a influencia, dado que se van nutriendo de las sonoridades presentes a lo largo de la vida.

Por último, el *ISO grupal* es una identidad cambiante que aparece y desaparece, y que se forma cuando interactúan los *ISO* de un número de sujetos. El *ISO grupal* es donde se genera mayor interacción entre las energías, los distintos *ISO* del grupo se ponen en funcionamiento. La conformación del *ISO grupal* se puede dar en distintos escenarios: en una escuela, en actividades musicales, en un hogar, entre un grupo de amigos. En el desarrollo de una sesión de musicoterapia, el *ISO grupal* se presenta cuando las *sonoridades* que generan los individuos se organizan de acuerdo con un solo ritmo.

Cada sujeto se expresa desde su *ISO* de manera simultánea, en un principio sin orden, sin armonía o ritmo, pero después de algunos minutos los sonidos se conjugan y crean una armonía. El trabajo grupal, desde el *ISO grupal*, representa un medio por el cual el terapeuta puede llegar a generar cambios en los participantes de manera simultánea y que a su vez no deja de lado la individualidad de los miembros.

El *ISO* mantiene un dinamismo en el que cada fracción o nivel, *ISO universal, gestáltico, cultural y grupal*, tiene influencia sobre el resto. Por lo tanto, las variaciones en el *ISO gestáltico, cultural o grupal*, así como las nuevas experiencias sonoras, pueden modificar dicha dinámica, a su vez, en los distintos niveles de conciencia en donde se ubica cada uno. Por consiguiente, la musicoterapia es un proceso constructivo que se da a partir de las experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de éstas (Guevara, 2009) y de esta manera es que el trabajo grupal permite ampliar las experiencias y relaciones musicales que pretenden generar un cambio positivo.

Resulta valiosa y novedosa la propuesta, puesto que nos permite concebir la identidad desde una perspectiva que integra las vivencias sonoras, además, no encasilla al individuo en una sonoridad específica de acuerdo con su cultura o lugar de origen, sino que lo vincula y a su vez lo diferencia, al reconocer que la variedad de sonoridades que le impactan a lo largo de la vida cambiará la dinámica de su *Identidad sonora*. Por otra parte, se entiende que las *Identidades sonoras* están en constante interacción y por lo tanto tendientes al cambio, así como lo es también la personalidad que se reconstruye en las distintas etapas de la vida, pero manteniendo rasgos distintivos. De ahí que el espacio musicoterapéutico sea donde interactúan todas las energías del individuo más las del resto de los participantes, dando como resultado una reconfiguración en el *ISO* de todos aquellos presentes en el *setting*.

## **METODOLOGÍA MUSICOTERAPÉUTICA**

Además de fundamentar su teoría en el psicoanálisis, Benenzon retoma dos conceptos clave de Winnicott y Fiorini. En primer lugar, la *zona intermedia* de Winnicott refiere a aquellos espacios donde la persona puede utilizar su creatividad y percepción objetiva para poner a prueba la realidad y así ensayar lo que le acontece. Un ejemplo de esto es el juego para el niño, donde ensaya actitudes o situaciones con muñecos. En la musicoterapia de Benenzon se traduce en el *espacio vincular*, donde las energías de comunicación de dos o más personas tienen la oportunidad de volcar su contenido, aquí se ponen en juego las energías sonoras del *ISO* y el contenido del preconscious e inconsciente. El *espacio vincular* de Benenzon se presenta exclusivamente en el *setting* y con los instrumentos musicales, es lo que permite formular el contenido de la terapia.

El segundo concepto, de Fiorini, es el *proceso terciario*, que refiere a aquello que se vivenciará en el *espacio vincular* de la terapia. Dicho proceso se da a partir del intercambio simultáneo de energías que tiene como resultado la creación de respuestas sonoras a manera de improvisaciones. Este proceso permite a los participantes participar de manera espontánea en el proceso de musicoterapia. Benenzon retoma este concepto como parte de lo que sucede en el *espacio vincular*, e incluso hace referencia a sus características como parte de lo que conforma la musicoterapia (atemporalidad, prelógica y principio de contradicción).

Por otra parte, la evaluación, que forma parte de la metodología, consiste en reconocer la *identidad sonora* del paciente o pacientes por medio de técnicas específicas y protocolos.

El reconocimiento de los *ISO* determina el curso de la terapia. Sin embargo, un punto criticable a esta metodología es que, para que el terapeuta logre reconocer las identidades de los pacientes, es necesario que tenga habilidades musicales, es decir, que logre reconocer tonos, ritmos y melodías. Esto representa una limitante importante en el campo de la praxis para quienes busquen, desde la Psicología, trabajar con el método o aplicar sus técnicas, si no se consideran a sí mismos personas musicales. Como la terapia está diseñada para la práctica de un músico, arriesga perder el sentido de nombrarla psicoterapia, dado que esta práctica implica la comprensión integral de los fenómenos psicológicos, pero también de habilidades para la aplicación de técnicas que ayuden al paciente dentro de sus capacidades.

De cualquier manera, la musicoterapia debe presentarse principalmente en un contexto *no-verbal*, donde la expresión por medio de sonidos sea el principal medio de comunicación, pero no el único, que permitirá entablar una relación entre el musicoterapeuta y los participantes. Dicha expresión se podrá dar a través de instrumentos musicales o de las sonoridades y movimiento del cuerpo de los participantes. Este contexto *no-verbal* es para Benenzon “la integración dinámica de infinitos elementos que configuran códigos, lenguajes, mensajes, que impactan y estimulan el sistema perceptivo global del ser humano, y permiten que éste reconozca el mismo que lo rodea, su entorno, su ambiente y al otro ser humano con el cual tiende a comunicarse” (Benenzon, 1998, pág. 50).

De tal forma que abarca toda esa gama de elementos que nos impactan y que comunican, y que, en otras terapias, al ser implícitos, pasan a un segundo término, predominando lo verbal, es decir, lo que el paciente pueda decir sobre lo que le acontece (con breves excepciones como ciertas variaciones de Psicodrama o de terapia Gestalt psicocorporal).

La musicoterapia no pretende encasillar la capacidad comunicativa del individuo en lo verbal, obviamente, pero tampoco en lo musical, en lo que pueda tocar o expresar con instrumentos musicales. En cambio, considera todos esos fenómenos que son capaces de impactar al otro y los toma como medio para generar una relación específica con fines terapéuticos. En ello se opone a la musicoterapia de Blasco (2001), quien considera que, para provocar un estado de ánimo, o generar una respuesta, se requiere de una composición musical y que a un sonido por sí solo no se le puede atribuir tristeza o melancolía.

La postura de Blasco limitaría definitivamente el trabajo con aquellos pacientes que carecen de experiencia en la composición musical. La propuesta de Benenson, en cambio, permite intervenir de acuerdo con las necesidades del paciente y no lo limita por sus capacidades cognitivas, físicas o psicológicas, aunque sí sucede un tanto con el terapeuta. Por otra parte, permite a este último generar una relación con el paciente de manera más efectiva, ya que el paciente no utiliza las palabras para comunicarse, no necesitan pasar por el filtro del pensamiento, sino que se basa exclusivamente en su sentir y por tanto se superan más fácilmente algunos mecanismos de defensa.

El trabajo desde lo *no-verbal* es la fuerza, pero también representa una dificultad. Queda claro que la cualidad *no-verbal* de la terapia permite ampliar los límites de las expresiones de los pacientes, y da pie a reconocer el contenido inconsciente sin que pase por el filtro de las debilidades del *yo*, siendo así las expresiones más puras y verdaderas. Sin embargo, también limita al terapeuta a no tener certezas, y tendrá que valerse de su experiencia para reconocer las *energías sonoras* y la *transferencia* que impactan en él. Más aún, en el proceso de reflexión que se realiza posterior a la sesión, debe plantear de manera escrita, a manera de un informe o protocolo, lo sucedido en las sesiones, es decir, interpretar lo *no-verbal* desde lo verbal.

Esto hace que gran parte de lo vivenciado en las sesiones y posterior a ellas, pueda afectarse por la intuición del musicoterapeuta. La transcripción a lo verbal difícilmente podrá compararse con lo vivenciado en lo *no-verbal*.

Otra de las características más relevantes para la musicoterapia de Benenzon es la concepción de los instrumentos musicales como parte de la metodología. Aunque el cuerpo humano se reconoce como uno de los instrumentos sonoros más importantes, también se distinguen los instrumentos convencionales y sus cualidades para desarrollar el medio terapéutico de las sesiones. Un gran acierto, que de cierta manera es recuperado de la asociación libre en Freud, es permitir a los participantes elegir libremente el instrumento con el cual van a expresarse, nombrado *objeto intermediario*, ya que es el que permitirá el pasaje de las energías de comunicación entre un individuo y otro, en este caso con el terapeuta. Este concepto se vincula directamente con la estructura básica de la teoría, dado que el *objeto intermediario* estará directamente vinculado con los *ISO gestáltico y cultural*, es decir, que seguramente el participante elegirá los instrumentos o los sonidos que le resultan familiares, aunque de manera inconsciente.

Por otra parte, cuando lo que se busca en sesión es la apertura de múltiples canales de comunicación, que más de un individuo se vincule y se exprese, se busca la elección de un *objeto integrador*, que es el instrumento que favorece la integración de un grupo determinado y se vincula con los *ISO* de los participantes.

## **APLICACIÓN CLÍNICA DE LA MUSICOTERAPIA**

Particularmente, la musicoterapia se ha utilizado para trabajar con pacientes con autismo, problemas en la comunicación o en las relaciones interpersonales, con pacientes en estado de coma y con personas con Alzheimer (Bautista & Tárraga-M, 2016). Es decir, dentro del marco de las dificultades con la vinculación con otros, la comunicación o las relaciones sociales. También ha mostrado buenos resultados en intervenciones para reducir la ansiedad y depresión en adultos (Montánchez & Orellana, 2015; Dongo, 2017; Veas, 2018).

Por su origen en el campo de la medicina se entiende que en un primer momento su aplicación se centró en pacientes con enfermedades crónicas, y que, además, resultaba pertinente para mejorar la calidad de vida. Hoy en día se han ampliado los campos de utilización, a escuelas, comunidades, grupos específicos como con menores infractores, entre otros (Guevara, 2009; Felício & Batanero, 2016).

La musicoterapia se presenta como una oportunidad para trabajar aquellos conflictos donde no hay posibilidad de utilizar la terapia verbal, ya que lo *no-verbal* se manifiesta a partir de lo que se siente y lo que el cuerpo es capaz de expresar. Sin embargo, aún quedan campos por explorar para conocer los alcances de la musicoterapia.

Desde esta posibilidad de comprender el carácter terapéutico de los instrumentos y su utilización es que surgen propuestas de trabajo grupal con diversas poblaciones. Sin embargo, y como se menciona anteriormente, el campo de las terapias de arte o creativas resulta novedoso, aún no se tiene conocimiento de su aplicación en diversos escenarios, como es el caso de los niños institucionalizados o en trabajo comunitario, por lo que actualmente se cuenta con pocos datos empíricos como para evaluar globalmente su funcionalidad, al menos más allá de lo que teóricamente encuentra sentido.

Otra limitación que comparten las terapias de arte y dentro de ellas la musicoterapia, es la concepción social que se puede tener sobre el arte en sí y la exigencia de que se lleve a cabo bajo ciertos estándares, el prejuicio que hace el paciente hacia sí mismo, si se considera una persona poco “artística”.

Benenson lo plantea desde la elección del *objeto intermediario*, cuando menciona que los pacientes no suelen elegir instrumentos musicales de los que tienen cierto conocimiento o referencia sobre cómo deberían sonar o ser tocados, limitando las expresiones y la creatividad del paciente, lo que puede tener como resolución el tener variadas opciones de instrumentos para así no limitar al paciente.

Sin embargo, con ello aparece una seria complicación para su aplicación en un amplio número de consultorios: no siempre se podrá tener la posibilidad de tener un gran número de instrumentos musicales en estado óptimo. Benenzon pudo mediar esta dificultad incluyendo los *instrumentos creados*, aquellos que se pueden conformar por casi cualquier objeto, y aunque esto da lugar a que se lleve a cabo un proceso creativo tanto del paciente como del terapeuta en la creación de los instrumentos, su utilización para la expresión sería pobre y menos significativa que si se dispusiera de una variedad de instrumentos musicales.

En primer lugar, porque los instrumentos creados difícilmente se compararán en la capacidad de resonancia a un instrumento técnicamente diseñado como tal. En adición, estos instrumentos no se encuentran tan íntimamente relacionados con el *ISO* de los participantes, dado que no ofrecen el elemento histórico-cultural de los instrumentos musicales.

Con lo anterior, aparece una de las características más desfavorables de este modelo, y que comparte con la accesibilidad del arte en general, su limitación de acceso a aquellos que pueden pagar por él, como acceder a un boleto de entrada a un museo, más aún para quienes viven en ciudades desarrolladas a donde llegan exposiciones artísticas relevantes, donde se construyen museos o galerías. La musicoterapia de Benenzon está pensada para aquellos que pueden pagarla, desde ambas direcciones. Para el musicoterapeuta que tiene acceso a instrumentos musicales o para adaptar un espacio del *setting* y para los pacientes que tengan la posibilidad de pagar una terapia especializada.

Quepa entonces hacer una aclaración. Se podrían buscar adaptaciones más económicas con un mayor empleo de *instrumentos creados*, o incluso con una aproximación terapéutica que no tuviera como indispensable el conocimiento técnico musical de alto nivel. Es decir, que con una capacitación básica el terapeuta pudiera llevar los registros que plantea Benenzon. Considerando la novedad del modelo y la poca evidencia empírica a favor o en contra, se podrían proponer experimentos o cuasiexperimentos en situaciones que favorezcan el control de eventos que pudieran modificar los resultados. Por ejemplo, trabajar con instituciones de albergue de niños sin cuidados parentales.

En general, los niños aprenden sobre sus emociones de acuerdo con los mensajes no verbales, ya que reconocen primero estos que los verbales (Chías & Zurita, 2010). Esto por supuesto, embonaría perfectamente con la propuesta de una terapia no verbal. En el caso particular de los niños institucionalizados, con frecuencia presentan dificultades para formar lazos afectivos, como resultado suelen tener conflictos en sus relaciones interpersonales (Judge, 2004). Además, las carencias afectivas que viven son un factor que incide de manera negativa en las relaciones, generando comportamientos de agresión hacia sus iguales o cuidadores (Flores, 2015). Esto muchas veces implica una dificultad para que los niños encuentren alternativas en su comunicación. Al encontrarse en un ambiente en el que predominan las conductas de agresión y existe poca variedad de estímulos afectivos, los medios por los que los niños suelen relacionarse tienden a volverse estereotipados.

La musicoterapia es un modelo que podría brindar a los niños una alternativa en su comunicación y oportunidad de generar vínculos positivos con quienes comparten la residencia, generando a su vez cambios en la manera en que suelen relacionarse, en que se ven a sí mismos y sus capacidades comunicacionales. Benenzon (2011) afirma que la comunicación es la piedra angular de la salud mental, y en este sentido, la musicoterapia es un medio terapéutico que se adaptaría a las dificultades de los niños institucionalizados, como una herramienta para concebir nuevas formas de comunicar lo que podría ser muy doloroso escuchar en palabras. Es pues, un área de oportunidad para poner a prueba el modelo, como muchas otras más que podrían serlo. Sirva solamente este caso, como un ejemplo de las posibilidades a futuro.

## CONCLUSIONES

Aunque al aproximarse por primera vez al trabajo de Benenzon puede resultar poco clara la manera en que se desarrollan las sesiones, que aparentan plantearse intuitivamente, una lectura un poco más profunda permite notar que sus conceptos se entrelazan, dando sentido a la teoría en conjunción con su metodología. El modelo refleja la epistemología propia del autor, pues lo basa en su experiencia como psiquiatra y músico para configurar un modelo que combina ambas disciplinas.

Pero su bagaje médico igualmente lo empuja a plantear un método poco flexible, en cuanto a su adaptación a escenarios distintos a los de un hospital o el propio *setting*, donde hay un estricto control de las influencias exteriores.

Resulta parte de la práctica clínica adaptar la psicoterapia a las condiciones ambientales, además de las características del paciente, lo que parece difícil si se busca aplicar la musicoterapia de Benenzon de forma rigurosa a las condiciones físicas que plantea. Sin embargo, representa una oportunidad para los psicólogos de desarrollar con esas bases propuestas más adaptables, pensadas desde el paciente y sus capacidades culturales y contextuales.

La musicoterapia de Benenzon se presenta como una propuesta novedosa, ya que brinda una teoría ligada a una metodología en la que integra bases psicológicas, biológicas y clínicas en función de la música. En el desarrollo del mismo, se recupera la utilización de la música como medio de comunicación y pone en énfasis la importancia de lo que no se puede decir con palabras, lo no verbal. Desde ese sentido permite desarrollar una terapia más completa y profunda.

Las bases teóricas de la musicoterapia han dado lugar a la metodología que se ciernen en la práctica clínica. Se han llevado a cabo investigaciones, se han fundado instituciones especializadas en su metodología y programas académicos, con la finalidad de ampliar los campos de aplicación. Algunos cuantos han llevado su práctica a espacios sociales como escuelas, centros de rehabilitación para menores infractores, entre otros, mostrando las aportaciones en el aprendizaje socioemocional y actitudinal con jóvenes, y como terapia para reducir la ansiedad y depresión en adultos.

En este sentido es que se considera la capacidad del modelo para adaptarse a distintos escenarios, con una variedad de pacientes, y a su vez implica la necesidad de diseñar alternativas para campos menos favorecidos y al alcance de profesionales de la salud, principalmente psicólogos.

En caso de que la musicoterapia logre concretar su utilización en otros campos menos favorecidos económicamente, tendría un doble beneficio. En primer lugar, mejorar la calidad de vida de los pacientes que es el principal objetivo de la musicoterapia, pero aunado a esto la posibilidad de acercar a más personas al arte, a la expresión que es inherente del ser humano y que se ha ido perdiendo de la sociedad, dejándola a unos cuantos con acceso a educación musical o instrumentos. El arte es vida. Y ya era tiempo de que alguien basara su terapia científica en ella. Falta mucho por trabajar en el campo de la ciencia que ordena y estructura a la psicoterapia, pero el modelo de Benenzon es un movimiento *allegro*.

## REFERENCIAS

- Bautista, M. C., & Tárraga-M, P. S.-C. (2016). *Efectividad de la musicoterapia en el trastorno de espectro autista: Estudio de revisión*. Papeles de psicología, 37(2), 152-160. Recuperado de HYPERLINK "<https://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf>"  
<https://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf>
- Benenzon, R. O. (1998). *La nueva musicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Benenzon, R. O. (2011). *Musicoterapia. De la teoría de la práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Blasco, S. P. (2001). *Importancia de la Musicoterapia en el Área Emocional del ser Humano*. Redalyc(42), 91-113. Recuperado de HYPERLINK "<https://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf>"  
<https://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf>
- Chías, M., & Zurita, J. (2010). *EmocionArte con los niños el arte de acompañar a los niños en su emoción*. España: Desclée De Brouwer.
- Dongo, J.P. (2017). *Aplicación de un programa de musicoterapia para disminuir ansiedad y depresión en mujeres mastectomizadas*. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Recuperado de: HYPERLINK "<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5343>"  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5343>
- Edwards, D. (2004). *Art Therapy creative therapies in practice*. Londres: SAGE .

- Felício, & Batanero. (2016). *Musicoterapia e integración social a menores infractores, un estudio de casos. Perfiles Educativos*, 163-180. Recuperado de HYPERLINK "<http://www.redalyc.org/pdf/132/13244824010.pdf>"  
<http://www.redalyc.org/pdf/132/13244824010.pdf>
- Flores, N. Y. (2015). *Relaciones interpersonales de la aldea infantil el rosario (Tesis de grado)*. Universidad Nacional del centro del Perú.
- Guevara, P. (2009). *Intervención musicoterapéutica para promover la prosocialidad y reducir el riesgo de agresividad en niños de básica primaria y preescolar en Bogotá, Colombia*. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 128-136. Recuperado de HYPERLINK "[https://www.researchgate.net/publication/41206970\\_Intervencion\\_musicoterapeutica\\_para\\_promover\\_la\\_prosocialidad\\_y\\_reducir\\_el\\_riesgo\\_de\\_agresividad\\_en\\_ninos\\_de\\_basica\\_primaria\\_y\\_preescolar\\_en\\_Bogota\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/41206970_Intervencion_musicoterapeutica_para_promover_la_prosocialidad_y_reducir_el_riesgo_de_agresividad_en_ninos_de_basica_primaria_y_preescolar_en_Bogota_Colombia)"  
[https://www.researchgate.net/publication/41206970\\_Intervencion\\_musicoterapeutica\\_para\\_promover\\_la\\_prosocialidad\\_y\\_reducir\\_el\\_riesgo\\_de\\_agresividad\\_en\\_ninos\\_de\\_basica\\_primaria\\_y\\_preescolar\\_en\\_Bogota\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/41206970_Intervencion_musicoterapeutica_para_promover_la_prosocialidad_y_reducir_el_riesgo_de_agresividad_en_ninos_de_basica_primaria_y_preescolar_en_Bogota_Colombia)
- Jiménez, R. M. (2011). *Uniendo Arte y Ciencia a través de la Danza Movimiento Terapia*. *Revista del Conservatorio Superior de Danza de Málaga*(7), 4-11. Recuperado de HYPERLINK "<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3675957>"  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3675957>
- Judge, S. (2004). *Adoptive Families: The Effects of Early Relational Deprivation in Children Adopted from Eastern European Orphanages*. *Sage Journals*, 244-252. doi:10.1177/1074840704266763
- Kramer, E. (1985). *El arte como terapia infantil*. México: Diana.
- Martínez, M. J., & Dácer, J. H. (2014). *Arteterapia como apoyo en un proceso de resiliencia*. (Trabajo de grado). Chile: Universidad de Chile.
- Montánchez, M.L., Orellana, C. (2015). *Aprendizaje socioemocional en la adolescencia a través de la musicoterapia*. *Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales* (IV), 164-174. Recuperado de <http://iberoamericasocial.com/aprendizaje-socioemocional-en-la-adolescencia-a-traves-de-la-musicoterapia>

- Rabadán, J., & Álvarez, A. C. (2017). *Terapias artísticas y creativas en la mejora del malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. Revisión sistemática*. *Psicooncología*(14), 187-202. doi: 10.5209/PSIC.57079
- Romero, B. L. (2004). *Arte terapia. Otra forma de curar*. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*(10), 101-110. Recuperado de HYPERLINK "http://www.redalyc.org/pdf/729/72920801005.pdf" <http://www.redalyc.org/pdf/729/72920801005.pdf>
- Sacks, O. (2009). *Musicofilia. Relatos de la música y el cerebro*. Nueva York. Anagrama
- Sebiani, L. (2005). *Uso de la danza terapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas (Cáncer, Fibrosis, SIDA)*. *Reflexiones*, 84(1), 49-56. Recuperado de HYPERLINK "http://www.redalyc.org/pdf/729/72920801005.pdf" <http://www.redalyc.org/pdf/729/72920801005.pdf>
- Simonetti, G. S., Maiolino, W. S., & Severino, M. F. (2015). *Psicodrama: cuerpo, espacio y tiempo hacia la libertad creadora*. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10, 139-152. DOI: 10.5109/REV\_arte.2015.V10.51688
- Veas, N.E. (2018). *La musicoterapia en el aprendizaje actitudinal de los estudiantes del 3er grado de primaria de la I.E. "Sagrada Familia" del distrito de la Victoria- Lima 2017*. Universidad César Vallejo Repertorio Digital Institucional. Recuperado de HYPERLINK "http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/22795?fbclid=IwAR36ZfYblNcQP-771TPxG\_LaBGGainicqEhM33BQU3m4yo7IUOFrw8Zjh6Q" [http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/22795?fbclid=IwAR36ZfYblNcQP-771TPxG\\_LaBGGainicqEhM33BQU3m4yo7IUOFrw8Zjh6Q](http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/22795?fbclid=IwAR36ZfYblNcQP-771TPxG_LaBGGainicqEhM33BQU3m4yo7IUOFrw8Zjh6Q)



## “EL HÉROE OSCURO Y EL ANTIHÉROE DE NOVELA GRÁFICA: MODELOS ÉTICOS PARA LOS ADOLESCENTES EN LA COMPLEJIDAD CONTEMPORÁNEA”

“THE GRAPHIC NOVEL’S DARK HERO AND ANTIHERO: ETHICAL MODELS FOR THE ADOLESCENTS IN CONTEMPORARY COMPLEXITY”

David Adrián Rico Rivera<sup>1</sup>, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto<sup>2</sup>, Dr. Eloy Maya Pérez<sup>3</sup>,  
Raúl Fernando Guerrero Castañeda<sup>4</sup>  
Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>5</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 01/06/2019

Aceptado: 12/09/2019

### Resumen

Los adolescentes rechazan los modelos clásicos de formación ética. La presente investigación tuvo como objetivo comprender si el héroe de novela gráfica participa en ello. El método fue hermenéutico-transversal, por casos en profundidad de 8 informantes clave. Se desarrolló una entrevista semiestructurada y se construyeron categorías con apoyo del programa computacional Atlas.ti V7. Reconocieron modelos éticos en la dinámica bien/mal, encarnada en figuras héroe-antihéroe-villano contenidas en la novela gráfica de la *Edad Oscura del Cómic*. La figura con mayor impacto es **Batman**, debido a que su estructura psicológica problemática y sus ideales de fortalezas (riqueza, resiliencia, integridad, inteligencia superior y **ausencia de mentor**) comulgan con sus necesidades psicoemocionales adolescentes. Se concluye que los nuevos modelos éticos no dan respuestas unívocas, sino que presentan preguntas lógicamente irresolubles y solo mediante la armonía de epifanía y razonamiento, el adolescente desarrolla un impulso ético que lo hace tomar postura madura ante el mundo.

**Palabras clave:** *Adolescentes, ética, arquetipos, héroe, novela gráfica, Batman*

<sup>1</sup> Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad de Guanajuato.

<sup>2</sup> Correspondencia remitir a: [jonathan.galindo@ugto.mx](mailto:jonathan.galindo@ugto.mx) Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>3</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>4</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>5</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

Adolescents reject traditional models of ethic formation. The objective of the present investigation was to comprehend if the graphic novel hero participates in the process. Transversal study with hermeneutic method, using in-depth cases with 8 key informants. A semi-structured interview was developed, and categories were built with specialized software Atlas.ti V7. Results show they recognized ethical models in good/evil dynamic, embodied in hero/anti-hero/villain figures, contained in the graphic novel, mainly in the *Dark Age*. The figure with the greatest impact is **Batman**, due to his problematic inner structure and their ideals of strengths (wealth, resilience, integrity, superior intelligence and, particularly, **absence of mentor**), with their adolescent psycho-emotional needs. It is concluded that new ethical models give no univocal responses, but present logically unsolvable questions, and only through the harmony of epiphany and reasoning, the teenager develops an ethic impulse which makes him take a mature posture before the world.

**Keywords:** *Adolescents, Ethics, Archetypes, Hero, Graphic Novel, Batman*

## INTRODUCCIÓN

La psicología analítica no se centra en definir etapas de desarrollo en el ser humano que vayan acordes con rangos de edad. Propone más bien un proceso psíquico general que se dirige a la *individuación*, una forma de maduración y de autorrealización de la personalidad en la que el individuo llega a ser él mismo (Gonzales, 2019). Delimitar la adolescencia para este estudio responde más bien a una perspectiva ateorica, multiteórica, eclecticista o integradora con la que se trabaja a nivel mundial en cuestiones de salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) señala que la adolescencia se ubica aproximadamente entre los 10 y 19 años de edad.

Establece que los determinantes biológicos del principio de la adolescencia son prácticamente universales y se vinculan a la pubertad, que puede variar entre los 9 y 12 años en la mayoría de los casos, pero que su finalización es una cuestión en la que se implican contextos socioeconómicos y culturales, ritos y experiencias, por lo que puede extenderse más allá de los 19, hasta que en la cultura de cada persona se le haya preparado lo suficiente como para convertirse en adulto.

Esto concuerda con investigaciones actuales que consideran que podría extenderse incluso hasta finales de la segunda década de vida, principalmente por factores como la madurez intelectual y la dependencia económica hacia los padres (Sawyer, Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne & Patton, 2018). Difícilmente se encuentran investigaciones ampliamente aceptadas con rangos de edad que superen los 30 años. A partir del pasado siglo la adolescencia cobra importancia como etapa del desarrollo. Surgen conceptos como la rebeldía adolescente que se manifiesta en el imaginario social como una etapa individualista y solitaria. (Rojas, 2016).

La formación ética es determinante para el desarrollo del adolescente hacia la vida y responsabilidades adultas. Sin embargo, en la actualidad, las sociedades occidentales no parecen brindar los modelos éticos adecuados para lograrlo (May, 2000). Los jóvenes muestran un rechazo por los modelos tradicionales como la escuela, la religión y orientación parental, llevándolos a buscar guía en sus semejantes o en aquello a lo que les sea más fácil o emocionalmente atractivo acceder. Estos modelos pueden ser constructivos, por ejemplo, grupos artísticos o académicos, o destructivos como agrupaciones delictivas, que pongan en riesgo su integridad física y/o moral.

Anteriormente, se usaba como herramienta de formación un sistema de creencias, específicamente la narración de mitos, historias plagadas de personajes que mostraban las hazañas de un héroe que recorría un conjunto de pruebas para consolidarse como tal, obteniendo como recompensa regalos divinos y el bienestar de su comunidad. Una de las funciones principales del mito es la de fundamentar y validar un cierto orden social (Campbell, 1991).

De acuerdo con el padre de la psicología analítica, Carl Jung (1970), el pensamiento mítico contiene las mismas características que las del inconsciente. Si bien dichas narraciones no eran empíricamente reales en su contenido, para el autor, sí representan la vida interna y el conflicto de la psique en su desarrollo. A esta vida interna Jung la denominó como *inconsciente colectivo*.

Los contenidos de este inconsciente son de carácter universal y atemporal, contenidos que, según él, se han almacenado a partir de las experiencias primigenias de la humanidad tales como el ocaso y la salida del sol, la muerte, las estaciones del año, la fertilidad, la guerra, etc.

Al intentar darle un sentido o significado a estas situaciones el hombre proyectaba en dichas experiencias algunos aspectos psíquicos internos que pasarían a representar realidades psíquicas que podrían evocarse en situaciones parecidas. Por ejemplo, la experiencia del ocaso del sol, en la que el humano primitivo pudo tener sensaciones de soledad, fatalidad, miedo, etc., puede volver a manifestarse ante la muerte del mejor guerrero protector del grupo o ante la pérdida de un padre cálido y cariñoso. Estas *experiencias numinosas* forman contenidos que quedan latentes en el inconsciente colectivo a las que Jung denominó *arquetipos*.

Es de esta manera que los mitos funcionan a través de arquetipos enmascarados de personajes que organizan los procesos psíquicos inconscientes, desarrollando *efectos numinosos* que impulsan a quienes los escuchan a desarrollarse como un seres maduros a favor de su propio desarrollo y el de su comunidad (Jung, 1991).

Existen autores clásicos que comparten esta visión, como Joseph Campbell (1972) y Rollo May (1991), pero también otros más contemporáneos han recalcado la importancia de la pérdida de las narraciones míticas, principalmente en la adolescencia occidental, siendo la falta de estas lo que ha provocado que la psicoterapia sea tan necesaria en la actualidad, pues para ellos los mitos, los rituales y los guías espirituales, a través de los personajes arquetípicos y sus devenires ayudaban a dar sentido y significado a la existencia.

Tal es el caso de Byung-Chul Han, cuando sostiene que ahora tenemos una sociedad de rendimiento, con pérdida de creencias que afectan “*no solo a Dios o al más allá, sino también a la realidad misma*” (2012, p.28) y que termina convirtiéndose en una sociedad de cansancio. Ante la falta de narrativas sacras, se desarrolla la sensación de lo efímero, con nerviosismo e intranquilidad, se vuelve uno su propio verdugo y víctima. Cae en una depresión tardomoderna, en un cansancio a solas, que divide a la comunidad.

Sin embargo, es posible que en el fondo, algo no haya cambiado, los arquetipos, y que los jóvenes estén encontrando otras formas de acercarse a los mitos gracias a ellos, formas menos racionales. Dicen Rocha & Freire (2019) que la formación ética en ellos respondería incluso a una “voz *supra-racional*”, “*la voz de Dios*”, combinando lo consciente y lo inconsciente. Al ser fuerzas inconscientes colectivas, los *arquetipos* tienen la cualidad de mantenerse vigentes bajo diferentes *máscaras* creativas, algunas de estas artísticas para así transmitir su contenido a la conciencia. (Alonso, 2005)

Los mitos en un sentido estricto son composiciones literarias, es decir, un tipo de arte y este medio es uno de los principales medios por los que se manifiestan los arquetipos. La novela gráfica ha demostrado tener ese valor de expresión artística, tanto por la calidad de las imágenes plasmadas como por su contenido narrativo profundo (sobre todo a partir de los últimos 50 años), además de haber demostrado ya su utilidad como herramienta pedagógica y terapéutica, aunadas al impacto cultural que ha tenido en el último siglo con sus adaptaciones cinematográficas.

Un ejemplo sobresaliente de lo anterior es la novela gráfica *Watchmen*, escrita por Alan Moore, que ha sido reconocida por la revista *TIME* (Grossman y Lacayo, 2010) como una de las 100 novelas literarias más importantes de habla inglesa del siglo XX, ubicándola al nivel de *Trópico de Cáncer* de Henry Miller o *Hacia el faro* de Virginia Wolf.

Alan Moore y su nueva visión del héroe da paso a la *Edad Oscura del Cómic*, dándole mayor conflicto, profundidad y seriedad, tanto a los personajes como a las tramas de estas publicaciones, que hasta entonces eran más bien diseñadas para un público más infantil.

Es necesario preguntarse si la novela gráfica entonces ha impactado en el desarrollo psíquico de los jóvenes en la cultura occidental no solo como un medio de entretenimiento, sino que, a través del *arquetipo del héroe*, exista una actualización del mito, cuando las descripciones empíricas no han conseguido brindar significado a la existencia humana como lo hacían las narraciones míticas. La ciencia otorga datos, pero no sentido.

## **Supuestos**

Se tuvo como principal supuesto que los adolescentes otorgarían un impacto de la imagen simbólica arquetípica hacia su formación de valores en su discurso. Se esperaba que otorgaran un sentido de equivalencia o proximidad a los valores de los héroes con los propios y que se distanciaran de los valores o falta de ellos en los villanos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Comprender la influencia del significado de la Imagen Simbólica Arquetípica de la Novela Gráfica (ISANG) en los valores de los Adolescentes Mexicanos Lectores de Novela Gráfica (AMLeNG).

### **Objetivos específicos**

- Describir los datos sociodemográficos de los AMLeNG.
- Analizar la ISANG que los AMLeNG identifiquen como significativa
- Contrastar la teoría psicológica analítica con el discurso de los AMLeNG
- Describir el proceso y los elementos presentes en la novela gráfica que influyen en la formación de valores de los AMLeNG de acuerdo a su discurso

## **MÉTODO**

Se trabajó bajo el enfoque cualitativo con método hermenéutico. Se decidió por este método, toda vez que buscó descubrir y comprender los significados que un grupo de personas asignan a un fenómeno, interpretando lo mejor posible lo anterior dentro del contexto en el que se encuentran inmersos.

Junto con ello, se consideró un marco epistémico de psicología analítica, por ser la que con mayor profundidad analiza el concepto del héroe como parte de la explicación del desarrollo humano en sus distintas etapas de desarrollo. El diseño fue observacional. La investigación fue de corte transversal

El muestreo fue intencionado, con entrevista a informantes clave. Los participantes respondieron a una convocatoria en cuyos requisitos se especificaba que contaran con una edad de entre 12 y 20 años y tuvieran al menos 2 años leyendo novelas gráficas. Se seleccionaron a aquellos que hubieran leído cuando menos un ejemplar cada dos meses y hubieran asistido a por lo menos un evento especializado en los últimos dos años. Se excluyeron aquellos que más que lecturas, tenían contacto con los personajes de novela gráfica por series de televisión o películas.

Los padres de los participantes menores de 18 años firmaron un consentimiento informado para que sus hijos pudieran participar. Los restantes dieron su consentimiento verbal al inicio de la entrevista para que sus respuestas fueran grabadas y utilizadas a propósito de la investigación.

Siguiendo las recomendaciones de Martínez-Salgado (2012), se realizaron entrevistas hasta que por criterio de saturación de datos se determinó que los contenidos de los discursos contenían elementos fundamentalmente equivalentes y que además, presentaban suficiente información relevante para el estudio.

## **Participantes**

Se analizaron las entrevistas de 8 personas (siete hombres, una mujer) considerando su orden de contacto. El menor de ellos de 15 años y el mayor de 20. Cinco radicaban en la ciudad de Celaya, Guanajuato; uno en Cuernavaca, Morelos; otro más en Guanajuato, Guanajuato, y finalmente uno en León, Guanajuato. Cuatro de los participantes tenían un nivel de estudios de Bachillerato, mientras que los restantes estudiaban diversas licenciaturas.

## **Instrumentos y materiales**

El instrumento utilizado fue una guía de entrevista semiestructurada diseñada expresamente para esta investigación, y como en la mayoría de las investigaciones cualitativas, el entrevistador fue también su instrumento, como lo señalan Miguel Martínez Miguelez (2004), y Roberto Hernández Sampieri (2014). Estuvo conformada por los siguientes ejes:

- a) Historia con mayor impacto personal y razones para ello
- b) Argumento que más ha llamado la atención y descripción del mismo
- c) Personaje favorito, de identificación. Imagen y significado
- d) Personaje de mayor desagrado y menor identificación. Imagen y significado
- e) Motivaciones de los héroes y villanos
- f) Antihéroes
- g) Valores que guían su actuar cotidiano

En general, las preguntas fueron modificadas en su lenguaje para mayor claridad hacia los participantes. Particularmente, el inciso “f) Antihéroes” fue elaborado después de una serie de pruebas piloto, pues no había sido considerado por los investigadores en el diseño original. Así también, se incluyó el subapartado de “Imagen” en los incisos “c)” y “d)”, debido a que los participantes en los pilotajes hicieron hincapié en los contenidos gráficos que acompañan la narrativa, como el color, posición de los personajes, tamaño, forma, etc. Para facilitar el proceso de corroboración estructural se utilizaron grabaciones de audio directamente en computadora.

## **Procedimiento**

Una vez aprobado el protocolo por los Comités de Ética y de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, se realizaron convocatorias en foros y blogs especializados de acceso abierto en internet.

Igualmente, se distribuyeron invitaciones en puntos de reunión tradicionales para este público (plazas y locales especializados), así como en escuelas de nivel medio superior. Ya realizada la selección de la muestra por casos críticos (Martinez, 2004), se establecieron fechas para entrevistas individuales en un cubículo de la universidad y para aquellos que no podían asistir, se programaron entrevistas por videollamada incluyendo consentimiento verbal. En el caso de menores de edad, la entrevista fue posterior a la firma de consentimiento del padre o tutor.

Una vez realizadas las entrevistas, se procedió a la captura de los comentarios en una base de datos que posteriormente fueron categorizados y estructurados por su contenido con apoyo del programa computacional Atlas.ti V7. Después de ello, se realizó el contraste de la información con los referentes teóricos de la teoría analítica, a fin de poder establecer la discusión y corroboración, refutación o complementación de los supuestos.

## **RESULTADOS**

De acuerdo con las respuestas obtenidas, se puede observar que la moral con la que se conducen los personajes de las novelas gráficas se divide, generalmente en una dicotomía entre bien y mal, siendo los héroes y los villanos los representantes de dichos conceptos. También aparece en el contenido de las entrevistas una tercera figura a la que se le identifica como antihéroe y no puede ser ubicado en ninguna de las polaridades morales o que bien podría estar ubicado en ambas.

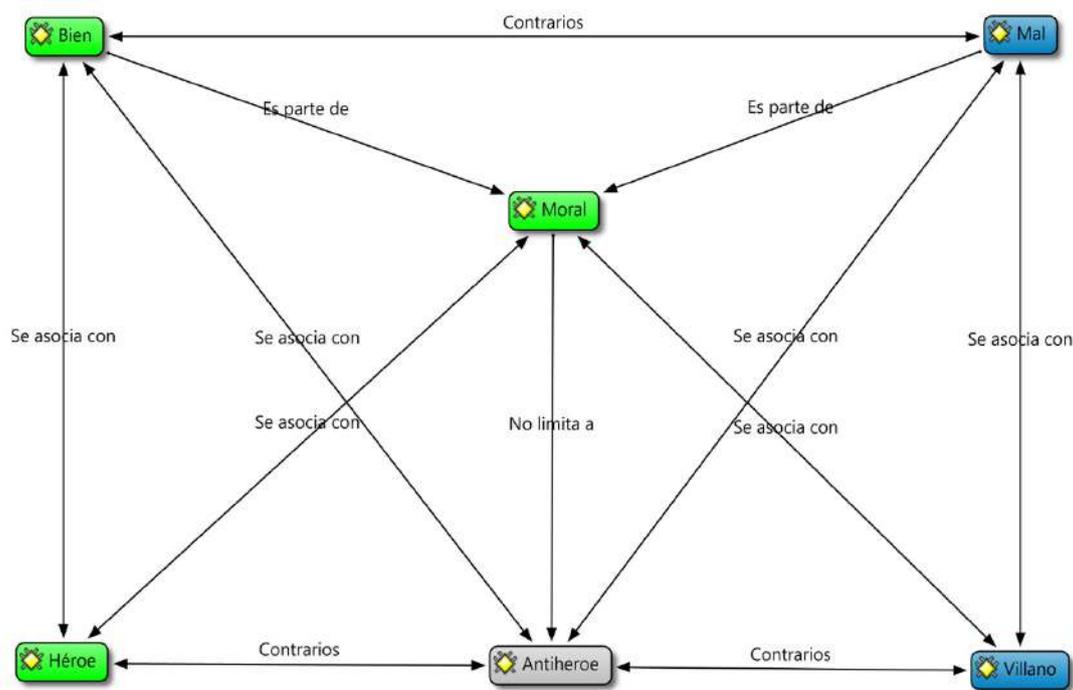


Figura 1. Red discursiva de la relación dinámica de la moral en los héroes antihéroes y villanos en la novela gráfica.

Si bien, el *héroe* se define principalmente por ejemplificar lo que es el bien y el *villano* muestra lo que es el mal, el antihéroe no presenta respuestas éticas, sino cuestionamientos. Sus valores se relacionan con el bien, aunque muchas de sus acciones se asocien al mal.

La figura del *héroe* es el máximo representante del Bien y las buenas acciones. Es el modelo moral en el que se depositan valores como el No rendirse o Recuperarse ante las adversidades, la Responsabilidad y la Justicia, el Amor o el Ayudar y Salvar a otras personas. Son figuras asociadas con Protección, Sacrificio, Esperanza y Honestidad. En la mayoría de los casos son humanos que adquieren poderes o habilidades sobrehumanas o seres de otro planeta. Algunos de estos individuos han podido asociarse, incluso con la divinidad. Son, en pocas palabras, el *ideal del hombre*.

Por otro lado, el *villano* representa, para los adolescentes, el antagonista, la máxima representación de la maldad, una persona o entidad encargada de la destrucción física, moral e incluso espiritual de sus contrapartes heroicas o de la humanidad. Son seres rebeldes y autoritarios motivados por el egoísmo, la venganza, la locura o con ideales sublimes, pero con sacrificios de inocentes y en ocasiones en busca de otros sean o sientan como él. El *villano* es en sí mismo antagonista o maldad pura.

El *antihéroe* es ubicado como el centro en el que ambas fuerzas actúan. Son personajes con un alto sentido de justicia y hacer el bien, es decir, una *figura yoica* formada por la moral colectiva, que, sin embargo, también son capaces de realizar actos muy característicos de los villanos como el de quitar la vida o utilizar un alto grado de violencia, aunque a diferencia de estos últimos no recaen en utilizar o lastimar gente inocente. Son personajes en general con un alto grado de conflicto interno y han vivido experiencias desastrosas o violentas. Generalmente motivados por la venganza o por el ideal de que esa es la única manera de hacer un bien permanente.

Si bien se mencionaron diferentes *máscaras* que representan a los *arquetipos de héroes, villanos y antihéroes* dentro de las novelas gráficas tales como *Superman, Spiderman, Deadpool, Wolverine, Deadpool, Punisher, Daredevil Dr. Doom, Joker, Darkseid*, etc., es el personaje de *Batman* el que mayor relevancia tuvo para los adolescentes durante las entrevistas. Sobresale en relación con los demás, principalmente porque es mencionado como referente “*fundamental*” en seis de los ocho sujetos. Cabe remarcar que incluso cuando no es designado como personaje favorito, es reconocido como uno de los personajes más importantes e influyentes. Al referirse a él utilizan frases como “*Batman, obviamente*” o “*La clásica opción de Batman*”. En otras palabras, este personaje representa para ellos la opción incuestionable, el gusto imperante, dando por hecho que es imposible que dicho personaje desagrade o sea indiferente o secundario en jerarquización.



Dice el sujeto 1: *“Porque era una persona común y corriente, pero empezó a hacer entrenamientos. Batman vio como asesinaron a su padre y a su madre (...) él tuvo la oportunidad de asesinar al asesino, pero el decidió no hacerlo ya que vio que no era la mejor forma, entonces él se entrenó para combatir a los villanos y al crimen y hacer justicia por su propia mano ya que notó que la justicia no se llevaba a cabo.”*

En cuanto al sujeto 4: *“Se me hizo un personaje distinto a los demás (...) no tiene poderes y es un héroe (...) Además de ser diferente, me siento identificado con él en su forma de ser. Muy seria y callada. Calculadora.”* Mientras, el sujeto 5 nos dice que *“lo que hace al personaje es que tiene como principio la justicia, la moral, ser una persona que ayuda a los demás (...) es una persona que convirtió su tragedia en una inspiración para hacer cosas buenas.*

*También estas reglas de moralidad que tiene (...) al final se mantiene en esa línea de no matar a sus enemigos, de darles una oportunidad. Porque yo creo que Batman cree en el sistema a pesar de todo lo que ha vivido, que pues ellos se pueden reintegrar otra vez a la sociedad con el asilo Arkham o yendo a la cárcel. Por eso es tan relacionable el personaje.”*

A este personaje lo describen como ambivalente, símbolo de esperanza y al mismo tiempo de oscuridad. Un héroe que comparte algunas cualidades con los villanos, como su deseo de venganza, la ira y en algunas ocasiones un uso desmedido de violencia. A veces confundido con las características de un *antihéroe*. Un ser oscuro pero que, al mismo tiempo, trae esperanza y que siempre tiene un plan que lleva a cabo con cautela. Capaz de reponerse ante las adversidades y transformar sus miedos en armas para combatir el crimen. Un ser humano “común” con tristezas, serio y reservado, aunque estas cualidades humanas sean vistas como debilidades ante sus compañeros con habilidades superhumanas.



Mientras que el *héroe* es un humano (aun siendo de otra especie o planeta) esencialmente bueno, el *villano* no es un humano malo, sino la carencia de humanidad. Además, aparece en el discurso adolescente el *antihéroe*, que no es un ser *individuado*, pero tampoco es un modelo que conjunte el bien y el mal. Se trata de un tercer personaje en otro plano distinto, cuya función radica en generar preguntas al adolescente, cuestionamientos que muestran la complejidad más allá de los polos complementarios. La figura 3 se encuentra disponible públicamente como imagen de alta calidad en el hipervínculo [https://ugtomx-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/da\\_ricorivera\\_ugto\\_mx/ETE4BVqGcgNII09N73douCsBMhiM27nEENWP3kAbFYcs1g?e=ROgAIo](https://ugtomx-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/da_ricorivera_ugto_mx/ETE4BVqGcgNII09N73douCsBMhiM27nEENWP3kAbFYcs1g?e=ROgAIo)

El *héroe* está siempre en conflicto con sus métodos cuestionándose a sí mismo si debiera modificarlos y terminar con los villanos de una vez por todas, debido al sufrimiento que los villanos le causan a él, a sus cercanos y a personas inocentes. Sin embargo, el *héroe* suele recuperarse, reafirmando su papel en cada adversidad que supera. En la mayoría de los casos, sus poderes son adquiridos por casualidad, aunque para Jung lo que denominamos casualidad obedece a una intervención divina, a manera de obsequio para ejercer el bien (Franz, 1999). Sin embargo, dichas habilidades sobrehumanas por sí solas podrían usarse para propósitos egoístas, situación que ocurre en los orígenes o primeras etapas de algunos héroes. Un patrón repetitivo que consolida al *héroe* como tal es el aprendizaje que deja la tragedia representada por la muerte de alguien cercano que desempeña el papel arquetípico del *mentor*. Esta situación lleva al personaje a utilizar sus habilidades para el bien, recordando aquella enseñanza en sus momentos de duda y sufrimiento.

El *villano* por su parte tiene como propósito común poner a prueba, aunque no a propósito, la heroicidad de su antagonista. Es la entidad que busca corromper la integridad del *héroe*, lo manipula como la serpiente a Eva o lo intenta corromper, como el demonio a Jesús en el desierto. A veces sutil y a veces agresivo, es el opuesto oscuro que brinda equilibrio a la luz del héroe pues sin éste, no habría historias. Es la sombra del héroe y como sombra “*no es posible rechazarla ni esquivarla inofensivamente. Este problema es extraordinariamente grave, pues no solo pone en juego al hombre todo, sino que también le recuerda al mismo tiempo su desamparo y su impotencia.*” (Jung, 1970, p.26)

En cuanto al *antihéroe* los adolescentes entrevistados lo ubican no como un sujeto en medio o de moral cambiante, sino como un contrario tanto del héroe como del *villano*. Arquetípicamente es difícil posicionarlo pues no obedece a designios malignos ni a deidades bondadosas. En todo caso es la parte más humana, aquella que asume su parte trágica y que reta tanto a los héroes como a los villanos, es aquel que hace el bien y se enfrenta al mal por sus ideales, pero también al bien, debido a sus métodos. A diferencia del *héroe* que se cuestiona sus métodos y su moral, él está seguro de los suyos y es más bien el lector quien se pregunta sobre sus propios límites, es decir, si él como persona sería capaz de hacer lo mismo, con tal de obtener justicia.

Mientras que el *héroe* y el *villano* actúan como modelos ideales arquetípicos, es decir, como fuerzas capaces de influenciarnos o motivarnos, el antihéroe plantea la pregunta de recordarnos la tragedia del hombre y qué hacer con ella. Del mismo modo *Batman* invita a realizarse esta pregunta, aunque él no recae en la brutalidad innecesaria ni en el asesinato. *Batman* es un héroe trágico y eso es parte de su esencia.

Mientras que los otros héroes aprenden de la tragedia con la muerte del mentor, en la muerte de los padres de *Batman* solo hay tragedia, no hay figuras de autoridad ni palabras de algún mentor, por lo que termina creándose su propia ética, sigue sus propias reglas y no rinde cuentas a nadie. *Alfred Pennyworth, Lucius Fox, Chu Chin Li, Tsunetomo, Harvey Harris, Kirigi, Matsuda, Shaman, Shao-La, Ted Grant, Ducard, Zatara, David Cain, Don Miguel, Sergei, Frederick Stone, Richard Dragon, Oliver Queen, Willie Doggett, Jenner, Shastri, Digiorda, La Salle, Peter Allison, Aurelius Boch, Bushman, Nightwing* e incluso *Ra's al Ghul*, son solamente entrenadores específicos a los que *Batman* accede para perfeccionar habilidades físicas o psicológicas.

No muestra sometimiento a ellos ni lo guían como persona. Incluso el que la lista sea tan amplia solamente muestra la poca profundidad relacional que adquieren en la formación ética del personaje, que en realidad se forma a sí mismo tras la *máscara* de Bruce Wayne. *Batman* se forma a sí mismo... porque es *Batman*. Obviamente.

Aunque el adolescente no necesariamente busca la muerte de sus padres sí pretende vivir con independencia de estos para seguir sus propias reglas. Lo anterior sumado al resto de características del personaje como su riqueza, atractivo físico, fuerza e inteligencia hacen de *Batman* el ideal adolescente, siendo él mismo uno de ellos. Esto se demuestra en sus conductas de riesgo y logros fantásticos (al carecer de habilidades superhumanas de otros superhéroes) que contrastan con sus fracasos al intentar educar a sus diferentes Robin. A pesar de haberse criado él mismo, es incapaz de criar a otros más jóvenes.

## CONCLUSIONES

La creencia de que los adolescentes “no respetan nada” o que “no se están formando éticamente” podría ser errónea. Es posible que estén respondiendo a modelos éticos que no son compatibles con la conciencia, el yo de las generaciones pasadas.

El mito ha sufrido cambios hacia la religión, de ahí a la filosofía y de ahí al pensamiento empirista científico. De narraciones explicativas y formativas se pasó a recuentos descriptivos en el enfrentamiento al cosmos. Se ha prescindido del lugar del sabio *mentor* en la sociedad occidental. Sin embargo, es posible que el mito encontrara otro camino en el *inconsciente colectivo*, el de la narración fantástica con impacto emocional. La máscara ha cambiado, pero el arquetipo continúa.

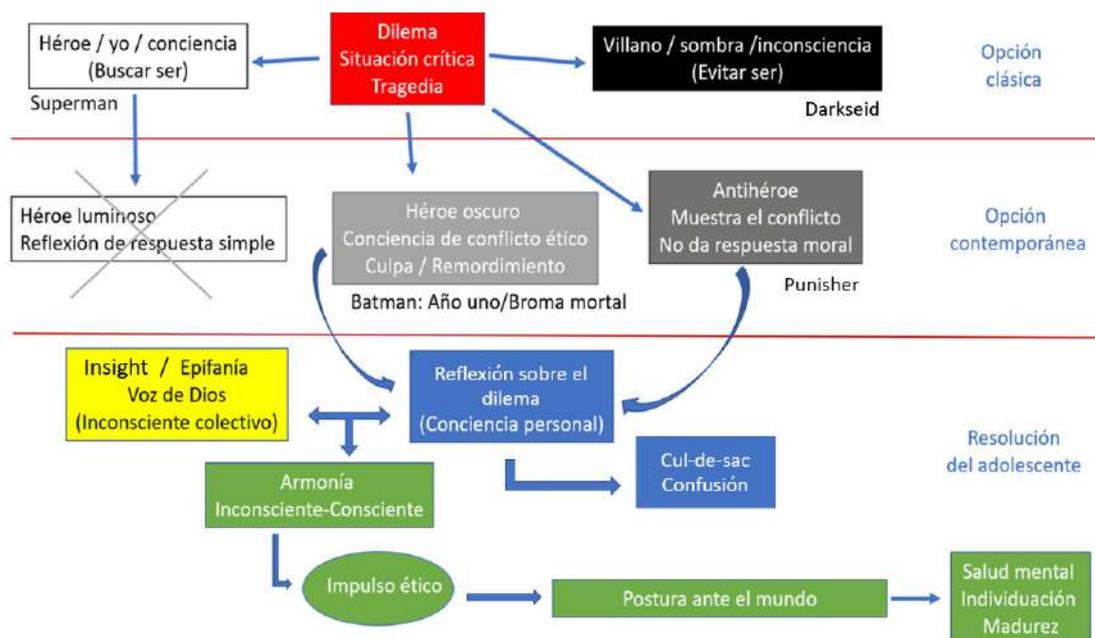


Figura 4. Influencia del significado de la Imagen Simbólica Arquetípica de la Novela Gráfica en los valores de los Adolescentes Mexicanos Lectores de Novela Gráfica. En la contemporaneidad, la imagen del héroe puro con respuesta simple es ineficiente para la transmisión de los valores en el mito. El adolescente no se identifica con él y no cree en los mentores. Aparecen entonces en la novela gráfica los héroes oscuros y antihéroes con los que sí se identifica y le sirven como modelos, pero que tampoco dan respuestas, o bien, dan demasiadas y contradictorias. Esto lo obliga a una reflexión personal más profunda. Se presenta entonces el callejón sin salida, el *cul-de-sac*: el adolescente reflexiona, pero queda en confusión. Súbitamente, el inconsciente colectivo responde en un proceso de *insight*, aparentemente automático. El joven da cuenta entonces de la armonía entre *cierta* respuesta reflexionada y la certeza profunda de la misma, no por razonamiento sino por convencimiento emocional indescifrable. La conciencia del proceso y de esta nueva respuesta se convierten en un impulso *ético* que se expresa en una reacción intrínseca de postura madura ante el mundo.

Los adolescentes entrevistados saben que los superhéroes son físicamente falsos, pero eso no les impide comprender el mensaje que transmiten en sus actos. Han dejado de lado la literalidad de las palabras para comprender la complejidad de premisas encarnadas en personajes ficticios. Con ese enredo, aparecen nuevos elementos, que pueden poner en tela de juicio ciertas partes de la teoría psicológica analítica. El *antihéroe* no es polarizado, es polisémico, multiaxial. Se mueve en lugares difusos y relativistas, incluso caóticos, como la ciencia física con la que han crecido estos nuevos jóvenes.

Ante la globalización del conocimiento impulsada sobre todo por internet, ya no hay respuestas claras, sino preguntas conflictivas. Ahí es donde encuentra su lugar el antihéroe, como modelo ético en la complejidad.

No hay una ética universal a la que adherirse, por lo que la necesidad de autoformarse se muestra como la respuesta más lógica para un adolescente de cogniciones inexpertas. Se puede observar al héroe actual, oscuro, confundido, autodesarrollado, que se estanca en una adolescencia físicamente superada, pero emocionalmente atascada. Ahí encuentra su lugar *Batman*, como nueva máscara, como nuevo modelo ético. Sus características psicológicas, necesidades, fortalezas, dolores y métodos, aun cuando no sea el personaje que les agrade más, les resulta *obviamente* un modelo. No saben claramente por qué, pero saben que lo es. Alan Moore puede responderles: porque se basó en Jung y su teoría analítica para desarrollar al personaje como un modelo heroico en interminable *individuación yo-sombra*.

Si los resultados aquí planteados son correctos, la principal implicación para el estudio de la formación ética en los adolescentes radicaría en que no bastaría con analizar los procesos racionales y praxis para comprender el fenómeno. Es decir, se necesitaría comprender el significado y proceso de la epifanía o *insight*, ese “no saber por qué, pero saberlo” que guía al joven por un convencimiento emocional.

En palabras de Jung, escuchar la *Voz de Dios*. De lo contrario, es posible que permanezcamos en ese callejón sin salida, ese *cul-de-sac*, que racionalmente deja a los adultos en un no encontrar sentido en el comportamiento ético de los adolescentes contemporáneos más allá de una rebeldía torpe, un pensamiento erróneo en formación. Por supuesto, puede suceder que en otras poblaciones o con adolescentes que solamente han visto las películas y series de televisión los significados sean distintos. Será necesario continuar las investigaciones al respecto. De cualquier manera, también es posible que la respuesta sea que el mito se ha actualizado y el arquetipo continúe siendo el que siempre fue. Los jóvenes no lo saben, no han leído a Campbell y a Jung, pero pueden sentirlo. Y con eso les basta.

## REFERENCIAS

- Alonso, J. (2005). La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Universitas Psychologica*, 3(1), 55-70.
- Campbell, J. (1972). *El héroe de las mil caras: psicoanálisis del mito*. DF, México: Fondo de Cultura Económica
- Campbell, J. (1991). *Joseph Campbell en diálogo con Bill Moyers: El poder del mito*, Barcelona, España: Emecé Editores
- Franz, M. (1999). *Sobre adivinación y sincronicidad*. Barcelona, España: Paidós
- González, J. (2019) La individuación desde el enfoque de Carl G. Jung. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 10(1), 325-343.
- Grossman, L., Lacayo, R. (11 de Enero de 2010). *All-time 100 novels*. TIME. Recuperado de <http://entertainment.time.com/2005/10/16/all-time-100-novels/slide/watchmen-1986-by-alan-moore-dave-gibbons/>
- Han, B.C. (2012) *La sociedad del cansancio*, Barcelona: Herder
- Jung, C. (1970). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Barcelona, España: Paidós.
- Jung, C. (1991). *La interpretación de la naturaleza y la psique: la sincronicidad como un principio de conexión acausal*. Paidós.
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Martínez-Salgado (2012) El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(3), 613-619
- May, R. (1991). *The cry for myth*. New York, USA: WW Norton & Company.
- May, R. (2000). *El dilema del hombre: Respuestas a los dilemas del amor y de la angustia*. Barcelona, España: Gedisa
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill
- Rocha, A. G. & Freire, J. C. (2019) Psyche and ethics in C. G. Jung: the place of the irrational in the constitution of the ethos, *Psicología USP*, Vol. 30, e180133. Epub 18 de abril de 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e20180133>

Rojas, M. C. (2016) Los adolescentes y los otros: apuntalamiento y vulnerabilidad, *Desvalimiento Psicosocial*, 3(1), 1-15

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228.



## “NEUROBIOLOGÍA Y NEUROQUÍMICA DE LA CONDUCTA IMPULSIVA”

### “NEUROBIOLOGY AND NEUROCHEMISTRY OF IMPULSIVE BEHAVIOR”

MCE. Maritza Lizeth Cárdenas-Rodríguez<sup>1</sup>, Dr. Vicente Beltrán-Campos<sup>2</sup>, Dra. María de Lourdes García-Campos<sup>3</sup>, Dra. Norma Elvira Moreno-Pérez<sup>4</sup>, Dra. Sandra Neli Jiménez-García<sup>5</sup>

Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>6</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 30/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

### Resumen

Tratar de establecer una definición concreta de la impulsividad sigue generando grandes debates entre los diferentes autores. Como manifestación se considera una predisposición a reacciones rápidas y no planificadas ante la presencia de diferentes estímulos. La neurobiología otorga una explicación plena a esta conducta integrando la relación de la respuesta, la reflexión y la toma de decisiones que contribuyen a la impulsividad. La característica más importante, por ende de esta conducta, es una inadecuada capacidad de valorar las consecuencias de su comportamiento y la búsqueda inmediata de la recompensa. Las alteraciones en diversas áreas del cerebro, tanto en su estructura como en la modulación de sus neurotransmisores, podrían dar explicación a la presencia de esta conducta. Este artículo tiene por objetivo la revisión de diferentes estudios respecto a la base científica que sustenta la explicación del fenómeno de la conducta impulsiva con una base neurobiológica y neuroquímica.

**Palabras clave:** *Conducta impulsiva, neurobiología, neurotransmisores, neuroquímica.*

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: [liz-a-y\\_@hotmail.com](mailto:liz-a-y_@hotmail.com) Estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra. Correspondencia remitir a: [liz-a-y\\_@hotmail.com](mailto:liz-a-y_@hotmail.com)

<sup>2</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>3</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>4</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>5</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>6</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

Trying to establish a concrete definition of impulsivity continues to generate great debates among the different authors. As a manifestation it is considered a predisposition to rapid and unplanned reactions in the presence of different stimuli. Neurobiology gives a full explanation to this behavior by integrating the relationship of response, reflection and decision making that contribute to impulsivity. The most important characteristic, therefore of this behavior, is an inadequate ability to assess the consequences of their behavior and the immediate search for the reward. Alterations in various areas of the brain, both in its structure and in the modulation of its neurotransmitters, could explain the presence of this behavior. This article aims to review different studies regarding the scientific basis that supports the explanation of the phenomenon of impulsive behavior with a neurobiological and neurochemistry basis.

**Keywords:** *Impulsive behavior, neurobiology, neurotransmitters, neurochemistry.*

## INTRODUCCIÓN

La impulsividad se ha tratado de definir por diversos investigadores, creando una considerable discusión y debate respecto a ella. Una de éstas sostiene que es un fundamento biopsicosocial que forma parte de los componentes requeridos para diversos trastornos conductuales, considerada como una predisposición a reacciones rápidas y no planificadas ante estímulos internos o externos con la atenuación de las consecuencias negativas de estas reacciones sobre la misma persona impulsiva o para otros (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz y Swann, 2001; Potenza y de Wit, 2010).

Sin embargo, en el 2014 diversos investigadores han tratado de soportar esta definición basada en aspectos neurobiológicos relacionados con la respuesta, la reflexión y la toma de decisiones que contribuyen a la impulsividad (Fineberg et al., 2014; Gullo, Loxton y Dawe, 2014), como es la falta de planificación y consideración de las consecuencias de responder en forma rápida a los estímulos internos y externos; de tal manera que la impulsividad se forma como un constructo multifactorial (Broos et al., 2012; Meda et al., 2009).

Diariamente los seres humanos se enfrentan a un gran número de decisiones que tienen consecuencias a corto o largo plazo. Estas decisiones suelen implicar una elección entre una recompensa menor de forma inmediata o una recompensa mayor de manera mediata (Kolla et al., 2016).

La impulsividad se caracteriza por hacer una inadecuada evaluación de estas consecuencias y puede implicar una incapacidad para renunciar a las recompensas pequeñas inmediatas, en vez de una recompensa mayor, pero más tardía (Fulton y Boettiger, 2009). Aunado a esto, existe una tendencia general del individuo a participar en comportamientos con uso de impulsos inusualmente fuertes o con la baja capacidad de razonar o controlar acciones efusivas (Kulendran, Wingfield, Sugden, Darzi y Vlaev, 2016), como circunstancias mal percibidas, utilizar expresiones espontáneas, tomar riesgos indebidos o mantener una inapropiada conducta ante situaciones que a menudo pueden dar lugar a consecuencias indeseables (Evenden, 1999; de Wit 2009). Además, se ve acompañada de diversas alteraciones de personalidad de orden superior relacionadas directamente con la inestabilidad emocional, desinhibición ante la restricción y búsqueda de sensaciones positivas (Kulendran, Wingfield, Sugden, Darzi y Vlaev, 2016).

### **Correlato anatómico de la impulsividad**

Las manifestaciones conductuales de la impulsividad tienen un sustrato anatómico que involucra el control del impulso, y las alteraciones en éste puede llevar al individuo a un comportamiento poco aceptable (Alcázar-Córcoles, Verdejo-García, Bouso-Saiz y Bezos-Saldaña, 2010). La corteza prefrontal es una de estos sustratos anatómicos de mayor interés, ya que está implicada en los distintos procesos cognitivos y en las funciones ejecutivas que incluyen la memoria de trabajo, la toma de decisiones, inhibición de respuesta, atención focalizada y la integración temporal de la conducta voluntaria (Dalley, Cardinal y Robbins, 2004); todas estas funciones ejecutivas son responsables de comportamientos como es la inhibición de las respuestas impulsivas (Evenden, 1999; de Wit, 2009; Oquendo y Mann, 2000).

Diversos estudios realizados en humanos sugieren que la corteza prefrontal dorsolateral izquierda, la ínsula izquierda, la circunvolución frontal inferior, polo frontal y la corteza cingulada anterior, son regiones clave asociadas con la tendencia a elegir grandes recompensas a largo plazo (Luo, Pollini, Giragosian y Monterosso, 2012; Peters y Buchel, 2011), mientras que el aumento de la actividad del estriado ventral ha sido implicado en la preferencia por recompensas inmediatas (Hariri, Brown, Williamson, Flory, de Wit y Manuck, 2006).

Probablemente el papel preponderante que juega la corteza prefrontal se encuentre en su conectividad estrecha con las estructuras límbicas temporales (hipocampo, la amígdala y el hipotálamo), elementos críticos para la memoria a largo plazo y el tratamiento de los estados internos como el afecto y la motivación, permitiendo un entrecruzamiento de información (Goldman-Rakic, 1995; Miller y Cohen, 2001; O'Reilly, 2010). Este modelo neurobiológico permite proponer la existencia de un sesgo en los individuos al elegir recompensas inmediatas en lugar de ganancias a largo plazo, por la combinación de la respuesta enfocada a la recompensa y a la madurez de las zonas de control del comportamiento que involucran la toma de decisiones de riesgo y comportamientos impulsivos (Casey, Getz y Galvan, 2008).

Estudios realizados en animales marinos han mostrado el papel de la corteza orbitofrontal (COF) en la acción impulsiva y la forma compulsiva de responder ante un estímulo (Joel, Doljansky, Roz y Rehavi, 2005; Joel, Doljansky y Schiller, 2005; Winstanley et al., 2007). Así como la importancia de la conservación de las conexiones de la COF y el cuerpo estriado dorsomedial en la capacidad de inhibir la respuesta (Joel, Doljansky y Shiller, 2005; Eagle y Robbins, 2003). Además, existe evidencia de que la conectividad aferente del núcleo acumbens y la COF permiten la regulación del comportamiento impulsivo; y las lesiones en otras estructuras como la región mediodorsal del núcleo talámico, aumenta la manifestación de este comportamiento (Dalley, Cardinal y Robbins, 2004; Eagle, Tufft, Goodchild y Robbins, 2007).

El cerebelo, estructura del sistema nervioso considerada como el principal centro de control motor, también se encuentra implicado en regulación de las funciones cognitivas y en los cambios de comportamiento (Moers-Hornikx et al., 2009).

La evidencia sostiene su actividad en la modulación de estas conductas, visualizando en estudios de imagen una reducción de su volumen en pacientes con enfermedades neuropsiquiátricas como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la esquizofrenia (Andreasen y Pierson, 2008; Berquin et al., 1998; Kibby, Fancher, Markanen y Hynd, 2008; Roth y Saykin, 2004; Thomann, Wustenberg, Santos, Bachmann, Essig y Schroder, 2008); al igual que se ha encontrado disfunciones metabólicas del cerebelo ante la presencia de trastorno obsesivo compulsivo (Busatto et al., 2000; Kang et al., 2003; Nabeyama et al., 2008; Pujol et al., 2004).

Otra alteración mostrada en estudios de resonancia magnética funcional es una activación anormal del cerebelo al exponer a sujetos autistas a tareas motoras y cognitivas (Allen y Courchesne, 2003).

### **Neuroquímica de la conducta impulsiva**

Reconociendo las estructuras implicadas en la conducta impulsiva, se podría pensar que las bases neuroquímicas que sustentan a esta conducta implican la participación de al menos cuatro de los principales sistemas de neurotransmisores: serotoninérgico, dopaminérgicos, noradrenérgicos y GABAérgicos (Oquendo y Mann, 2000). Existe basta evidencia que relaciona la alteración en estas vías de neurotransmisores con enfermedades neuropsiquiátricas que implican modificaciones en la modulación de los circuitos cortico límbicos estriatal (Dalley, Mar, Economidou y Robbins, 2008).

### **Serotonina (5-HT)**

Las características de comportamiento impulsivo se han relacionado con diversos aspectos de la función regulatoria de la vía serotoninérgica dentro del circuito corticoestriatal (Dalley, Mar, Economidou y Robbins, 2008; Fineberg et al., 2010; Pattij y Vanderschuren, 2008; Winstanley, Eagle y Robbins, 2006). La serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT) es utilizada como neurotransmisor en diversos circuitos como la corteza prefrontal (CPF) y el hipotálamo (Hornung, 2003), considerado este último como un centro importante relacionado con el control de la agresión.

El sistema de transmisión serotoninérgico interviene en la regulación del estado de ánimo, la atención y control de impulsos (Eun et al., 2016; Tops, Russo, Boksem y Tucker, 2009). Las vías de conectividad de este sistema de serotonina funcionan como un sistema de retención de comportamiento al inhibir el comportamiento impulsivo (Volavka et al., 2002).

La importancia de la 5-HT se ha reportado claramente en diversos estudios experimentales y clínicos, donde se muestra una asociación entre la baja transmisión de la 5-HT y el aumento en la impulsividad (Paaver, Nordquist, Parik, Harro, Oreland y Harro, 2007; Harro y Oreland, 2016; Cunningham y Anastasio, 2014; Mann, 1991; Stein, 2000).

Esta disminución en la transmisión de la 5-HT también se ha visto en pacientes con manía, agresividad, alcoholismo, depresión y suicidio (Coccaro, 1989; McGirr, Paris, Lesage, Renaud y Turecki, 2007; Ernst, Mechawar y Turecki, 2009). La producción de 5-HT en los núcleos del rafe del tronco encefálico permite la transmisión de impulsos hacia la COF, el sistema límbico (Ortega-Escobar y Alcázar-Córcoles, 2016) e inciden en la actividad de la CPF logrando mantener un efecto inhibitorio sobre la impulsividad y la agresión, posiblemente regulando también la actividad de la conectividad mediante las proyecciones del núcleo dorsal de rafe que se dirigen hacia la amígdala, disminuyendo así la actividad de la dopamina al mismo tiempo que las proyecciones emitidas por el rafe medio regulan la actividad de la CPF y la zona septo hipocampal (Oquendo y Mann, 2000). Así, una disminución de la 5-HT en la CPF se expresa con un aumento de la conducta impulsiva (McGirr, Paris, Lesage, Renaud y Turecki, 2007; Coccaro, Fanning, Phan y Lee, 2015; Siegel y Douard, 2011; Yanowitch y Coccaro, 2001).

### **Dopamina (DA)**

La serotonina y la dopamina (DA) ejercen sus efectos sobre la emoción, la impulsividad y la empatía a través de una regulación recíproca (Kim et al., 2014). No obstante, se ha mostrado que las diferencias emocionales sobre el autocontrol, la flexibilidad cognitiva y la función ejecutiva en individuos psicopáticos primarios son crucialmente regulados por la DA (Yildirim y Derksen, 2015).

Otros estudios donde se examinan los procesos biológicos y neuropsicológicos subyacentes al trastorno de déficit de atención hiperactividad (TDAH) sugieren una asociación de polimorfismos de los receptores de dopamina, manteniendo una alta asociación el déficit de atención con el gen del receptor de dopamina D4 (DRD4), y la impulsividad se asoció con el gen del transportador a dopamina (DAT1) (Gizer y Waldman, 2012).

Sin embargo, la conducta con comportamientos impulsivos y compulsivos se ha convertido en una complicación iatrogénica debido a la terapia de reemplazo de dopamina en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP), quienes presentan un trastorno de control de impulsos que se acompaña de una desregulación de dopamina (Zhang et al., 2014).

Esta alteración se llega a manifestar en la necesidad del paciente para buscar la L-Dopa sin tener la necesidad momentánea del control motor, por lo que es semejante a un síndrome de abstinencia a la dopamina (Limotai et al., 2012). Tal vez el fenómeno se exprese conductualmente por la relación existente entre de la conectividad de la vía mesolímbica con el núcleo accumbens (NACB), el cual es otra región cerebral clave implicada en la expresión de la conducta impulsiva (Caprioli et al., 2014) cuyas neuronas forman parte del sistema dopaminérgico (Wacker y Smillie, 2015).

### **Ácido gamma-aminobutírico (GABA)**

El ácido gamma-aminobutírico (GABA) es el principal neurotransmisor con actividad inhibitoria en el cerebro. Esta actividad permea la modulación en la función de circuitos que conectan la CPF y la corteza límbica, relacionándose con el control de la impulsividad (Horn, Dolan, Elliott, Deakin y Woodruff, 2015) y el procesamiento afectivo (Phan, Wager, Taylor y Liberzon, 2002). Una interrupción en el procesamiento afectivo puede dar lugar a un aumento de la impulsividad y la agresión (Schmidt, Fallon y Coccaro, 2004). Tanto el GABA como el Glutamato conforman una dualidad reciproca de inhibición/excitación en el cerebro; ambos neurotransmisores se relacionan con la regulación de la actividad en diversas regiones somatosensoriales y motoras corticales primarias (Edden, Crocetti, Zhu, Gilbert y Mostofsky, 2012).

Diversos estudios sugieren que los rasgos de impulsividad se asocian con la disminución de la expresión del receptor GABA en la región medial de la CPF (Jupp et al., 2013). A su vez, la disminución de los niveles de GABA en la corteza aumenta la impulsividad en los seres humanos (Boy et al., 2011; Silveri et al., 2013). Caprioli et al. (2014) propone un nuevo mecanismo de impulsividad en ratas, el cual implica la disfunción gabaérgica y alteraciones en la densidad de espinas dendríticas en el núcleo acumbens.

Estos hallazgos podrían estar relacionados con los mecanismos adyacentes ligados a la conducta impulsiva implicada en la drogadicción (Caprioli et al., 2014). Otros estudios realizados en humanos, adolescentes y adultos sanos, mostraron una asociación negativa de los niveles de GABA en la corteza prefrontal dorsolateral con la impulsividad (Boy et al., 2011; Silveri et al., 2013).

Ende et al. (2016) comprueba la relación inversa entre el comportamiento impulsivo y el GABA, así como la relación que existe con el aumento en los niveles de glutamato en paciente diagnosticados con trastorno límite de la personalidad y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) caracterizados por el aumento en la impulsividad y la dificultad para controlar la ira y la agresión.

## **Noradrenalina**

El sistema noradrenérgico también se ve involucrado con un papel preponderante en los mecanismos biológicos de la impulsividad (Carrasco y Díaz, 1997), manteniendo su actividad en la respuesta inhibitoria a través de la cual, se modula la actividad neuronal en múltiples regiones del cerebro (Aston-Jones, Rajkowski y Cohen, 2000; Berridge y Waterhouse, 2003). A su vez, diversas proyecciones excitatorias convergentes hacia el locus coeruleus (LC), al núcleo geniculado lateral (CGL) y a la corteza orbito frontal (COF) que ejercen un poderoso control sobre la necesidad de adaptación del comportamiento en determinadas situaciones (Aston-Jones y Cohen, 2005; Tait, Brown, Farovik, Theobald, Dalley y Robbins, 2007), esto sugiere que el déficit en las interacciones entre LC y el CGL puede subyacer a los problemas de control de impulsos (Volavka et al., 2002).

Los trastornos en el control de impulsos probablemente implican una disfunción del sistema noradrenérgico (Hollander y Evers, 2001). Existen diversas investigaciones donde se ha demostrado que los pacientes eutímicos con trastorno bipolar son más susceptibles a la influencia de sustancias psicoactivas mediante el aumento de la transmisión noradrenérgica (Swann, 2010).

Estos cambios en la neurotransmisión podrían conferir una mayor susceptibilidad aumentando el déficit del control de impulsos mediante la inhibición de la función del lóbulo frontal (Jakubczyka et al., 2012). Otras investigaciones muestran que el tratamiento en humanos con agentes potenciadores del sistema noradrenérgico se encuentran asociados con la agitación y la irritabilidad en aquellas personas con una tendencia a presentar un comportamiento impulsivo agresivo (Soloff, George, Nathan, Schulz y Perel, 1986).

También se ha observado que la administración de drogas que inhiben la impulsividad para tratar el TDAH, las cuales actúan inhibiendo la recaptura de noradrenalina, disminuyen tanto la impulsividad como la recaída. Estos datos sugieren que el rasgo de impulsividad puede ser anterior al desarrollo de comportamientos compulsivos (Ansquera et al., 2014).

## CONCLUSIONES

Aunque no existe una sola definición de impulsividad, se puede decir que se considera como una predisposición a una conducta, con o sin poca premeditación sobre sus consecuencias (Evenden, 1999), implicando acciones rápidas, no planificadas y en donde prima la urgencia de un refuerzo inmediato (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz y Swann, 2001). Se ha revisado en este artículo diferentes estudios respecto a la base científica que sustenta la explicación del fenómeno de la conducta impulsiva, colocando el aspecto neurobiológico en la explicación fehaciente de las áreas cerebrales más accesibles para ser modificadas con respecto a su estructura y funcionamiento, teniendo en cuenta la importante relación entre sus vías de conexión, las cuales permean el control o desequilibrio de este comportamiento.

Así la base neurobiológica sostiene la importancia que toma la integración de información en el sistema mesolímbico, en donde se considera se asientan las bases de la recompensa y el placer; involucrando áreas cerebrales que desarrollan un papel fundamental como son el córtex prefrontal, especialmente las áreas ventromedial y orbitofrontal relacionadas con la planificación y juicio; el estriado ventral, concretamente el núcleo accumbens, clave en el sistema de refuerzo, y la amígdala, fuente de lo emocional y de las respuestas condicionadas (Ceravolo, Frostini, Rossi y Bonuccelli, 2009). No obstante, estas áreas de conexión mesolímbica están permeadas por la modulación de su neurotransmisión; la dopamina y la serotonina juegan un papel crucial como moduladores del sistema en comportamientos donde se ve aumentada la conducta de impulsividad y agresión (Seo, Patrick y Kennealy, 2008). Además, la participación de las vías ejecutivas y de las neuronas de proyección corticofugales mediadas por el sistema del glutamato y la modulación del factor liberador de corticotropina, permiten establecer la funcionalidad de las respuestas de ansiedad-miedo y defensa del sistema amigdalino (Koob y Volkow, 2010). Tal vez una de las funciones más importantes de la dopamina es establecer la relación con el refuerzo de la conducta a través de las áreas orbito frontales o del cíngulo anterior, determinando la respuesta emocional de inhibición y de control donde su disfunción se relaciona con la propia conducta impulsiva (Wu, Politis y Piccni, 2011).

Si bien la impulsividad está relacionada con aspectos como la motivación y la emoción, los estudios han demostrado una influencia determinante de los aspectos neurobiológicos, principalmente de las áreas cerebrales y sus vías de conexión, el sistema mesolímbico y la corteza prefrontal, así como la mediación de neurotransmisores tales como la dopamina, GABA y glutamato, serotonina y noradrenalina.

## REFERENCIAS

- Alcázar-Córcoles, M.A., Verdejo-García, A., Bouso-Saiz, J.C., & Bezos-Saldaña, L. (2010). Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Rev Neurol*, 50 (5), 291-299.

- Allen, G., & Courchesne, E. (2003). Differential effects of developmental cerebellar abnormality on cognitive and motor functions in the cerebellum: an fMRI study of autism. *Am J Psychiatry*, 160 (2), 262–273.
- Andreasen, N.C., & Pierson, R. (2008). The role of the cerebellum in schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 64 (2), 81–88.
- Ansquera, S., Belin-Rauscenta, A., Dugasta, E., Duranf, T., Benatruc, I., Mari, A., & et al. (2014). Atomoxetine Decreases Vulnerability to Develop Compulsivity in High Impulsive Rats. *Biol psychiatry*, 75 (10), 825–832.
- Aston-Jones, G., & Cohen, J. (2005). Adaptive gain and the role of the locus coeruleus-norepinephrine system in optimal performance. *The Journal of Comparative Neurology*, 493(1), 99–110.
- Aston-Jones, G., Rajkowski, J., & Cohen, J. (2000). Locus coeruleus and regulation of behavioral flexibility and attention. *Progress in brain research*, 126, 165-182.
- Berridge, C., & Waterhouse, B. (2003). The locus coeruleus–noradrenergic system: modulation of behavioral state and state-dependent cognitive processes. *Brain Research Reviews*, 42 (1), 33-84.
- Berquin, P.C., Giedd, J.N., Jacobsen, L.K., Hamburger, S.D., Krain, A.L., Rapoport, M., & et al. (1998). Cerebellum in attention-deficit hyperactivity disorder; amorphometric MRI study. *Neurology*, 50 (4), 1087-1093.
- Boy, F., Evans, C.J., Edden, R.A., Lawrence, A.D., Singh, K.D., Husain, M., & et al. (2011). Dorsolateral prefrontal gamma-aminobutyric acid in men predicts individual differences in rash impulsivity. *Biol Psychiatry*, 70 (9), 866-872.
- Broos, N., Schmaal, L., Wiskerke, J., Kostelijk, L., Lam, T., Stoop, N., & et al. (2012). The relationship between impulsive choice and impulsive action: a cross-species translational study. *PLoS One*, 7 (5), e36781.
- Busatto, G.F., Zamignani, D.R., Buchpiguel, C.A., Garrido, G.E., Glabus, M.F., Rocha, E.T., & et al. (2000). A voxel-based investigation of regional cerebral blood flow abnormalities in obsessive-compulsive disorder using single photon emission computed tomography (SPECT). *Psychiatry Res*, 99 (1), 15-27.

- Caprioli, D., Sawiak, S., Merlo, E., Theobald, D., Spoelder, M., Jupp, B., & et al. (2014). Gamma aminobutyric acidergic and neuronal structural markers in the nucleus accumbens core underlie trait-like impulsive behavior. *Biological psychiatry*, 75 (2), 115-123.
- Carrasco, J.L., & Díaz, M. (1997). Psicobiología de los trastornos de la personalidad. *Revista electrónica de psiquiatría*, 1 (3).
- Casey, B.J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28, 62-77.
- Ceravolo, R., Frostini, D., Rossi, C., & Bonuccelli, U. (2009). Impulsive control disorders in Parkinson's disease: definition, epidemiology, risk factors, neurobiology and management. *Parkinsonism and Related Disorders*, 15, 111-115.
- Coccaro, E.F. (1989). Central serotonin and impulsive aggression. *Br J Psychiatr*, 155(8), 52-62.
- Coccaro, E., Fanning, J., Phan, K., & Lee, R. (2015). Serotonin and impulsive aggression. *CNS Spectrums*, 20 (3), 295-302.
- Cunningham, K.A., & Anastasio, N.C. (2014). Serotonin at the nexus of impulsivity and cue reactivity in cocaine addiction. *Neuropharmacology*, 76, 460-478.
- Dalley, J.W., Cardinal, R.N., & Robbins, T.W. (2004). Prefrontal executive and cognitive functions in rodents: neural and neurochemical substrates. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28 (7), 771-784.
- Dalley, J.W., Mar, A.C., Economidou, D., & Robbins, T.W. (2008). Neurobehavioral mechanisms of impulsivity: Fronto-striatal systems and functional neurochemistry. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 90 (2), 250-260
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol*, 14 (1), 22-31.
- Eagle, D., & Robbins, T. (2003). Inhibitory control in rats performing a stop-signal reaction-time task: effects of lesions of the medial striatum and D-amphetamine. *Behav Neurosci*, 117 (6), 1302-1317.

- Eagle, D., Tufft, M., Goodchild, H., & Robbins, T. (2007). Differential effects of modafinil and methylphenidate on stop-signal reaction time task performance in the rat, and interactions with the dopamine receptor antagonist cis-flupenthixol. *Psychopharmacology*, 192 (2), 193-206.
- Ende, G., Cackowski, S., Van, J., Sack, M., Demirakca, T., Kleindienst, N., & et al. (2016). Impulsivity and Aggression in Female BPD and ADHD Patients: Association with ACC Glutamate and GABA Concentrations. *Neuropsychopharmacology*, 41, 410-418.
- Edden, R.A., Crocetti, D., Zhu, H., Gilbert, D.L., & Mostofsky, S.H. (2012). Reduced GABA concentration in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 69 (7), 750-753.
- Ernst, C., Mechawar, N., & Turecki, G. (2009). Suicide neurobiology. *Progress in Neurobiology*, 89 (4), 315-333.
- Eun, T.K., Jeong, S.H., Lee, K.Y., Kim, S.H., Ahn, Y.M., Bang, Y.W., & et al. (2016). Association between the 5-HTTLPR Genotype and Childhood Characteristics in Mood Disorders. *Clin Psychopharmacol Neurosci*, 14 (1), 88-95.
- Evenden, J.L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
- Fineberg, N., Chamberlain, S., Goudriaan, A., Stein, D., Vandershuren, L., Gillan, C., & et al. (2014). New developments in human neurocognition: Clinical, genetic and brain imaging correlates of impulsivity and compulsivity. *CNS Spectrums*, 19 (01), 68-89.
- Fineberg, N., Potenza, M., Chamberlain, S., Berlin, H., Menzies, L., Bechara, A., & et al. (2010). Probing compulsive and impulsive behaviors, from animal models to endophenotypes: a narrative review. *Neuropsychopharmacology*, 35 (3), 591-604.
- Fulton, T.C., & Boettiger, C.A. (2009). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 93(3), 237-247.
- Gizer, I.R., & Waldman, I.D. (2012). Double dissociation between lab measures of inattention and impulsivity and the dopamine transporter gene (DAT1) and dopamine D4 receptor gene (DRD4). *J Abnorm Psychol*, 121 (4), 1011-1023.
- Goldman-Rakic, P. (1995). Architecture of the prefrontal cortex and the central executive. *Ann NY Acad Sci*, 769(1), 71-84.
- Gullo, M.J., Loxton, N.J., & Dawe, S. (2014). Impulsivity: Four ways five factors are not basic to addiction. *Addict Behav*, 39 (11), 1547-1556.

- Hariri, A.R., Brown, S.M., Williamson, D.E., Flory, J.D., de Wit, H., & Manuck, S.B. (2006). Preference for immediate over delayed rewards is associated with magnitude of ventral striatal activity. *J Neurosci*, 26 (51), 13213-13217.
- Harro, J., & Orelund, L. (2016). The role of MAO in personality and drug use. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 69, 101-111.
- Hollander, E., & Evers, M. (2001). New developments in impulsivity. *The lancet*, 358(9285), 949-950.
- Horn, N., Dolan, M., Elliott, R., Deakin, J., & Woodruff, P. (2003). Response inhibition and impulsivity: an fMRI study. *Neuropsychologia*, 41 (14), 1959-1966.
- Hornung, J. (2003). The human raphe nuclei and the serotonergic system. *Journal of chemical neuroanatomy*, 26(4), 331-343.
- Jakubczyka, A., Klimkiewicz, A., Topolewska-Wochowska, A., Serafina, P., Sadowska-Mazuryka, J., Pupek-Pyziola, J., & et al. (2012). Relationships of impulsiveness and depressive symptoms in alcohol dependence. *J Affect Disord*, 136 (3), 841-847.
- Joel, D., Doljansky, J., Roz, N., & Rehavi, M. (2005). Role of the orbital cortex and of the serotonergic system in a rat model of obsessive compulsive disorder. *Neuroscience*, 130 (1), 25-36.
- Joel, D., Doljansky, J., & Schiller, D. (2005). 'Compulsive' lever pressing in rats is enhanced following lesions to the orbital cortex, but not to the basolateral nucleus of the amygdala or to the dorsal medial prefrontal cortex. *Eur. J Neurosci*, 21 (8), 2252-2262.
- Jupp, B., Caprioli, D., Saigal, N., Reverte, I., Shrestha, S., Cumming, P., & et al. (2013). Dopaminergic and GABA-ergic markers of impulsivity in rats: evidence for anatomical localisation in ventral striatum and prefrontal cortex. *European Journal of Neuroscience*, 37 (9), 1519-1528.
- Kang, D.H., Kwon, J.S., Kim, J.J., Youn, T., Park, H.J., Kim, M.S., & et al. (2003). Brain glucose metabolic changes associated with neuropsychological improvements after 4 months of treatment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 107 (4), 291-297.

- Kibby, M.Y., Fancher, J.B., Markanen, R., & Hynd, G.W. (2008). A quantitative magnetic resonance imaging analysis of the cerebellar deficit hypothesis of dyslexia. *J Child Neurol*, 23 (4), 368-380.
- Kim, B., Lee, J., Bang, M., Seo, B., Khalid, A., Jung, M., & et al. (2014). Differential regulation of observational fear and neural oscillations by serotonin and dopamine in the mouse anterior cingulate cortex. *Psychopharmacology*, 231 (22), 4371-4381.
- Kolla, N.J., Dunlop, K., Downar, J., Links, P., Bagby, R.M., Wilson, A.A., & et al. (2016). Association of ventral striatum monoamine oxidase-A binding and functional connectivity in antisocial personality disorder with high impulsivity: A positron emission tomography and functional magnetic resonance imaging study. *European Neuropsychopharmacology*, 26 (4), 777-786.
- Koob, G., & Volkow, N. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35 (1), 217-238.
- Kulendran, M., Wingfield, L.R., Sugden, C., Darzi, A., & Vlaev, I. (2016). Pharmacological manipulation of impulsivity: A randomized controlled trial. *Personality and Individual Differences*, 90, 321-325
- Limotai, N., Oyama, G., Go, C., Bernal, O., Ong, T., Moum, S., & et al. (2012). Addiction-like manifestations and Parkinson's disease: a large single center 9-year experience. *Int J Neurosci*, 122 (3), 145-153.
- Luo, S., Ainslie, G., Pollini, D., Giragosian, L., & Monterosso, J.R. (2012). Moderators of the association between brain activation and farsighted choice. *Neuroimage*, 59 (2), 1469-1477.
- Mann, J. (1991). Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*, 21, 99-105.
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry*, 68 (5), 721-729.
- Meda, S., Stevens, M.C., Potenza, M.N., Pittman, B., Gueorguieva, R., Andrews, M.M., & et al. (2009). Investigating the behavioral and self-report constructs of impulsivity domains using principal component analysis. *Behav Pharmacol*, 20 (5-6), 390-399.
- Miller, E., & Cohen, J. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annu Rev Neurosci*, 24 (1), 167-202.

- Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., & Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*, 158 (11), 1783-1793.
- Moers-Hornikx, V., Sesia, T., Basar, K., Lim, L., Hoogland, G., Steinbusch, H., & et al. (2009). Cerebellar nuclei are involved in impulsive behaviour. *Behavioural Brain Research*, 203 (2), 256-263.
- Nabeyama, M., Nakagawa, A., Yoshiura, T., Nakao, T., Nakatani, E., Togao, O., & et al. (2008). Functional MRI study of brain activation alterations in patients with obsessive-compulsive disorder after symptom improvement. *Psychiatry Res*, 163 (3), 236-247.
- Oquendo, M.A., & Mann, J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin N Am*, 23 (1), 11-25.
- O'Reilly, R. (2010). The what and how of prefrontal cortical organization. *Trends Neurosci*, 33 (8), 355-361.
- Ortega-Escobar, J., & Alcázar-Córcoles, M. (2016). Neurobiología de la agresión y la violencia. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26 (1), 60-69.
- Paaver, M., Nordquist, N., Parik, J., Harro, M., Oreland, L., & Harro, J. (2007). Platelet MAO activity and the 5-HTT gene promoter polymorphism are associated with impulsivity and cognitive style in visual information processing. *Psychopharmacology*, 194 (4), 545-554.
- Pattij, T., & Vanderschuren, L. (2008). The neuropharmacology of impulsive behaviour. *Trends Pharmacol Sci*, 29 (4), 192-199.
- Peters, J., & Buchel, C. (2011). The neural mechanisms of inter-temporal decision-making: Understanding variability. *Trends Cogn Sci*, 15 (5), 227-239.
- Phan, K., Wager, T., Taylor, S., & Liberzon, I. (2002). Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage*, 16 (2), 331-348.
- Potenza, M., & de Wit, H. (2010). Control yourself: alcohol and impulsivity. *Alcohol Clin Exp Res*, 34 (8), 1303-1305.
- Pujol, J., Soriano-Mas, C., Alonso, P., Cardoner, N., Menchon, J.M., Deus, J., & et al. (2004). Mapping structural brain alterations in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 61 (7), 720-730.

- Roth, R.M., & Saykin, A.J. (2004). Executive dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder: cognitive and neuroimaging findings. *Psychiatr Clin N Am*, 27 (1), 83-96.
- Schmidt, C.A., Fallon, A.E., & Coccaro, E.F. (2004). Assessment of behavioral and cognitive impulsivity: development and validation of the lifetime history of impulsive behaviors interview. *Psychiatry Research*, 126 (2), 107-121.
- Seo, D., Patrick, C., & Kennealy, P. (2008). Role of Serotonin and Dopamine System Interactions in the Neurobiology of Impulsive Aggression and its Comorbidity with other clinical Disorders. *Aggress Violent Behav*, 13 (15), 383-395.
- Siegel, A., & Douard, J. (2011). Who's flying the plane: Serotonin levels, aggression and free will. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34 (1), 20-29.
- Silveri, M.M., Sneider, J.T., Crowley, D.J., Covell, M.J., Acharya, D., Rosso, I.M., & et al. (2013). Frontal lobe gamma-aminobutyric acid levels during adolescence: associations with impulsivity and response inhibition. *Biol Psychiatry*, 74 (4), 296-304.
- Soloff, P., George, A., Nathan, R., Schulz, P., & Perel, J. (1986). Paradoxical effects of amitriptyline on borderline patients. *Am J Psychiatry*, 143 (12), 1603-1605.
- Stein, D. (2000). Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biol Psychiatry*, 47 (4), 296-304.
- Swann, A.C. (2010). The strong relationship between bipolar and substance-use disorder. *Ann NY Acad Sci*, 1187(1), 276-293.
- Tait, D.S., Brown, V.J., Farovik, A., Theobald, D.E., Dalley, J.W., Robbins, T.W. (2007). Lesions of the dorsal noradrenergic bundle impair attentional set-shifting in the rat. *Eur J Neurosci*, 25 (12), 3719-3724.
- Thomann, P.A., Wustenberg, T., Santos, V.D., Bachmann, S., Essig, M., & Schroder, J. (2008). Neurological soft signs and brain morphology in first-episode schizophrenia. *Psychol Med*, 39 (3), 371-379.
- Tops, M., Russo, S., Boksem, M., & Tucker, D. (2009). Serotonin: modulator of a drive to withdraw. *Brain Cogn*, 71 (3), 427-436.
- Volavka, J., Czobor, P., Sheitman, B., Lindenmayer, J., Citrome, L., McEvoy, J., & et al. (2002). Clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol in the treatment of patients with chronic schizophrenia and schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*, 159 (2), 255-262.

- Wacker, J., & Smillie, L. (2015). Trait extraversion and dopamine function. *Social and Personality Psychology Compass*, 9 (6), 225-238.
- Winstanley, C., Eagle, D., & Robbins, T. (2006). Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: translation between clinical and preclinical studies. *Clinical psychology review*, 26 (4), 379-395.
- Winstanley, C., LaPlant, Q., Theobald, D., Green, T., Bachtell, R., Perrotti, L., & et al. (2007). DeltaFosB induction in orbitofrontal cortex mediates tolerance to cocaine-induced cognitive dysfunction. *J Neurosci*, 27 (39), 10497-10507.
- Wu, K., Politis, M., & Piccini, P. (2011). Parkinson Disease and Impulsive control disorders: A review of clinical features, pathophysiology and management. *Postgrad Med J*, 85 (1009), 590-596.
- Yanowitch, R., & Coccaro, E. (2001). The neurochemistry of human aggression. *Advances in Genetics*, 75, 151-169.
- Yildirim, B.O., & Derksen, J.J. (2015). Mesocorticolimbic dopamine functioning in primary psychopathy: A source of within-group heterogeneity. *Psychiatry Res*, 229 (3), 633-77.
- Zhang, G., Zhang, Z., Liu, L., Yang, J., Huang, J., Xiong, N., & et al. (2014). Impulsive and compulsive behaviors in Parkinson's disease. *Front Aging Neurosci*, 6, 318.



## “PRE-COMPRENSIÓN FENOMENOLÓGICA DEL DUELO Y MUERTE EN EL ADULTO MAYOR: REFLEXIÓN PARA EL CUIDADO ENFERMERO”

### “PHENOMENOLOGICAL PRE-UNDERSTANDING OF GRIEF AND DEATH IN THE ELDERLY: REFLECTION FOR CARE”

Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda<sup>1</sup>, Dra. Teresa Castañeda Flores<sup>2</sup>, Dra. María de Jesús Jiménez González<sup>3</sup>, Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes<sup>4</sup>  
Universidad de Guanajuato, México - Hospital General Rincón de Romos, México -  
Universidade Federal da Bahía, Brasil

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>5</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 28/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

## Resumen

La muerte es un fenómeno complejo, el proceso de morir y el duelo resultan ser de sumo interés en la vejez. Este escrito de enfoque narrativo tiene como objetivo reflexionar el tema de la muerte y el duelo en la vejez a través de la revisión de literatura que permita integrar una pre-comprensión fenomenológica. La connotación de la vejez como última etapa de la vida enfoca a la muerte y al duelo como un fenómeno característico de esta etapa.

Diversas pérdidas son vividas por el adulto mayor a lo largo de su vida, desde la decadencia física, la pérdida de los hijos, pérdida del trabajo y la muerte como finitud corporal de los allegados. La muerte es vivida desde la propia historicidad del adulto mayor, las diversas experiencias de pérdida configuran la muerte en la vejez y resulta importante para la enfermera desde una visión integradora del cuidado.

**Palabras clave:** *Duelo, Muerte, Anciano, Cuidado*

<sup>1</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México. Correspondencia remitir a: [ferxtom@hotmail.com](mailto:ferxtom@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermera del Hospital General Rincón de Romos, Aguascalientes, México.

<sup>3</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>4</sup> Profesor de la Universidade Federal da Bahía, Brasil.

<sup>5</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

Death is a complex phenomenon, the process of dying and grieving turn out to be of great interest in old age. This narrative approach paper aims to reflect on the issue of death and grief in old age through the review of literature that allows the integration of a phenomenological pre-understanding. The connotation of old age as the last stage of life focuses on death and grief as a characteristic phenomenon of this stage.

Various losses are experienced by the older adult throughout his life, from physical decay, loss of children, loss of work and death as corporal finiteness of those close to them. Death is lived from the historicity of the elderly, the various experiences of loss shape death in old age and is important for the nurse from an integrative vision of care.

**Keywords:** *Grief, Death, Elderly, Care*

## INTRODUCCIÓN

El acercarse al tema de la muerte supone tener en conjunto una visión de muchos aspectos del ser humano, involucra una cosmovisión determinada por la cultura, las vivencias, las experiencias y los modos de ser de las personas.

La religiosidad y espiritualidad tienen una influencia notable sobre el tema de la muerte, éste determina de alguna manera el cómo las personas ven la muerte, cómo visualizan el proceso de morir. La muerte puede ser un encuentro con lo sagrado, lo divino, una puerta de entrada a una realidad distinta, donde el sufrimiento no existe más; a su vez, puede ser el encuentro con un castigo por el actuar negativo en la vida terrenal, para algunos supone un fin y nuevo comienzo, el *Samsara*, el ciclo de la vida y de la muerte.

Todo este conocimiento sobre la muerte y su acercamiento a su comprensión ha evolucionado de tal manera que se considera una disciplina (Moura, Passos, Santos, Santa Rosa y Sobrinho, 2018), una rama de conocimiento que permite estructurar una serie de significados, procesos e ideologías definidas sobre el proceso de morir, la muerte y lo que pasa con los que se quedan.

La tanatología es el campo del conocimiento que se ocupa de estudiar el proceso de morir del ser humano y sus implicaciones psico-emocionales, sociales y espirituales (Sierra Von Roehrich, 2016).

Este campo se define como el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte. Especialmente de las medidas para minimizar el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprehensión y los sentimientos de culpa o pérdida de los familiares y amigos, al igual que evitar la frustración del personal médico (Sierra Von Roehrich, 2016).

Una definición más concreta se concebiría como “el estudio de la vida que incluye a la muerte”. Etimológicamente proviene del griego *thanatos* (muerte) y *logos* (estudio o tratado). El objetivo de la tanatología es proporcionar ayuda profesional a una persona con una enfermedad en etapa terminal y a sus familias.

La vejez se define como la última etapa de la vida, aunada a ella está el proceso de envejecer definido como la etapa donde se viven diversos cambios que alteran la capacidad de adaptación de la persona (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

El aumento poblacional se debe en gran medida al aumento de la esperanza de vida, por lo que una persona puede aspirar a vivir más años, con ello se acentúa la acumulación de pérdidas (Bruno y Alemán, 2016). La muerte está relacionada con las pérdidas vividas, con la mediana edad empieza una visión de la muerte de forma personal (Gastron y Lacasa, 2018), pues se nota a la muerte más cercana, avanzando a la edad mayor, la vejez, la muerte toma un sentido más de pérdida que de ganancia (Lynch y Oddone, 2017). Los amigos se van, los hijos han salido del hogar, viene una serie de cambios físicos que, si bien no son generalizados, conllevan una disminución adaptativa (Klein, 2016). Puede sobrevenir la muerte del cónyuge, con lo que viene una espera de la muerte propia (López Doblaz y Díaz Conde, 2018).

La muerte en la vejez irá plasmada de un sentido biológico, psicológico, social y cultural (Lynch y Oddone, 2017; Perdigon y Strasser, 2015), pues implica todas las creencias, valores y sentidos de vida de la persona. Vivir la muerte puede ser una forma de cotidianidad del adulto mayor. Sumado a ello, viene una connotación de la vejez como la antesala de algo más; el adulto mayor se concentra en su sentido de vida y de trascendencia y las conexiones con el significado vital se incrementan (Carrasco, 2016; White, 2015).

El cuidado tanatológico permite ayudar a los seres humanos a apreciar la muerte de una forma diferente, de manera que puedan prepararse para qué la partida se realice sin tanto miedo y angustia.

Análogamente, la enfermería tiene como bien fundamental el cuidado de la vida y de la muerte, considerando esta última como parte del mismo ciclo vital, por lo que requiere una atención holística del ser humano para proporcionar un cuidado durante el proceso de morir y en el duelo (Perdigon y Strasser, 2015).

El cuidado tiene por objetivo ayudar a la persona mayor a apoyarse en su sistema de valores, creencias y nociones sobre el mundo y el universo, sus concepciones sobre la vida y la muerte, ayudando a verla como un proceso natural y parte de la misma vida (Lopera-Betancur, 2015).

La enfermera cuando actúa en cuidados paliativos se enfrenta a su propio significado del proceso de morir y al lidiar con la finitud del paciente y la espiritualidad puede proporcionar sentido a su trabajo en estos cuidados (Arreira, Thofehrn, Porto, Moura, Martins y Jacondino, 2018).

Se busca además preparar a la persona para que viva su proceso de duelo y acepte las pérdidas, educar a los profesionales y personas que se encuentran cercanos a la muerte, entre otros objetivos, también favorece la comprensión del luto y el duelo como parte del ser humano, centrándose en la expresión de las emociones y quitando prejuicios y estereotipos negativos sobre el cómo vivirlos.

De ahí la importancia de reflexionar sobre el proceso de morir y el duelo como dos fenómenos que son vividos y experimentados de formas diversas en el adulto mayor. La muerte y el duelo tienen una estructuración y características muy particulares que lo hacen centro de atención para comprender el mundo en el cual el adulto mayor se sumerge para vivir estos fenómenos, que no conllevan sólo la pérdida corporal en la muerte, sino las pérdidas que experimenta a lo largo de su etapa de vejez.

Esta reflexión puede abordarse desde un punto de vista fenomenológico para llevar a cabo un análisis a profundidad del fenómeno de la muerte y duelo; se puede hacer uso del círculo hermenéutico de Martin Heidegger como referencial metodológico de análisis. Este círculo contempla tres etapas: pre-comprensión, comprensión e interpretación (Kempfer, Prado, Sebold, Balbinot y Girondi, 2015; Mantzavinos, 2014). En este artículo se observa sólo la primera etapa que aborda una reflexión óptica, por tal motivo se habla de una pre-comprensión del fenómeno de interés, el cual se relaciona con el análisis de fuentes de información relativas al tema central, es una búsqueda de información relacionada con el fenómeno (Heidegger, 2015).

Por lo que se trata de una revisión reflexiva elaborada a partir de la búsqueda de diversas fuentes sobre la muerte, duelo y adulto mayor. Se realizó un análisis pre-comprensivo de estas fuentes (Heidegger, 2015).

### **Pérdidas y cambios en la vejez: de lo físico a lo social**

Se ha definido al proceso de envejecimiento como la serie de cambios fisiológicos, psicológicos, emocionales y sociales que involucran un deterioro en la capacidad adaptativa de la persona (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). La persona que experimenta estos cambios se denomina adulto mayor. Anteriormente se usaba el término viejo, anciano o persona de la tercera edad, sin embargo, las normas y políticas en México lo han denominado adulto mayor con la finalidad de erradicar la discriminación y darle un lugar en la sociedad. Por otro lado, la ancianidad o vejez es como se conoce a la última etapa de la vida de una persona en la cual se experimentan estos cambios (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

A lo largo de la vida la persona va experimentando pérdidas, es por esta razón que al proceso de envejecimiento se le conocía como un proceso de deterioro y si bien lo es, se ha preferido mencionar que no todos los adultos mayores lo experimentan de la misma manera y no todos lo presentarán en un grado que les cause dependencia, por tal motivo, se suele mencionar que la capacidad adaptativa de la persona se ve modificada, en lugar de asegurar que hay deterioro o declive; por ejemplo, si bien no todos pierden la capacidad de caminar, esta capacidad se ve si disminuida como consecuencia de los cambios a nivel musculoesquelético (Coronado y Gutiérrez, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2015).

El proceso de envejecimiento es universal, irreversible, heterogéneo y continuo, es decir que todos los seres humanos envejecen, no se puede retroceder ni detener y cada persona lo vive de diferente forma, dependiendo del contexto social en el cual se desenvuelva, la genética y las características de hábitos que tenga a lo largo de su vida. La vejez se va preparando desde etapas tempranas, pues muchas enfermedades crónicas son consecuencia de los malos hábitos dietéticos, de actividad física y de no cuidar la salud mental.

Así, aunque a lo largo de la vida la persona experimenta diversas pérdidas a nivel físico, no todos los adultos mayores llegan a la vejez con enfermedades crónicas, con dependencia o con pérdida funcional grave, hay algunos que llegan con una integridad física y mental admirables.

Es por ello que se ha buscado a lo largo de las últimas décadas eliminar los estereotipos negativos sobre los adultos mayores como por ejemplo, que todos llegan con alguna enfermedad crónica, que todos son diabéticos o hipertensos, que todos son enfermos y se les olvidan las cosas. Situaciones como éstas son propias de la individualidad de las personas y necesitan ser erradicadas del imaginario social, pues desfavorecen a los mayores; muchos aún tienen posibilidad, habilidad y ganas de trabajar después de jubilarse y por estereotipos negativos se les niega el acceso al trabajo, siendo que muchos de ellos lo requieren dado que nunca tuvieron un trabajo formal que les garantizará seguridad en la vejez.

Por ese motivo, se deben reconocer los cambios que son asociados a las pérdidas, porque desde que el adulto mayor pierde la capacidad para realizar alguna labor o tarea, el proceso de duelo se puede vivenciar con la misma intensidad que si sufriera la muerte de un ser querido; esto tiene que ver con el proceso adaptativo, la personalidad y la formación a lo largo de la vida.

El proceso degenerativo corporal tiene que ver con diversas teorías de tipo fisiológico, algunas abogan por la intervención de los radicales libres, otras más por la programación celular, unas cuantas por el declive del eje hipotálamo-hipofisiario (Hernández González, 2013).

Otro tipo de situaciones en relación al estado emocional y que se pueden asociar a las pérdidas son por ejemplo, la depresión, que si bien puede padecerse en todas las edades, se consideraba que era común de la vejez, sin embargo, lo que pasa en la vejez es que la depresión se intensifica (Gómez Ayala, 2007). Puede ser consecuencia de las otras pérdidas físicas, de la viudez, el abandono de los hijos, el aislamiento o la enfermedad discapacitante. Lo que hace diferente a la depresión en la vejez es que los síntomas suelen estar enmascarados, el adulto mayor se aísla, puede no reconocer que está deprimido, pero lo que sí ocurrirá es que somatizará la depresión, lo que trae como consecuencia que acuda al hospital por problemas de salud a veces no graves (Calderón, 2018).

Se ha considerado que los adultos mayores son más renuentes o cambian de humor, sin embargo, no se puede generalizar que todos son así, esto dependerá de las características de la personalidad de la persona.

También puede aparecer el deterioro cognitivo que se define como un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad (Méndez et al., 2015; Torrades Oliva, 2004). En algunos casos aparecen demencias que involucran la pérdida de la capacidad funcional relacionada con el deterioro cognitivo.

Socialmente, aparecen cambios relacionados con pérdidas, por ejemplo, la jubilación que originalmente significa júbilo o alegría, pero en muchos casos el jubilarse no causa esa emoción, en algunas personas surgen sentimientos negativos asociados a la vejez, una no aceptación de la misma, una pérdida de ingresos y una difícil adaptación al cambio (Bravo y Caro, 2011).

En México la edad de jubilación oscila entre los 60 y 65 años. El término de la vida laboral y productiva y el paso a ser un jubilado o pensionado no es sencillo, pues en muchos casos, la situación está directamente relacionada con el aislamiento social, la vejez, inactividad, pasividad, inseguridad, miedos, improductividad, pérdida de ingresos y reconocimiento social, así como del sentido de vida.

Por otro lado, la jubilación trae la sensación de libertad, de hacer lo que desea, por tener más tiempo libre. Sin embargo, si el adulto mayor no tiene una actividad concreta en su vida cotidiana después de la jubilación, ese tiempo libre pasa a traer efectos negativos en su vivir.

En ocasiones aparecen síntomas negativos hacia la jubilación, las personas pueden caer en depresión, enfermarse, no adaptarse y morir, a estos cambios negativos se les conoce como Síndrome de jubilación. Muchos adultos mayores consideran que la jubilación es una pérdida, pues han perdido su trabajo, su ingreso íntegro, su capacidad de hacer algo, su tiempo, entre otras.

La jubilación debe tratarse como una pérdida de manera preventiva, es decir, se debe ayudar al adulto mayor a afrontarla antes de acontezca, se le debe preparar para evitar la negatividad ante la situación.

Generalmente los jubilados pasan por una serie de etapas, descritas por Robert Atchley; al igual que las etapas del duelo, suelen no aparecer en el mismo orden (Aymerich Andreu, Planes Pedra y Gras Pérez, 2010): prejubilación, jubilación, desencanto y depresión, reorientación, estabilidad y finalización.

Abordando el tema de la muerte de la pareja como una pérdida, se puede mencionar que ésta supone un enfrentamiento complicado, difícil y doloroso. Generalmente la muerte del cónyuge produce conflictos emocionales, el dolor por perder a la persona que se ha amado, el miedo y la frustración de estar solo y de tener que depender de otra persona, si es que se dependía del fallecido.

La viudez afecta de diferente forma a hombres y mujeres, pero en general la persona que ha enviudado se sentirá insegura, amenazada con respecto a lo que pasará en el futuro, tendrá que lidiar y vivir problemas y situaciones solo que antes vivía quizá acompañado (Farinasso y Labate, 2015). Las redes de apoyo deben ser accionadas para que en la fase inicial de la viudez, el cónyuge viva menos la soledad de la pérdida y se sienta más amparado y amado por familiares y amigos.

Generalmente y por estadística la viudez es más común en las mujeres que en los hombres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2014); algunos factores de predominio de la viudez en las mujeres mencionados en la literatura son: la vulnerabilidad económica derivada de la viudez, la pérdida de identidad, experiencia de duelo, los sentimientos de soledad, la consideración del suicidio, la necesidad de compañía y las nuevas nupcias. La conciencia de la necesidad de afecto y compañía abre la reflexión sobre la sexualidad y el placer, pero ante esta situación la descendencia no siempre es el mejor apoyo (Montes de Oca Zavala, 2011).

### **El duelo en la vejez**

La palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, por lo que puede definirse como un proceso, no es un estado ni un momento estático, es un proceso que se vive frente a una muerte o a una pérdida, involucra la muerte de las personas con un sentido de vínculo, así como otras pérdidas que la persona considere importantes (Romero y Cruzado, 2016).

El duelo supone un proceso que responde a diversas situaciones que rodean a la persona, no es un estado, no es una situación patológica, es una respuesta natural de la persona ante el dolor que atraviesa por la pérdida.

La doctora Kübler-Ross, una de las grandes especialistas en tanatología, concebía “*la muerte como un pasaje hacia otra forma de vida*” (Kübler-Ross, 2011). En base a distintos estudios científicos, describió que los pacientes terminales pasaban por etapas, las cuales se pueden identificar también en las personas que han experimentado una pérdida. Las etapas pueden no seguir un orden, la persona puede ir de una etapa a otra, volver a la anterior o perdurar en una de ellas. Estas etapas fueron separadas en cinco y su influencia es notable hasta el día de hoy (Vasconcelos, Dutra y Oliveira, 2013; Bregman, 2017; Neimeyer & Smigelsky, 2018):

*Negación:* La persona reacciona en forma defensiva, hay una “no aceptación” de la pérdida; si es una enfermedad terminal la persona buscará otras opiniones médicas,

renegará del diagnóstico y dirá que es un error o que el médico lo ha cambiado (Robbins-Welty, Stahl y Reynolds, 2018; Bertman 2018). Si es por muerte, la persona estará en un rotundo “no es posible”, “no ha pasado”, “es una pesadilla, espero despertar”. La mejor conducta en esta fase es no interferir, dejando que el paciente siga su curso para aceptar el proceso presente, pues es un periodo temporal y útil.

*Ira o Enojo:* El paciente se rebela contra la realidad, frecuentemente se pregunta “¿Por qué yo?” Todo le molesta, todo le incomoda, nada le parece bien (Robbins-Welty, Stahl y Reynolds, 2018; Bertman 2018). Este estado le inunda de enojo y rencor, rebelión, envidia y resentimiento; a veces se necesita de esta fase para poder aceptar esta condición. La persona puede culparse a sí misma, culpar a otros, incluso culpar a su ser supremo o dios. Si es por muerte, es común este último, incluso puede llegar a enojarse con la misma persona fallecida pues supone que ésta le ha fallado y lo ha dejado solo.

Muchas veces, la rabia se acentúa ante las personas más cercanas, ya sean familiares o profesionales que cuidan y es una señal de sufrimiento, en la cual el enfermero debe estar dispuesto a escuchar, para promover el cuidado que atienda las reales necesidades del paciente en esa fase.

*Pacto o Negociación:* La persona asume su condición, aparece una etapa de tratar de negociar con el tiempo, dejar de hacer algo para prolongar la vida (Worden, 2018). Si tiene algún acontecimiento familiar importante, por ejemplo, el matrimonio de un hijo, graduación del nieto, proyectan y negocian con Dios o ser superior vivir por lo menos hasta el tiempo que falta para estar presente en el evento. La negociación también puede ocurrir con el objetivo de sentir menos dolor.

*Depresión:* Este sentimiento aparece cuando se adquiere conciencia de que todas las fases fracasan y que la enfermedad sigue su curso hacia el final. Si es por muerte, hay una tristeza profunda por la persona que se ha ido. No se puede controlar el deseo de volverlo a ver, de estar con él o con ella, se manifiesta el llanto, el mutismo, el aislamiento (Worden, 2018). Hay un silencio interior y exterior, desesperanza, que pueden interferir en el sueño y la alimentación.

*Aceptación:* En esta etapa se van resolviendo varios procesos, problemas o situaciones que ayudan al paciente a aceptar su condición (Nagar & Longstreet, 2016). La aceptación es muy diferente a la resignación. Resignarse conlleva que no se puede remediar la situación vivida, por lo que sólo resta vivirla, sin embargo, hay sentimientos de impotencia, aparece el sufrimiento, resentimiento y amargura; como no hay capacidad de elegir otra realidad, la persona experimenta una sensación de que así debe ser. Por otro lado, la aceptación conlleva que la persona abra sus puertas a la acción para ser feliz, aunque la realidad es la única que existe, la persona en aceptación le encuentra un significado relevante a su vivencia, ha aprendido de lo que ha vivido y elige cómo ser feliz día a día.

El duelo en la vejez suele verse como característico de esta etapa de vida, es decir, el adulto mayor vive múltiples duelos, sin embargo, esos duelos no se dejan de sufrir y el adulto mayor tiene la certeza de elaboración de duelo de forma acorde a su edad y a sus experiencias de vida (Viel, 2019); el duelo en esta etapa suele ser mencionado como un proceso elaborado a partir de diferentes connotaciones culturales y de historia de vida de la persona (Palacio y Bernal, 2017).

El ser humano tiene una necesidad de valorar su existencia terrenal en relación a su propia vida, la finitud es considerada y asociada a la pérdida corporal, por lo que el duelo en la vejez se relaciona más con las pérdidas significativas por muerte (Valdez et al., 2015), la finitud corporal tendrá razón en el sentido en que la vida es significada por el adulto mayor y la estrecha relación con sus propios valores, creencias y composiciones culturales (Mazzetti Latini, 2017).

Conforme avanza la edad de una persona el concepto de la muerte y el duelo adquieren una connotación diferente, dado que la persona ha atravesado por diversas pérdidas a lo largo de su vida, incluidas la deficiencia y el deterioro del cuerpo, la jubilación, la salida de los hijos del hogar, incluso quizá la pérdida de la pareja experimentando la viudez (López Doblas y Díaz Conde, 2018).

La muerte toma una perspectiva de que “es lo único que resta por esperar” (Valdez et al., 2015), sin embargo, la muerte no deja de ser dolorosa, si se pierde a la pareja, generalmente el adulto mayor experimentará soledad, sentimiento de abandono y minusvalía, además de que aumenta su sensación de dependencia. Si es mujer, estas características se acentúan con mayor frecuencia que en los hombres (Farinasso & Labate, 2015; Montes de Oca Zavala, 2011).

Hay la posibilidad de reiniciar una vida nueva con otra pareja, sin embargo, los prejuicios sociales y en especial de los hijos se vuelven más fuertes, las condiciones sociales en relación a la conceptualización de la viudez le dan a la mujer una imagen de “guardar el luto de su marido”, por lo cual involucrarse con otro hombre como pareja sería mal visto, lo que acompleja los sentimientos de soledad (López Doblas y Díaz Conde, 2018). En el caso de los hombres se vuelve una opción más frecuente y con menos prejuicios.

El adulto mayor atravesará por las mismas etapas de duelo aunque en ocasiones éstas intensificarse, la manifestación más común del duelo en los adultos mayores al igual que en la depresión suele centrarse en síntomas físicos, el adulto mayor podría no aceptar que está en duelo y sus manifestaciones serán la necesidad de ir al hospital de forma recurrente, presentar síntomas hipocondríacos, se aislará y se rehusará a hablar con los demás, de igual manera hará especial énfasis en que la muerte siguiente será la de él.

Las diferentes formas de adaptación de la persona ante la diversidad de pérdidas vividas, podrían favorecer un tipo de confort natural, por ejemplo, podría percibirse que el adulto mayor está sereno ante la pérdida y no mostrar las manifestaciones típicas. La madurez que se va adquiriendo con los años y la posible muerte en puerta que sucede a la vejez podría modular y dar un sentido diferente a la persona mayor, concentrándose en la satisfacción vital y en la búsqueda de una meta concreta de vida.

Desde el punto de vista de Martin Heidegger, la muerte toma un significado de finitud temporal, el ser humano es finito y su sentido de muerte es lo único que le resta, el adulto mayor se considera desde este punto de vista fenoménico como un ser para la muerte que debería rescatar la autenticidad de su propio ser para prepararse para su finitud (Heidegger, 2015).

Así, dentro de la reflexión la muerte no sólo se vive en el concepto corporal, esto sería finitud corporal, la muerte es un cierre de un ciclo o una etapa, una forma de concluir, el adulto mayor percibe que es mortal y a partir de ello se torna un ser de cuidado que le prepara para la muerte en la misma vida. La muerte viene a ser un fin en sí mismo pero a la vez un inicio, pues es el punto donde el ser humano se comprende en sus posibilidades, dicho de otra manera, cuando el adulto mayor se da cuenta de su ser mortal se prepara para su encuentro, por ello la elaboración del duelo suele tener un tinte existencialista, que le permite representar la muerte como aquello único que le espera.

### **La gerontotranscendencia: resignificación de la muerte en el adulto mayor**

Lars Tornstam desarrolló su teoría de gerotranscendencia o gerontotranscendencia, evocando la complejidad del ser humano en la etapa de vejez y el interés que éste tiene por dar un sentido vivido. Explica su teoría desde tres dimensiones, donde la muerte es un encuentro del ser humano consigo mismo (Jewell, 2014; Tornstam, 2005, 2011), el adulto mayor evoca un sentido de conexión con su sentido de vida y con el universo en un plano cósmico experiencial. Las dimensiones teóricas son las siguientes (Tornstam, 2005; Wadensten y Barbro, 2015):

Dimensión cósmica: que involucra tiempo e infancia (reincorporar recuerdos y metas cumplidas), conexión con generaciones pasadas (la sabiduría transmitida), vida y muerte (disminución del temor a la muerte y conexión con la misión de vida), misterio de la vida (resignificación de su misión en la vida) y gozo y placer (satisfacción en las experiencias cotidianas)

Dimensión de sí mismo: que involucra la autoconfrontación (reevaluación personal), menos ego (se da cuenta que es parte de un todo), trascendencia del cuerpo (valoración corporal y de sus cambios), autotranscendencia (comprensión de su sentido de vida).

Dimensión de las relaciones sociales y personales: resignificación de las relaciones, confrontación de roles, inocencia emancipada (valora las creencias y expresa su propio yo), sabiduría trascendente (valora lo realmente importante).

Dentro de cada una de ellas se encuentran elementos conceptuales relevantes: el adulto mayor desarrolla una sabiduría trascendente cotidiana y abandona la creencia de que siempre están en condiciones de distinguir qué es bueno y qué es malo. La superación de esta rígida dualidad se acompaña con una mayor apertura de mente y tolerancia (Tejo, 2017).

A pesar de describir esto como un proceso en la vejez, Tornstam aseguró que no todos los adultos mayores llegan a percibir su etapa de vejez de esta manera, el adulto mayor debería buscar su trascendencia basado en un cambio en la meta perspectiva, desde una visión de mundo materialista y pragmática a una más cósmica y trascendente, acompañada habitualmente de un incremento en la satisfacción vital (Tornstam, 2005).

La gerontotranscendencia representa un proceso de trascendencia, una comprensión de sí mismo en un plano existencial donde experimenta la madurez y la sabiduría adquirida desde su enfoque de vida, la espiritualidad desarrollada en su forma más elevada. Esta teoría se relaciona con el sentido de buscar una conexión con lo espiritual para trabajar la aceptación de la propia muerte, pues el adulto mayor desea una conexión con el cosmos, donde se unirá con lo que más ama.

La espiritualidad juega un papel esencial en la percepción de la muerte y el duelo, es un concepto introducido en diversas disciplinas, involucra una energía de tipo creativo e integrador que se basa en creencias, un sentido de conexión interno o con una fuerza superior. Tiene una relación con la autoaceptación, la paz interior, la esperanza y es parte esencial de la trascendencia (Mukherjee, 2016; Reis y Menezes, 2017; Weathers, McCarthy y Coffey, 2016).

La espiritualidad es un concepto abstracto para poderse definir, se relaciona con un sentido de algo superior a lo material, algo interno y que se enlaza con fuerzas superiores o sagradas, se relaciona con la esencia de la vida del ser humano, la satisfacción del alma.

La autotranscendencia transpersonal tiene que ver con una conexión espiritual con algo superior a lo humano, mientras que la trascendencia intrapersonal se enfoca en la potencialidad del ser, ha sido denominada como el conocimiento interior o fuerza interior que siempre está presente y ha sido considerada un concepto muy relacionado con la espiritualidad (Palmer, Quinn Griffin, Reed, y Fitzpatrick, 2010; P. Reed, 2009; P. G. Reed, 1991).

Para enfrentar el proceso de morir y vivir el duelo, la espiritualidad es un recurso y herramienta de afrontamiento y resiliencia humana. El ser humano es un todo: cuerpo, mente y espíritu, ideado con base a un sentido de trascendencia que le sobrepasa, es decir, entiende que hay algo más allá de sí mismo, algo que responde a sus dudas e inquietudes. Por esta razón es necesario valorar la espiritualidad y la religiosidad en las pérdidas y duelos, la forma en cómo el adulto mayor las vive sin cuestionar o sin colocar prejuicios, lo importante es que éstas le apoyarán en su proceso de duelo y comprensión de la muerte.

### **El cuidado de enfermería en el duelo en la vejez**

Cuando la enfermera involucra la conciencia y las emociones (reflejos del alma de las personas) en el cuidado, trasciende y se abre la posibilidad de entrar en contacto con el espíritu de la persona cuidada (Watson, 2011).

La enfermera en el cuidado del duelo se guía por la compasión y la empatía, como formas de afrontamiento activo, soportar el dolor de una persona ante una pérdida y a la vez tratar de aliviar ese sufrimiento, son acciones de compasión de la enfermera. El tratar de comprender el momento de pérdida implica un cuidado empático, el ver al otro y evitar juzgarlo (Meller, Parker, Hatcher, & Sheehan, 2019). El cuidado de enfermería en el proceso de morir y el duelo en los adultos mayores tiene todo un conjunto de conocimientos que no sólo se adquieren de forma teórica, sino que se basan en la experiencia con la muerte de forma cotidiana que se vive en las instituciones de salud.

La muerte como finitud o cierre de ciclos a lo largo de la vida en diferentes situaciones da un sentido de cuidado al duelo, ya que el duelo con todas sus emociones y expresiones puede ser objeto de cuidado como una forma de acompañamiento al ser humano que experimenta una pérdida.

El cuidado como una preocupación por el otro (Heidegger, 2015) retoma esta visión humanística de la intervención de enfermería, considerando que la salud mental debe ser promovida por este profesional desde un enfoque de cuidado humano (Eriksson & Granerud, 2018). Watson (2011) retoma este aspecto del cuidado humano en un proceso de interacción con el otro, una forma de conexión a nivel transpersonal entre dos personas, donde ambas se conocen desde sus historias de vida y pueden compartir acciones de cuidado para crear una armonía entre cuerpo, mente y espíritu.

Precisamente este cuidado como Proceso Caritas es una forma de encuentro fenomenológico (Sitzman & Watson, 2018); desde esta postura, el adulto mayor puede ser acompañado no sólo por la muerte de los allegados, sino para afrontar las múltiples pérdidas que se viven conforme se envejece.

Es necesario adoptar una postura fenomenológica desde el cuidado para poder comprender el fenómeno de la muerte y el duelo, rescatar las manifestaciones propias en la vejez de estos procesos y poder enfocar el cuidado humano en la comprensión de la propia vida y rescatar el sentido de ésta para que el adulto mayor pueda alcanzar un bienestar emocional.

## CONCLUSIONES

El adulto mayor en su trayectoria vital va experimentando y viviendo una serie de pérdidas que pueden ser experimentadas en lo físico, mental y sociofamiliar y que condicionan un significado propio de la vejez que se ve reflejado en su percepción de la muerte como pérdida final, del proceso de morir y del duelo.

Ónticamente, la pre-comprensión de la muerte encierra una visión de valoración de la vida, una forma de reflexionar constantemente sobre quién es el adulto mayor, lo logrado en su vida, su propia trascendencia.

La visión cósmica de la muerte toma un sentido de culminar algo y poder haber dejado huella, mientras que el duelo es un proceso que permite visualizar la muerte en un sentido de comprensión de lo realizado y lo que adulto mayor considera como significativo.

El valorar y reflexionar sobre el proceso de morir y el duelo en la vejez es indispensable para el cuidado de enfermería como fenómeno complejo de la vida y de la muerte, reflejando la totalidad cósmica del ser humano en diversos fenómenos que son vividos y experimentados de forma individual y única, pero que a su vez, pueden generar una visión comprensiva del adulto mayor para promover la salud mental y espiritual, ayudando al adulto mayor a aceptar las pérdidas y preparándolo para su propio encuentro con la muerte.

## REFERENCIAS

- Acosta, C. O., Quintana, J. T., Flores, R. G., Castro, S. B. E., García, J. J. V., y Rubio, L. R. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 179–188. Recuperado de: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>
- Arrieira, I.C.O., Thofehn, M.B., Porto, A.R., Moura, P.M.M., Martins, C.L. y Jacondino, M.B.. (2018). Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiênciã vivida de uma equipe interdisciplinar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03312. [dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312](https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312)
- Alvarado García, A. M., y Salazar Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25 (2), 57–62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Aymerich Andreu, M., Planes Pedra, M. E., y Gras Pérez, M. (2010). Afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo La adaptación a la jubilación y sus fases. *Anales de psicología*, 26 (1), 80–88. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps>
- Bertman, S. (2018). *Grief and the Healing Arts*. New York: Routledge.
- Bregman, L. (2017). Dying in Five Stages: Death and Emotions in Kübler-Ross and Her Influence. *Pakistan Journal of Historical Studies*, 2(2), 33. <https://doi.org/10.2979/pjhs.2.2.02>
- Bravo, C., y Caro, M. (2011). Efectos Psicosociales de la Jubilación por Vejez en las Variables de Autoestima y Apoyo Social en el Adulto Mayor Afiliado al Instituto de Normalización Previsional (INP) de la Región Metropolitana. *Psykhē*, 11 (2), 89–108. Recuperado de: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/422/pdf>
- Bruno, F. y Alemán, J. A. (2016). Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. *Forum Sociológico*, (29). <https://doi.org/10.4000/sociologico.1453>
- Calderón, D. M. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29, 182–191. Recuperado de: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

- Carrasco, L. N. (2016). Ser adulto mayor hoy: ¿nueva vida o muerte social? *Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, (5), 57–67. Recuperado de: <http://revistafacso.ucevaldeparaguay.cl/index.php/rumbos/article/view/182/178>
- Coronado, I.A, y Gutiérrez, A. (2016). Fisiología del envejecimiento. *Revista de Actualización Clínica*, (17), 813–818. Recuperado de: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v17/v17\\_a01.pdf](http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v17/v17_a01.pdf)
- Eriksson, B., y Granerud, A. (2018). Psychiatric/Mental Health Nursing Care of the Older Adult: Mental Health in Old Age. En J. Santos & J. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century. Principles of Specialty Nursing (Under the auspices of the European Specialist Nurses Organisations (ESNO))* (pp. 521–531). Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4\\_37](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_37)
- Farinasso, A. L. C. y Labate, R. C. (2015). A vivência do luto em viúvas idosas: um estudo clínico-qualitativo. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 11 (1), 25. Recuperado de: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p25-32>
- Gastron, L. y Lacasa, D. (2018). La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según la edad. *Población y Sociedad*, 16(1), 3–28. Recuperado de: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/pys/article/view/12201/pdf>
- Gómez Ayala A. La depresión en el anciano. *OFFARM*. 2007;26(9):80–94. Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13111062>
- Hernández González, C. (2013). Teorías de envejecimiento. *En La vejez en movimiento: Un enfoque integral* (pp. 43–50). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. México, DF: INEGI.
- Jewell, A. J. (2014). Tornstam's notion of gerotranscendence: Re-examining and questioning the theory. *Journal of Aging Studies*, 30, 112–120. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.04.003>
- Kempfer, S. S., Prado, L. M., Sebold, L. F., Balbinot, J., y Girondi, R. (2015). Heidegger's hermenêutics as a data source in a phenomenologic study. *Atas CIAIQ2015. Investigação Qualitativa em Saúde*, 1, 108–112. Recuperado de <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/viewFile/25/24>

- Klein, A. (2016). De la ancianidad al adulto mayor. *Desacatos*, 50, 156–169. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/139/13943562011.pdf>
- Kübler-Ross, E. (2011). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Debolsillo.
- Lopera-Betancur, M. A. (2015). Significado atribuido por las enfermeras a la educación para cuidar del paciente moribundo. *Enfermería Universitaria*, 12 (2), 73–79. doi.org/10.1016/J.REU.2015.04.002
- López Doblas, J. y Díaz Conde, M. del P. (2018). Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(3), 128–133. <https://doi.org/10.1016/J.REGG.2017.09.005>
- Lynch, G. y Oddone, M. J. (2017). La percepción de la muerte en el curso de la vida. *Revista de Ciencias Sociales*, 30(40), 129–150. Recuperado de: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-55382017000100007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-55382017000100007&script=sci_arttext&tlng=en)
- Mantzavinos, C. (2014). O círculo hermenêutico: que problema é este? *Tempo Social*, 26(2), 57–69. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000200004>
- Mazzetti Latini, C. (2017). Nombrar la muerte. Aproximaciones a lo indecible. *Andamios*, 14(33), 45–76. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-00632017000100045&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-00632017000100045&script=sci_arttext)
- Meller, N., Parker, D., Hatcher, D., & Sheehan, A. (2019). Grief experiences of nurses after the death of an adult patient in an acute hospital setting: An integrative review of literature. *Collegian*, 26(2), 302–310. <https://doi.org/10.1016/J.COLEGN.2018.07.011>
- Méndez, I., García-Sevilla, J., Martínez, J. P., García-Munuera, I., Bermúdez, A. M. y Pérez, P. (2015). Creatividad, creencias paranormales y deterioro cognitivo en personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5 (2), 253–265. Recuperado de: <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i2.117>
- Montes de Oca Zavala, V. (2011). Viudez, soledad y sexualidad en la vejez: mecanismos de afrontamiento y superación. *Revista Kairós Gerontologia*, 14 (5), 73–107. Recuperado de: [http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/viudez\\_soledad\\_sex.pdf](http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/viudez_soledad_sex.pdf)

- Moura, L. V. C., Passos, E. C. S., Santos, R. M. M., Santa Rosa, D. O. y Sobrinho, C. L. N. (2018). Ensino da tanatologia nos cursos de graduação em enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32, e20888. doi.org/10.18471/rbe.v32.20888
- Mukherjee, S. B. (2016). Spirituality and Religion: Elderly's Perception and Understanding. *Indian Journal of Gerontology*, 30 (3), 336–354. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=4b9f5169-6bcb-49c6-81b9-867fe85ce17d%40sdc-v-sessmgr01>
- Nagar, A., & Longstreet, P. (2016). The Age of Resilience. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(3), S129. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.01.130>
- Neimeyer, R. A., & Smigelsky, M. A. (2018). Grief Therapy. *Clinical Psychology: Disorders and Therapies*, 1. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.73>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS.
- Palacio, M., & Bernal, F. (2017). El duelo por muerte: la intersección entre prácticas culturales, rituales sociales y expresiones emocionales. *Tempus Psicológico*, 2(1), 88–107. Recuperado de <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/tempuspsi/article/view/2595/3223>
- Palmer, B., Quinn Griffin, M. T., Reed, P., y Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-transcendence and Work Engagement in Acute Care Staff Registered Nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33 (2), 138–147. doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181d912d8
- Perdigon, C., y Strasser, G. (2015). El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25(2), 485–500. doi.org/10.1590/S0103-73312015000200009
- Reed, P. (2009). Nursing the ontology of the discipline. *En Perspective on Nursing Theory* (pp. 615–620). Tokyo: Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins.
- Reed, P. G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 13 (4), 64–77. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2059006>
- Reis, L. A., y Menezes, T. M. O. (2017). Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (4), 761–6. doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0630

- Robbins-Welty, G. A., Stahl, S. T., y Reynolds, C. F. (2018). *Grief Reactions in the Elderly. En Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions*. Cham: Springer International Publishing.
- Romero, V., y Cruzado, J. A. (2016). Duelo, ansiedad y depresión en familiares en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Pisconcología*, 13 (1), 23–37. Recuperado de: [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2016.v13.n1.52485](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52485)
- Sierra Von Roehrich, P. (2016). *La Tanatología y el Dolor*. México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
- Sitzman, K., y Watson, J. (2018). *Caring science, mindful practice : implementing Watson's human caring theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Tejo, J. (2017). Algunos aportes desde la Gerotranscendencia al diseño de itinerarios de iniciación cristiana con adultos mayores. *Revista Electrónica de Educación Religiosa, Didáctica y Formación de Profesores*. 6(2), 1–33. Recuperado de <http://www.reer.cl/index.php/reer/article/view/7>
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence : a developmental theory of positive aging*. New York: Springer Pub. Co.
- Tornstam, L. (2011). Maturing into gerotranscendence. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 43 (2), 166–180. Recuperado de <http://www.atpweb.org/jtparchive/trps-43-11-02-166.pdf>
- Torrades Oliva, S. (2004). Aspectos neurológicos del envejecimiento. La lucha para retrasar el deterioro cerebral. *OFFARM*, 23 (9), 106–109. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5325233>
- Vasconcelos, C. R., Dutra, D. A., y Oliveira, E. M. (2013). A iminência da morte em idosos e o modelo Kübler-Ross de enfrentamento. *Revista UNIANDRADE*, 13 (3), 194–209. Recuperado de: <http://www.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/view/48/39>
- Valdez, J. L., Hernández, V., Iniestra, K., Martínez, P., Aguilar, Y. P., Torres, M. A., & González Arratia, N. I. (2015). El sufrimiento en la vejez: un análisis por sexo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 16818–1635. Recuperado de [www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

- Viel, S. (2019). La experiencia emocional de envejecer. *Temas de Psicoanálisis*, (17). Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2019/01/Silvia-Viel.-Experiencia-emocional-de-envejecer.-1.pdf>
- Wadensten, B., y Barbro. (2015). Self-Transcendence/Gerotranscendence. *En The Encyclopedia of Adulthood and Aging* (pp. 1–5). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Watson J. Human Caring Science (2011). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Weathers, E., McCarthy, G., y Coffey, A. (2016). Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nursing Forum*, 51 (2), 79–96. doi.org/10.1111/nuf.12128
- White, S. (2015). Gerotranscendence Theory: A Fresh Look at Positive Aging. *Engaging Aging*, 10(1), 1–8. Recuperado de: <http://www.usccb.org/about/national-religious-retirement-office/upload/Engaging-Aging-Newsletter-Spring-2015.pdf>
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy : a handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company.



“CUIDADOS PSICOSSOCIAIS E ESPIRITUAIS DA ENFERMEIRA AO IDOSO COM DEMÊNCIA QUE VIVE EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: ALGUMAS REFLEXÕES”

“CUIDADOS PSICOSOCIALES Y ESPIRITUALES DE ENFERMERIA A PACIENTES CON DEMENCIA QUE VIVEN EN INSTITUCION DE LARGA PERMANENCIA: ALGUNAS REFLEXIONES”

“PSYCHOSOCIAL AND SPIRITUAL CARE OF THE NURSE TO THE ELDERLY WITH DEMENTIA LIVING IN HOMES FOR THE AGED: SOME REFLECTIONS”

Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes<sup>1</sup>, Dra. Adriana Valéria da Silva Freitas<sup>2</sup>, Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda<sup>3</sup>  
Universidade Federal da Bahia, Brasil - Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>4</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 01/06/2019

Aceptado: 12/09/2019

## Resumen

**Introdução.** No contexto do envelhecimento da população brasileira, sem dúvidas, a Instituição de Longa Permanência (ILPI) ocupa um espaço necessário e relevante na assistência à pessoa idosa. Estes locais são procurados para o cuidado de idosos com ou sem demências. **Objetivo.** Refletir sobre o cuidado do enfermeiro a pessoa idosa com demência que vive em ILPI. **Métodos.** Estudo qualitativo, descritivo, conduzido nas seguintes etapas: 1. Busca pelo diagnóstico de enfermagem que tivesse de acordo com as características de sintomatologia das demências em pessoas idosas. 2. Levantamento de material bibliográfico que desse respaldo à discussão, através do portal BIREME. **Resultados e Discussão.**

<sup>1</sup> Profesor de la Universidade Federal da Bahia, Brasil. Correspondencia remitir a: tomenezes50@gmail.com

<sup>2</sup> Profesor de la Universidade Federal da Bahia, Brasil.

<sup>3</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México

<sup>4</sup>Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Chegaram-se as categorias teóricas: cuidado da enfermeira às necessidades psicossociais da pessoa idosa com memória prejudicada e cuidado da enfermeira às necessidades psicoespirituais da pessoa idosa com memória prejudicada. **Considerações finais.** O olhar diante da pessoa idosa vista deve incluir não apenas o bio-psico-social, sobretudo, a necessidade espiritual.

**Palavras-chave:** *Cuidado ao Idoso, Instituição de Longa Permanência para Idoso, Enfermeiras no cuidado a demência.*

## Resumen

**Introducción.** En el contexto del envejecimiento de la población brasileña, sin duda, los Hogares para Ancianos (HFA) ocupan un espacio necesario y relevante en la asistencia a las personas mayores. Estos lugares son buscados para el cuidado de ancianos con o sin demencia. **Objetivo.** Reflexionar sobre el cuidado de enfermeras a personas mayores con demencia que viven en HFA. **Métodos.** Estudio cualitativo, descriptivo, clasificado en las siguientes etapas: 1. Búsqueda de diagnóstico de enfermería y Encuesta de material bibliográfico; 2. La búsqueda se realizó a través del portal BIREME. **Resultados y discusión.** Se alcanzaron categorías teóricas: atención de enfermería para las necesidades psicossociales de las personas mayores con problemas de memoria y atención de enfermería para las necesidades psico-espirituales de las personas mayores con problemas de memoria. **Consideraciones finales.** Ampliar la mirada ante la persona mayor, vista no solo como un ser biopsicosocial, sobre todo, incluyendo la necesidad espiritual, requiere despojarse de cualquier prejuicio.

**Palabras clave:** *Cuidado de ancianos, hogares para ancianos, enfermeras en cuidado de demencia.*

## Abstract

**Introduction.** In the context of the aging of the Brazilian population, without doubt, the Homes for the Aged (HFA) occupies a necessary and relevant space in the assistance to the elderly. These places are sought after for the care of the elderly with or without dementia. **Objective.** Reflect on the care of nurses to elderly people with dementia living in HFA. **Methods.** Qualitative, descriptive study classified in the following stages: 1. Search for nursing diagnosis and Survey of bibliographic material; 2. The search took place through the BIREME portal. **Results and discussion.** Theoretical categories were reached: nursing care for the psychosocial needs of the elderly person with impaired memory and nursing care for the psycho-spiritual needs of the elderly person with impaired memory. **Final considerations.** To widen the gaze before the elderly person, seen not only as a bio-psycho-social being, above all including the spiritual need, requires to undress of any prejudices.

**Keywords.** *Elderly Care, Homes for the Aged, Nurses in Dementia Care*

## INTRODUÇÃO

As mudanças demográficas e epidemiológicas no mundo resultam em transformações sociais, com a passagem de formatos de famílias majoritariamente rural e numerosas, para aquelas que migraram em busca de melhores condições de vida, com menor número de filhos vivendo em áreas urbanas (Miranda, Mendes e Silva, 2016).

Essas mudanças vieram trazer novo perfil de condições de saúde pelo avanço da medicina e das tecnologias de cuidado. Contudo, atrelado a isso, ocorre o aparecimento das doenças crônicas não degenerativas, próprias da vida urbana e acelerada. Além disso, as pessoas ganharam longevidade, porém, outras demandas vieram com ela, a exemplo das demências, que requerem um cuidado diferenciado pelas necessidades biopsicosociais e espirituais que chegam junto com as mesmas.

Demência é um transtorno neuropsiquiátrico resultante de mais de 50 diferentes doenças, sendo que a Doença de Alzheimer (DA) e as Demências Vasculares (DV) são os quadros demenciais cujas descobertas são mais notáveis na área, sugerindo que aparentemente o componente ambiental deve desempenhar papel crucial em muitos casos, o que é bastante importante, já que medidas preventivas poderiam ser adotadas (Cordeiro, Zung e Vallada, 2008).

As sintomatologias da DA e DV levam a comprometimento dos processos de memória e comportamento, acarretando diminuição das funções de memória, habilidades visoespaciais e perda da independência e autonomia para DA. E para as DV, ressaltam o comprometimento cognitivo, sendo que o começo e progressão são variáveis, e geralmente seu início é mais abrupto que o da DA (Parmera e Nitrini, 2015).

A realidade contemporânea de transformação demográfica e epidemiológica da população brasileira, associada a uma acentuada transformação dos arranjos familiares, tem repercutido em demanda crescente por Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) como modalidade de assistência social (Scortegagna, Picher e Falcer, 2018).

No contexto do envelhecimento da população brasileira, sem dúvidas, a ILPI ocupa um espaço necessário e relevante na assistência à pessoa idosa, principalmente àquelas com limitado suporte familiar (Fagundes et al., 2017).

Diante desse cenário, as ILPI são espaços procurados para o cuidado de idosos com ou sem demências. Esses serviços muitas vezes requerem adequação quanto aos aspectos estruturais e de pessoal, com a urgência de ter em suas equipes profissionais que tenham conhecimento específico sobre o processo de envelhecimento, para que tenham condições de cuidar de acordo com necessidades humanas básicas das pessoas idosas.

Considerando o exposto, o presente trabalho teve como questão norteadora: Como cuidar de pessoas idosas com demências nos aspectos psicossociais e espirituais que vivem em ILPI com diagnóstico de enfermagem memória prejudicada? O objetivo traçado foi discutir os cuidados da enfermeira à pessoa idosa com demência em ILPI, a partir do diagnóstico de memória prejudicada. Dessa maneira, foi necessário unir teoria e prática, valorizando a experiência vivenciada, que em muito poderá colaborar para a construção do conhecimento sobre saúde mental de idosos e demências.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, que parte de uma reflexão teórica desembocando em experiências de cuidado e de formação profissional no contexto das ILPI's, com foco na pessoa idosa com demências, que apresenta diagnóstico de enfermagem memória prejudicada.

O trabalho foi conduzido nas seguintes etapas: 1. Busca pelo diagnóstico de enfermagem que tivesse de acordo com as características de sintomatologia das demências em pessoas idosas, com enfoque na Doença de Alzheimer e Demências Vasculares. 2. Levantamento de material bibliográfico que desse respaldo à discussão. Para isso, a busca ocorreu através do portal BIREME, sem recorte temporal, utilizando as palavras-chaves: Demências Vasculares, Doença de Alzheimer, Idosos, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Enfermeira, sendo a combinação das palavras através o operador booleano AND.

Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra e disponíveis gratuitamente, sem recorte temporal. Os critérios de exclusão: monografias, dissertações e teses; artigos de opinião e reflexão.

Após a leitura dos artigos selecionados, a análise seguiu os passos da análise de conteúdo de Bardin (2016), na qual foram apreendidas as categorias teóricas: cuidado da enfermeira às necessidades psicossociais da pessoa idosa com memória prejudicada e cuidado da enfermeira às necessidades psicoespirituais da pessoa idosa com memória prejudicada, as quais serão analisadas à luz do referencial teórico de Watson, que procura defender o cuidado como uma ciência humana desenvolvida a partir de fundamentos filosóficos e sistemas de valores humanistas (Silva, Valente, Bitencourt e Brito, 2010).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os cuidados de enfermagem a pessoa idosa com demência são direcionados aos aspectos biológicos, como destacado no estudo de (2010), referindo que as intervenções de enfermagem, elaboradas e executadas tinham como objetivo minimizar as dificuldades relacionadas às incapacidades físicas e comportamentais. Ainda no estudo de Pestana e Caldas (2009) destaca-se que as intervenções de enfermagem são extremamente importantes em questões que giram em torno de hábitos de vida, uso correto dos medicamentos, cuidados com a pele, hidratação e no manejo das intercorrências clínicas.

Constata-se, então, que ainda pouco se discute sobre os cuidados psicossociais e espirituais, fundamentais na assistência ao idoso com demência que vive a institucionalização. Buscar estratégias de cuidado a este segmento que melhorem a assistência prestada e retardem a evolução da demência são cruciais para proporcionar maior qualidade de vida destes idosos.

Neste contexto, as categorias teóricas que se seguem discutem as necessidades psicossociais e espirituais da pessoa idosa com memória prejudicada.

### **Cuidado da enfermeira as necessidades psicossociais da pessoa idosa com memória prejudicada**

Planejar, executar, monitorar e avaliar planos de cuidados com idosos demenciados requer criatividade e paciência (PESTANA, CALDAS, 2009), pois, o processo de viver envelhecendo envolve aspectos psicológicos e sociais, inerente a todos, mas que diferem de pessoa para pessoa, devido às variações nas condições de existência de cada uma (Zenevics, Moriguch e Madureira, 2013). Nesse sentido, a equipe que cuida deve estar atenta a essas alterações oriundas das necessidades psicossociais da pessoa idosa com memória prejudicada, acolhendo, sendo empática, preservando a integridade humana e dignidade.

O cuidado transpessoal é almejado para o ser humano, já que é estabelecido espaço para a dignidade e humanização. Para Watson (2002), a necessidade de considerar no cuidado da enfermeira as necessidades psicossociais do idoso com demência deve ser uma prioridade, mesmo quando o modelo biomédico possa limitar o atendimento dessas necessidades, uma vez que, em geral, tem sido considerado que deve atuar sob protocolos de intervenção, o que dificulta o cuidado individualizado. Mostra, também, a necessidade de ter áreas específicas, pois geralmente os idosos com demência são isolados, pela falta de conhecimento em cuidados especializados.

A vida com a família é quase impossível quando se opta pela institucionalização, no entanto, autores ressaltam a importância da família em cuidar de idosos com demência, sintetizando a importância da convivência familiar e social, sendo este ponto visualizado como um dos mais importantes, mesmo sobre a eficiência técnica do enfermeiro (Rodríguez-Martín, Martínez-Andrés, Notário-Pacheco e Martínez Vizcaino, 2016).

A Teoria do Cuidado Transpessoal estabelece que, no momento do cuidado, há uma relação intersubjetiva entre os indivíduos (Watson, 2002), sendo a equipe de enfermagem e cuidadores os profissionais que estão na linha de frente do cuidado a idosos demenciados que vivem em ILPI.

A Teoria envolve relações transpessoais cheias de um senso de interconexão, que enfatiza os valores mais elevados do cuidado. Nesse sentido, o cuidado torna-se compreensível a partir de uma visão humanista, na qual não se deve cuidar somente da demência, mas, do ser humano, sujeito do cuidado humano.

O cuidado, a partir dessa perspectiva, busca abordar todas as necessidades psicossociais, não apenas as fisiopatológicas, mas, aquelas que vão além da demência, então, a enfermeira pode ver o ser humano por trás. A humanização do cuidado envolverá compromisso, relacionamento transpessoal, independência e dignidade; assim, o idoso demenciado é valorizado no processo de cuidar (Oliveira, Rodrigues, Amaral, Kubo e Silveira, 2018).

Por esta razão, falar sobre as necessidades psicossociais dentro do processo Clinical Caritas envolve promover o desenvolvimento de autoconfiança e assistência na gratificação das necessidades humanas (Medeiros, Felix e Nóbrega, 2016). O cuidado do idoso com demências exige uma compreensão real de quem é essa pessoa, além de redescobrir a enfermeira como um ser humano que também precisa ser ouvido, protegido e valorizado.

Então, a enfermeira vê no idoso não a demência, mas as necessidades para manter a sua autonomia possível, para receber quem ele ama e quer estar perto dele, para viver com outros idosos, se divertir, fazendo com que a sua vida não perca o sentido. Promover a socialização no ambiente da ILPI deve fazer parte do cuidado da enfermeira aos idosos com demência. Para Jesus et al. (2010), a inatividade é um agravante para a redução das capacidades cognitivas e funcionais, induzindo à progressão da demência

Estudo refere que a igreja e os grupos de oração funcionam como fonte de apoio emocional, ajudando a enfrentar sofrimentos e tensões (Marques, Landim, Collares e Mesquita, 2011), aspectos estes relacionados ao cuidado espiritual, que serão discutidos na próxima categoria.

### **Cuidado da enfermeira as necessidades psicoespirituais da pessoa idosa com memória prejudicada**

Na DA, alguns estudos têm demonstrado a influência da espiritualidade nas síndromes demenciais (Luchetti, Bassi, Nadri, e Nacif, 2011). Comportamentos agitados como agressão e irritabilidade influenciam a qualidade de vida das pessoas com demência e seus cuidadores, necessitando de estratégias de resiliência para lidar com esses aspectos. (SMITH, 2008), sendo o cuidado espiritual um dos recursos disponíveis a serem utilizados pelos profissionais que cuidam da pessoa idosa com demência em ILPI.

A Teoria Transpessoal, no décimo elemento do Clinical Caritas recomenda dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e a do ser cuidado (Watson, 2002).

O envelhecimento acarreta situações de perdas, sofrimento e dor, e a religiosidade representa um fator de proteção, tornando a pessoa mais resistente para enfrentar estas situações (Zenevics, Moriguch e Madureira, 2013), sendo possível para a pessoa idosa com demência nas fases inicial e intermediária utilizar esse recurso. Os cuidados direcionados à valorização da pluridimensionalidade do indivíduo são embasados na teoria de Watson (2002).

A pessoa idosa, em geral, tem a sua crença religiosa e precisa ser respeitada, independente da fase da demência em que se encontra. A enfermeira, ao pensar no cuidado humanizado, deve se aproximar da dimensão espiritual, que inclui a religiosidade e espiritualidade.

Com o avançar da idade, a religiosidade passa a representar uma importante fonte de suporte emocional, que repercute de forma significativa na saúde mental e física (Zenevics, Moriguch e Madureira, 2013).

Na atualidade, há um despreparo da equipe de enfermagem para o cuidado espiritual, tendo em vista que o tema não é abordado durante a formação e poucas discussões existem no contexto das práticas, principalmente nas ILPI e em idosos com demência.

Além do despreparo, também é sinalizado à falta de tempo para abordar esta dimensão. Como a enfermeira pode prestar um cuidado humanizado para a pessoa idosa com demência na ILPI, de forma que ela não apresente religiosidade prejudicada, risco de religiosidade prejudicada, sofrimento espiritual ou risco de sofrimento espiritual, conforme a North American Nursing Diagnosis Association? (2018).

Não ter preconceito para a crença da pessoa idosa é o primeiro aspecto a considerar na prestação do cuidado espiritual. Para isso, os profissionais de saúde precisam conhecer as diferentes religiões, para que o cuidado espiritual atenda as demandas das variadas crenças religiosas dos pacientes.

Outro aspecto a considerar é respeitar o momento religioso da pessoa idosa. Às vezes, chegamos ao quarto do idoso e encontramos-lo assistindo uma missa na televisão, ou ouvindo um programa religioso no rádio. Quando isso acontecer, devemos compreender a importância daquele momento e preservar, retornando mais tarde, o que na prática não acontece. Geralmente interrompemos o idoso para a visita, colher informações para a evolução, dentre outros, e como são muitos a serem visitados, dificilmente voltamos.

Conhecer a preferência da pessoa idosa é fundamental, porque na fase avançada da demência, ela não terá mais condições de solicitar que a equipe de enfermagem coloque seu programa religioso preferido, seja no rádio ou na televisão, assim, atenta a crença do paciente, colocará nos horários dos programas e terá significado para a pessoa idosa, mesmo que ela não esteja mais interagindo como antes.

Dentre os cuidados espirituais destaca-se a oração, sendo o mais utilizado pelos profissionais. Durante o processo de envelhecimento, as pessoas idosas passam por diferentes situações de estresse causadas por doenças, dor, sofrimento, perdas ou mortes, e oram/rezam por motivo de saúde e para remissão dos pecados (Zenevics, Moriguch e Madureira, 2013).

A oração pode ser utilizada em qualquer situação, principalmente se este era um recurso utilizado durante o curso de sua vida, mas destacam-se nos momentos de agitação e agressividade do idoso com demência. Entretanto, como é possível rezar, se o profissional não tem essa prática? O que fazer quando o idoso está na fase avançada da demência na ILPI?

A vida em ILPI tem sempre muitos idosos, inclusive que não são demenciados. A equipe de enfermagem da ILPI pode identificar pessoas idosas que tem o hábito de orar e promover o encontro destas com aquelas que não estão mais em condições de ter o seu momento religioso. Pode se estabelecer periodicidade e horário, que envolva a ida a enfermaria ou quarto onde está a pessoa idosa demenciada, modificando o ambiente durante o tempo que lá permanecerem, e com essa rotina contribuir para o bem estar do idoso. Os que se responsabilizarem por esta ação se sentirão úteis, bem como estarão desenvolvendo a sua religiosidade.

O oitavo elemento do Clinical Caritas apresenta o ambiente como sustentador, protetor e/ou corretivo mentalmente, fisicamente, socialmente e espiritualmente (Watson, 2002). Apesar da demência ser uma doença crônica e irreversível, intervenções no ambiente devem acontecer, para contribuir com a melhoria da qualidade de vida de idosos com demência que vivem em ILPI.

Outro cuidado espiritual disponível é a música, recurso com boa resposta para pessoas com demência. As lembranças desencadeadas pela música permitem ao idoso sentir-se parte integrante da realidade, possibilitando o acesso à recordação de pessoas e momentos significativos, além de revisitar cenas e fatos (Albuquerque, Nascimento, Lyra, Trezza e Brêda, 2012). O cuidado espiritual foi identificado por enfermeiras através de estímulo e aceitação à utilização de rádio ou televisão, onde os pacientes ouvem músicas religiosas, ou outras (Veras, 2018).

Enfermeiros referem que, quando tem tempo para prestar assistência espiritual, colocam música na hora do banho (Evangelista et al., 2016). A depender da religião, algumas músicas são marcantes e a equipe de enfermagem e cuidadores podem proporcionar a escuta daquelas relacionadas às crenças religiosas da pessoa idosa.

A escuta é outro recurso importante na prestação do cuidado espiritual. A Teoria do Cuidado Transpessoal afirma ser imprescindível à escuta no desenvolvimento do cuidado humanizado (Watson, 2007). A escuta só será possível nas fases inicial e intermediária da doença, tendo em vista que na fase avançada a interação é quase inexistente, devido as dificuldades de verbalização.

O diálogo, também um cuidado espiritual, é sustentado pelo elemento 4 do Clinical Caritas: Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança. Assim como a escuta, o diálogo na DA só é possível na fase inicial e intermediária da doença. Nessas fases, tornam-se imprescindíveis a enfermeira colher as informações sobre a história espiritual da pessoa idosa, para melhor atendê-la principalmente na fase avançada, quando já não terá condições de manifestar suas preferências em relação aos recursos disponíveis para prestação do cuidado espiritual.

Através do diálogo estabelecemos vínculos com os pacientes. Os vínculos formados são favoráveis em situações como: agitação, desorientação e memória prejudicada.

Proporcionar fé e esperança, presente no segundo fator do Clinical Caritas, também é um cuidado espiritual a ser oferecido ao idoso com demência que vive em ILPI. A esperança não significa reversão daquilo que não volta, mas, acreditar nas possibilidades e buscar a superação das adversidades (Menezes, 2019). Otimismo e esperança são emoções positivas, que motivam e energizam pessoas que enfrentam situações difíceis, estressantes e opressivas (Koenig, 2012).

Idosos com o avanço da fase da demência vão percebendo mudanças em suas vidas, principalmente quando vivem em ILPI, na qual apresentam com mais rapidez o aparecimento e intensidade dos sintomas da doença. Alguns fatores contribuem para o surgimento da doença na pessoa idosa institucionalizada, a exemplo da mudança do ambiente; afastamento dos familiares e amigos; ausência ou diminuição de contatos sociais na própria ILPI, levando ao isolamento, ausência de atividades que estimulem a cognição, entre outras.

Estudo revelou que o modo de ser cotidiano das pessoas idosas institucionalizadas tornou-se, na maior parte das vezes, pautado no isolamento, na reclusão e nas lembranças (REIS et al., 2019), condições que podem desencadear o surgimento de demências e o cuidado espiritual pode auxiliar no enfrentamento do seu novo modo de existir. Com as mudanças que ocorrem em suas vidas, a equipe de enfermagem e cuidadores devem estimular a pessoa idosa a manter a fé e esperança, que pode ser fortalecida através dos contatos que estabelecem nas ILPI.

Os cuidados dispensados à dimensão espiritual para a pessoa idosa com demência em ILPI estão em consonância com o Clinical Caritas (Watson, 2002). Níveis mais altos de espiritualidade e práticas religiosas privadas estão associados à progressão mais lenta da doença de Alzheimer. (Kaufman, Anaki, Binns e Freedman, 2007), assim, profissionais que cuidam de idosos em ILPI devem utilizar mais os recursos da dimensão espiritual em suas práticas, contribuindo não somente para progressão mais lenta da doença, bem como para melhoria da qualidade de vida desse segmento populacional com demências que vivem em ILPI.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar sobre o cuidado da enfermeira tendo como foco a memória prejudicada de pessoas idosas que vivem em ILPI oportunizou refletir que sua atuação deve ir além dos conhecimentos teóricos pautados nas necessidades biológicas. É notória a importância de aprofundar o estudo sobre o tema, e isso será possível através da busca por experiências que se debruçam sobre o mesmo, as quais trarão possibilidades de abordagens na prática, considerando o embasamento de acordo com valores humanistas.

Diante dessa implicação, um dos primeiros aspectos que é preciso destacar é a formação do profissional enfermeiro, que ainda permanece marcada pelo modelo curativista. No entanto, é necessário que a enfermeira realize ações que possam garantir a integração da pessoa idosa de acordo com o grau de memória prejudicada apresentada por ela, integração essa que inclua, além dos outros moradores da instituição, familiares e toda a equipe que atua nestes serviços.

Além disso, é relevante ampliar o olhar diante da pessoa idosa vista não apenas como um ser bio-psico-social, sobretudo, incluindo a necessidade espiritual. Isto requer se despir de quaisquer preconceitos, e propiciar que tenha garantida sua autonomia em solicitar atividades que permitam exercer sua espiritualidade.

Diante do exposto, a memória prejudicada é uma das urgências no cuidado da enfermeira à pessoa idosa que vive em ILPI. Este cenário precisa de muita dedicação, pois algumas vezes, idosos em situação de demência não podem decidir por si, não conseguem interagir e/ou são totalmente dependentes, transformando o cuidado em manutenção das necessidades humanas básicas que aparecem como demandas a serem resolvidas de maneira pontual.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, M.C.S., Nascimento, L.O., Lyra, S.T., Trezza, M.C.S.F., e Brêda, M.Z. (2012). Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de instituição de longa permanência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 42(4): 404-13. Recuperado de: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a21.htm>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016, p. 229
- Cordeiro, Q., Zung, S., e Vallada, H.P. (2008). Genética das demências. *Arquivos médicos*, 53(1), 24-30. Recuperado de: <http://189.125.155.35/index.php/AMSCSP/article/view/386/438>
- Evangelista, C.B., Lopes, M.E.L., Costa, S.F.G., Abrão, F.M.S., Batista, F.S.S., Oliveira, R.C. (2016). Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 20(1): 176-82. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0176.pdf>
- Fagundes, K.V.D.L., Esteves, M.R., Ribeiro, J.H.M., Siepierski, C.T., Silva, J.V., E Mendes, M.A. (2017). Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento de pessoas idosas. *Revista de Salud Pública*, 19 (2): 210-214. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n2/0124-0064-rsap-19-02-00210.pdf>
- Herdman, H., e Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2018-2020*. Porto Alegre: Artmed.
- Jesus, I S. Sena, E. L. S., Meira, E. C., Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M. (2010). Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*; 31(2):285-92. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/12.pdf>
- Kaufman, Y., D, M, e Freedman, M. (2007). Cognitive decline in Alzheimer disease. Impact of spirituality, religiosity, and QOL. *Neurology*; 68:1509-14. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17470754>
- Koenig, H.G. (2012). *Ciência, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre; L&PM.

- Luchetti, G. Luchetti, A.L.G., Bassi, R.M., Nadri, F., e Nacif, S.A.P. (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre os diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1):159-67 Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a16v14n1.pdf>
- Marques, A.K.M.C., Landim, F.L.P., Collares, P.M., e Mesquita, R.B. (2011). Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*; 16 (Suplemento 1): 945-55. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16suppl1/945-955/pt>
- Medeiros FAL, Félix, LG, e Nóbrega MML. (2016). Processo Clínico Caritas em oficinas para cuidadores de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 69(6), 1059-66. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0359>
- Menezes, T.M.O. (2019). O cuidado a dimensão espiritual do paciente em palição: uma prática em ascensão. In: Souza, R., Malagutti, W., Amaral, J.B. *Enfermagem em cuidados paliativos*. São Paulo: Martinari.
- Miranda, G.M.D., Mendes, A.C.G., e Silva, A.L.A. (2016). Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 507-519. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>
- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA I: definições e classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- Oliveira, P., Rodrigues, A., Amaral, J., Kubo, M., e Silveira, E. (2018). A humanização da assistência na ótica de profissionais que cuidam de idosos. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*; 20(2). Recuperado de: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-2.haop>
- Parmera, J.B., e Nitrini, R. (2015). Demências: da investigação ao diagnóstico. *Revista de Medicina*, 94(3):179-84. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/108748/107177>
- Pestana, I. C., Caldas C. P. (2009). Cuidados de enfermagem ao idoso com demência que apresenta sintomas comportamentais. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 62(4): 583-7. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/15.pdf>

- Reis, C.C.A., Menezes, T.M.O., Freitas, A.V.S., Pedreira, L.C., Freitas, R.A., e Pires, I.B. (2019). Being an institutionalized elderly person: meaning of experiences based on Heidegger's phenomenology. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 72(0):00-00. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167->
- Rodríguez-Martín, B., Martínez-Andrés, M., Notario-Pacheco, B., e Martínez-Vizcaíno, V. (2016). Conceptualizaciones sobre la atención a personas con demencia en residencias de mayores. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(3), e00163914.. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00163914>
- Scortegagna, H.M., Pilcher, N.A., y Faccio, L.F. (2018). Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(3): 304-311. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000300293&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000300293&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Silva, C.M.C., Valente, G.S.C., Bitencourt, G.R., e Brito, L.N. (2010) A teoria do cuidado transpessoal na Enfermagem: Análise segundo Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 15(3): 548-51. Recuperado de: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18902>
- Veras, S.M.B.C. (2018). O cuidado da enfermeira a dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada. (Tesis de maestría no publicada). Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto – Enfermagem*; 16(1): 129-35. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>
- Zenevich, L., Moriguchi, Y., e Madureira, V.S.F. (2013). A religiosidade no processo de viver envelhecendo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 433-439. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200023>



## REVISTA EUREKA

### POLÍTICA EDITORIAL

#### INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

Los siguientes lineamientos son especialmente importantes para someter artículos a publicación. El estilo de los manuscritos debe adherirse estrictamente al estilo estándar del Manual de Publicación de la Asociación Psicológica Americana, APA (6ta Edición, 2010).(<http://apastyle.apa.org/>)

#### Los investigadores deben seguir los siguientes pasos:

1. Envíe su artículo por correo electrónico a: [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) y a [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com). En el mail escriba una carta de presentación donde especifique los siguientes datos del autor: el nombre, la afiliación, la dirección electrónica, el domicilio y el número telefónico con quien se mantendrá la correspondencia. El manuscrito debe estar en formato de **WORD** y debe enviarse como un solo archivo adjunto a la carta de presentación.
2. Firme el Contrato de Originalidad y Autorización para Publicación (Anexo 3) y envíelo adjunto al artículo vía correo electrónico a: [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) y a [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com).
3. Escriba el manuscrito a espacio doble (incluyendo los resúmenes, referencias, títulos de las tablas y leyendas de las figuras), tamaño 12 times New Roman. Ponga en cursivas el texto que debe aparecer así. El manuscrito no debe exceder el número de páginas según la modalidad presentada, incluyendo tablas y figuras y referencias. Las tablas y figuras no deben exceder de 5 cada una, y su formato debe permitir modificaciones.
4. Primera página: debe incluir el título como se muestra en el ejemplo anexado, debe continuar el encabezado del título con el resumen, luego el abstract y las palabras claves. Páginas subsiguientes: el texto, incluyendo una Introducción (no rotulada como tal), seguida por antecedentes o estado del conocimiento, problema, hipótesis, objetivos, método, resultados, discusión y las referencias.
5. Estilos para citas en el texto y listado de referencias:
  1. No usar notas o citas al pie de página. Ejemplos para citar en el texto:
    - De acuerdo a Blundell (1981), toda conducta tiene lugar en un contexto de...
    - ...la noefenfluramina ha mostrado inhibir la alimentación (Grinker, Marinescu y Leibowitz, 1982; Leibowitz y Shor-posne, 1986; Levitsly y Troyaño, 1992).
  2. Las referencias deben ir en orden alfabético, verifique que todas las citadas en el texto estén nombradas, al final, en las mismas, y en el siguiente estilo:
    - **Artículo de Revista:** Raymond, M.J. (2009). The treatment of addiction by aversion conditioning with apomorphine. *Behavior Research and Therapy*, 3, 287-290.



- **Libro:** Hernández, S.R., Fernández, C. y Baptista, L.P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- **Capítulo de Libro:** Garattini, S., Mennini, T., Bedetti, C., Invernizzi, R. y Samanin, R. (2000). Neurochemical mechanism of action of drugs which modify feeding via the serotonergic system. In S. Nicolaidis (Ed.) *Serotonergic System Feeding and Body Weight Regulation* (pp.15-38). London: Academic Press.
- **Artículo publicado en Internet:** Moreno, J. (2005). *Maltrato infantil: un estudio sobre la familia, la red de apoyo social y las relaciones de pareja*. Recuperado de [http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos\\_infantiles/22714/](http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/22714/)
- **Tesis no publicada:** Carlbom, P. (2000). *Carbody and passengers in rail vehicle dynamics*. (Tesis doctoral no publicada). Instituto Tecnológico Royal. Estocolmo, Suecia.
- **Tesis publicada en la web:** Buckman, A. (1997). *MOOS Crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids*. (Tesis doctoral). Massachusetts Institute of Technologic. Recuperado de <http://www-static.cc.gatech.edu/asb/thesis>

Los formatos adicionales de las referencias al final del texto se pueden consultar en: <http://apastyle.apa.org/>

Finalmente, antes de enviar su artículo a arbitraje, vuelva a asegurarse de que su manuscrito se adhiere en todas sus secciones a los criterios de la Revista y al estilo de publicación de la APA (6ta Edición, 2010).

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE CADA SECCIÓN

**Resúmenes (español e inglés):** El resumen debe contener una descripción del procedimiento, los principales hallazgos y las conclusiones del estudio. El resumen en inglés debe escribirse en un perfecto inglés y no debe exceder de 150 palabras. No utilice abreviaciones y evite incluir citas, excepto para enfatizar un punto importante.

El resumen en español debe coincidir exactamente con la versión en inglés y no exceder 150 palabras. Se recomienda que los autores de habla hispana consulten con una persona bilingüe y preferiblemente con una persona cuyo idioma natal sea el inglés para redactar su resumen.  
**Palabras Clave:** Liste un máximo de cinco palabras clave, en orden descendente de importancia.

**Introducción:** En la introducción (que no debe rotularse como tal), se debe reseñar la literatura de investigación directamente pertinente al estudio e identificar el problema de investigación. La introducción debe conducir lógicamente al propósito del estudio.

**Método:** La descripción del método debe permitir que el lector repita el estudio. El método debe estar subdividido únicamente en las siguientes tres secciones:

**Participantes** (en el caso de humanos) o **Sujetos** (en el caso de animales): En esta sección se deben describir las características relevantes de los participantes o sujetos.



**Instrumentos y materiales:** Debe incluir información sobre las pruebas o inventarios que utilizó (número de reactivos, escala, datos sobre su validez y fiabilidad, etc.) y/o información acerca del tipo de aparatos utilizados (marca, proveedor, etcétera).

**Procedimiento:** Esta sección debe describir organizada y ordenadamente el diseño aplicado, el procedimiento que se siguió, paso a paso: instrucciones, procedimientos de manipulación de variables y de medición y aplicación instrumentos, etcétera.

**Resultados:** Esta sección debe describir coherente, organizada y objetivamente los efectos de las variables independientes sobre las dependientes, o las variables en correlación o cualitativas en descripción. Los resultados deben presentarse en el mismo orden en el que se plantearon las preguntas de investigación. Como complemento a lo descrito, se presentan las tablas y/o figuras con su respectivo título y numeración. Se aceptan como máximo no más de 5 en cada categoría, deben mantener tipo y tamaño de fuente y en formato modificable, conforme APA, 2010

**Discusión:** En este apartado destacar, los aspectos más novedosos e importantes, así como la interpretación y análisis de las implicancias de los resultados. Relacionar y comparar los hechos observados con la hipótesis u objetivos, marco teórico y antecedentes referidos en la introducción, aclarando excepciones, contradicciones o modificaciones (sin hacer uso de terminología estadística). Señalar las aplicaciones prácticas o teóricas de los resultados encontrados. Finalmente, se deben de presentar además los factores no controlados que pueden afectar los resultados. Este rubro finaliza con la presentación de las conclusiones.

**Referencias bibliográficas:** Seguir orden alfabético, mantener el tipo de fuente y aplicar Normas APA, 2010.

### **EJEMPLO: del Título, Titulillo y Encabezado**

---

## **“Relación entre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios”**

### **Relationship between Depressive Indicators and Irrational Beliefs in College Students**

**Investigadora Titular:** Norma Coppari<sup>[1]</sup>

**Investigadores Auxiliares:** Benítez, S.; Benítez, S.; Calvo, S.; Concolino, C.; Galeano, S.; Gamarra, R.; Garcete, L.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”<sup>[2]</sup>

---



## Resumen

La presente investigación de tipo descriptivo-correlacional tiene el objetivo de describir la relación entre las creencias irracionales e indicadores depresivos en estudiantes universitarios. La muestra está compuesta por 94 estudiantes del curso de admisión, seleccionados a través de una técnica no probabilística de muestreo intencional y de participación voluntaria de una Universidad Privada de Asunción, Paraguay. Los instrumentos aplicados son el Inventario de Creencias Irracionales de Ellis (1962) y el Inventario de Depresión de Beck (1996), para luego establecer la relación existente entre ambas variables. El análisis y procesamiento de los datos aplicó técnicas de estadística descriptiva e inferencial. En el Inventario de Beck no se observan diferencias significativas en relación al sexo. En el inventario de Ellis los valores medios más altos en ambos sexos se hallaron en el patrón 6. Las correlaciones más significativas, en sentido positivo, con el Inventario de Beck se hallaron en orden descendente para el patrón de ideas 9, 2 y 7.

*Palabras clave:* Inventario de depresión de Beck, Creencias Irracionales de Ellis, Correlación, Estudiante.

## Abstract

The following investigation descriptive-correlational type has the objective to describe the relationship between irrational beliefs and depressive indicators on university students. The sample is composed with 94 Admission Course students (n=94); selected through a non probabilistic sample of intentional sampling and voluntary participation from a Private University of Asuncion, Paraguay. The instruments that were used are the "Irrational Beliefs Inventory" from Ellis (1962) and "Depression Inventory from Beck (1996)", to stablish the relationship between both variables obtained with those instruments. For the analysis and data processing we applied descriptive and inferential statistics techniques. On Beck's Inventory there were not found significant differences in relation of sex. On Ellis inventory, the highest standard medias where found on pattern 6. The most significant correlations with Beck's Inventory were found, in descending order for the pattern 9, 2 and 7 in positive direction.

*Key words:* Irrational Beliefs, Depression, correlation, students, admission course.

## Abstract o Resumen en Ingles

Debe contener lo mismo que el resumen en español, pero en traducción técnica al idioma ingles.



## LISTA DE CHEQUEO

<b>CRITERIO Los siguientes puntos debe tener el artículo:</b>	
1. <b>Formato Word</b> - Espacio doble.	
2. <b>Fuente:</b> Times New Roman.	
3. <b>Tamaño de fuente:</b> 12.	
4. <b>No excede de 20 páginas</b> (incluyendo tablas y figuras).	
5. <b>Tablas y figuras:</b> abiertas, no más de 5 en cada categoría. Mantener tipo y tamaño de fuente y en formato modificable.	
6. <b>Sangría en cada párrafo y espacio de un renglón entre cada párrafo.</b>	
7. <b>Primera Página:</b>	
-Título	
-Encabezado del Título	
-Resumen – temas en el siguiente orden, sin rotulación:	
*Descripción del Procedimiento.	
*Principales hallazgos.	
*Conclusiones	
-Abstract: máximo 150 palabras.	
-Palabras Claves: máximo 5 palabras, en orden descendente de importancia.	
8. <b>Páginas Subsiguientes:</b> Texto	
-Introducción (no rotulada).	
-Estado del Conocimiento (antecedentes).	
-Problema.	
-Hipótesis.	
-Objetivos.	
*Objetivo General.	
*Objetivos Específicos.	
-Método.	
• Participantes.	
• Instrumentos y materiales o Dispositivos.	
• Diseño.	
• Procedimiento.	
- Análisis y Discusión de Resultados.	
- Conclusiones, Sugerencias y Limitaciones.	
-Referencias Bibliográficas.	
9. <b>No tiene citas y/o notas al pie de página.</b>	

[1] Correspondencia puede ser remitida a [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) Dra. Norma Coppari (M.S., M.E.), Editora General de la Revista EUREKA-CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, UC de Asunción-Paraguay

[2] Correspondencia puede ser remitida a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) Dra. Norma Coppari (M.S., M.E.), Editora General de la Revista EUREKA- CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, UC de Asunción-Paraguay.



## INDICE

### Prologo

Dra. María de Jesús Jiménez González

### Editorial

Norma B. Coppari.

### Artículos Originales:

Caracterización de la sintomatología depresiva en adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Celaya. **Autores:** Eloy Maya Pérez, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto y Marcela Ortega Jiménez. Universidad de Guanajuato, México.

Manejo de la incertidumbre en la paciente adulta joven en el área de tococirugía. **Autores:** EEMQ, Fátima Rivera-Ramírez, MCE, Maritza Lizeth Cárdenas-Rodríguez, MCE, María Esther Patiño-López y Dr. Eloy Maya-Pérez, Universidad de Guanajuato, Hospital General de San José Iturbide, Guanajuato, México.

Intervención de musicoterapia en la memoria de corto plazo del adulto mayor sin deterioro cognitivo. **Autores:** Pamela Ivonne Gutiérrez Carrillo, Dra. María de Jesús Jiménez González, Josep Jofré Fradera, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez y Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto. Universidad Autónoma de Sinaloa, México y Universidad de Guanajuato, México.

El efecto de una intervención educativa de enfermería sobre la intolerancia a la incertidumbre en la edad avanzada. **Autores:** Gretel Alexandra García Morán, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez y Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda. Universidad Autónoma de Sinaloa y Universidad de Guanajuato, México.

Efecto de una intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento en adultos de edad media. **Autores:** Ana Laura Carrillo Cervantes, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez, Dr. Héctor Daniel Vega Macías, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto, María de Jesús Jiménez González y María de los Angeles Villareal Reyna. Universidad Autónoma de Coahuila, México y Universidad de Guanajuato, México.

Deterioro cognitivo e independencia del adulto mayor en el centro de México. **Autores:** Alejandra Alicia Silva Moreno, Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda, Vicente Beltrán Campos y Dra. Marisol Silva Vera. Universidad de Guanajuato, México.

### Artículos Teóricos y Estudio de Casos:

Intervención con terapia de arte para disminuir las resistencias en el proceso psicoterapéutico, en paciente con diagnóstico de agorafobia. **Autores:** Erick Nayib Martín Lemus García, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto, Victoria Karimme Ramírez Martínez, Lic. Francisca del Carmen Junco Méndez y Dra. Marcela Ortega Jiménez, Universidad de Guanajuato, México.

¿Psicología sin palabras? Reseña del uso de la energía sonora en la musicoterapia de Rolando Benenson. **Autores:** Fernanda Alexa Jamaica Razo, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto y Dra. María de Jesús Jiménez González, Universidad de Guanajuato, México.

El héroe oscuro y el antihéroe de novela gráfica: Modelos éticos para los adolescentes en la complejidad contemporánea. **Autores:** David Adrián Rico Rivera, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto, Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda, Universidad de Guanajuato, México.

Neurobiología y neuroquímica de la conducta impulsiva. **Autores:** Maritza Lizeth Cárdenas-Rodríguez, Dr. Vicente Beltrán-Campos, Dra. María de Lourdes García Campos, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez y Dra. Sandra Nelly Jiménez García, Universidad de Guanajuato, México.

Pre-comprensión fenomenológica del duelo y muerte en el adulto mayor: reflexión para el cuidado enfermero. **Autores:** Dr. Raúl Fernando Guerrero Castañeda, Teresa Castañeda Flores, María de Jesús Jiménez González y Tânia Maria de Oliva Menezes. - Universidad de Guanajuato, México - Hospital General Rincón de Romos, México - Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Cuidados psicossociais e espirituais da enfermeira ao idoso com demência que vive em instituição de longa permanências: algumas reflexões. **Autores:** Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes, Adriana Valéria da Silva Freitas y Raúl Fernando Guerrero Castañeda. Universidade Federal da Bahia, Brasil y Universidad de Guanajuato, México.

### Política Editorial.



CDID

Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica

EUREKA Órgano Oficial de Comunicación Científica del CDID