

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
FACULTAD DE SOCIEDAD, CULTURA Y CREATIVIDAD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y CULTURA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA, TALENTO HUMANO Y SOCIEDAD

INTERVENCIÓN HUMANISTA PARA MEJORAR LA PERCEPCIÓN DE BIENESTAR
SUBJETIVO EN LA ADULTEZ TARDÍA: ESTUDIO DE CASO

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO

PRESENTA:

Gina Andrea Reyes Vanegas

ASESORA:

Carolina Jurado Bernal

PhDc. Desarrollo Psicológico, Aprendizaje y Salud

Enero, 2019

INDICE GENERAL

Resumen	6
Introducción	7
Revisión de la literatura	9
Calidad de vida	9
Vejez	10
Bienestar subjetivo	12
Duelo	13
Teoría humanista	15
Terapia centrada en la persona: Técnicas de intervención	16
Estrategia metodológica	18
Resultados	22
Discusión y conclusiones	27
Bibliografía	29

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Plan de intervención	23
-------------------------------------	----

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evaluación pre y post Inventario de Beck	25
Figura 2. Evaluación pre y post test Escala de reajuste psicosocial	25

RESUMEN

La presente investigación indaga la relación entre los factores asociados al bienestar subjetivo del adulto mayor y el efecto de una intervención clínica planteada desde la terapia centrada en el cliente. El objetivo se orientó al diseño de un plan de tratamiento encaminado a favorecer el bienestar subjetivo de un participante adulto mayor residente en la ciudad de Bogotá. Para su planteamiento se estableció una línea de base con la entrevista semiestructurada, el Inventario de calidad de vida, la Escala de evaluación de reajuste social y el Inventario de Beck, con el fin de identificar otras variables que pudiesen afectar la calidad de vida del participante. Los resultados obtenidos tras la evaluación post intervención señalan la efectividad del plan de intervención realizado a partir de los resultados obtenidos y la mejoría que siente la participante al proceso realizado a partir del cual percibe buena calidad de vida sin temor al envejecimiento y con una fuerte red de apoyo. Se recomienda realizar mayores investigaciones con esta población que permitan modificar su percepción frente a lo que significa envejecer y los cambios que esto trae consigo en pro de la calidad de vida del adulto mayor.

PALABRAS CLAVE: Bienestar subjetivo, calidad de vida, teoría humanista, envejecimiento, intervención psicológica.

INTRODUCCIÓN

Asociado a los cambios en la pirámide poblacional, situando a los adultos mayores en proporciones mucho mayores que las tradicionalmente reportadas, el interés científico en las problemáticas asociadas al envejecimiento y la calidad de vida han empezado a ser el foco de atención. Estos cambios demográficos se asocian a los avances de la ciencia de diferentes disciplinas que derivan en la necesidad de aumentar la respuesta gubernamental para mantener la calidad de vida de este grupo poblacional (Mella, Gonzales, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida, & Diaz, 2004)

La organización mundial de la salud (OMS) citada por Morales (2000), calcula que la prevalencia de enfermedades mentales en personas mayores suele encontrarse en cerca del 30%, hallando la depresión y las demencias con frecuencias mayores en personas de 65 años en adelante.

Al respecto de los cuadros depresivos es importante complementar que dicha prevalencia suele ser mayor en población con manejo hospitalario que ambulatorio y se presenta de manera más frecuente en mujeres siendo además relevante reconocer la comorbilidad con cuadros ansiosos (Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina, & Velasco-Rodríguez, 2007).

Así mismo, en un estudio realizado en México, en el 2007, conformado por 82 participantes (37 hombres y 45 mujeres), se encontró que 34 participantes mostraban indicadores de depresión, sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre el sexo y estado civil de los participantes. La Escala de Depresión Geriátrica mostró una consistencia interna de $r = .8496$ (Acosta & García, 2007).

Derivado de lo anterior, resulta necesario hablar acerca de la depresión, la cual según Molina & Arranz (2010), hace referencia a la vivencia de sentimientos de tristeza de manera

persistente por un periodo que se extiende cerca de dos semanas y que afecta por lo general los diferentes entornos de interacción del individuo. Adicionalmente, afecta la percepción de estima del individuo y sus esquemas de pensamiento.

Es importante señalar que en el caso de los adultos mayores las manifestaciones de los cuadros depresivos varían de manera significativa siendo habitual alteraciones psicosomáticas reflejadas en aumento o disminución de peso y afectación a nivel cognitivo en términos atencionales, de pensamiento y lenguaje. De acuerdo con lo anterior, el cuadro puede acentuar el impacto en la vida del individuo si se consideran las enfermedades previas que pudiera tener derivadas del deterioro normal propio de la edad (Morales , 2000).

Es por ello que la presente investigación, se orienta a diseñar y ejecutar un plan de intervención humanista desde la terapia centrada en el cliente, para favorecer la percepción del bienestar subjetivo de un adulto mayor residente en la ciudad Bogotá, con el fin de aportar una visión acerca de lo que significa llegar a la vejez y lo que implica convertirse en adulto mayor respecto a los cambios biológicos, cognitivos, sociales, familiares, entre otros, a los que esta población se enfrenta; orientando el discurso en el reconocimiento que, llegar a la vejez no necesariamente implica enfermedad o sufrimiento, y como a través de la conceptualización del bienestar subjetivo, se puede establecer y evaluar algunas hipótesis preliminares asociadas a la percepción que tiene el adulto mayor de su propio bienestar subjetivo, para finalmente establecer unos objetivos terapéuticos sujetos a intervención que permitirán responder a la pregunta problema de esta investigación ¿Un plan de intervención de corte humanista desde la terapia centrada en el cliente puede favorecer la percepción del bienestar subjetivo de un adulto mayor residente en la ciudad de Bogotá?

REVISIÓN DE LITERATURA

Según Montes Castillo (2006), la aparición del concepto de calidad de vida y el interés generado en el ámbito científico es relativamente reciente, no obstante, las aproximaciones que se han hecho responden a cuestionamiento de diversas disciplinas (filosofía, sociología, psicología, economía, antropología, etc.) y, por esta misma razón, ha sido denominado de diferentes maneras: bienestar subjetivo, bienestar psicológico, satisfacción vital, felicidad, entre otros. Todos estos términos derivan de un origen común, así tengan pequeñas variaciones en su significado (Bisquerra, 2012).

Calidad de vida

Según Velandia (1994), la calidad de vida es el resultado de la interacción de diversas variables propias de la condición humana que satisfacen necesidades tales como la vivienda, el vestido, la alimentación, entre otros; dichas necesidades le permiten al individuo experimentar estados de bienestar multidimensional que, en el caso del adulto mayor, pueden favorecer o dificultar temas de salud física, emocional o mental. Complementando lo anterior, Martín (1994) refiere que en dicha valoración será indispensable considerar el grado de participación del individuo en los entornos sociales en los que se desenvuelve habitualmente.

Adicionalmente, O'Shea 2003 afirma: “la calidad de vida del adulto mayor debe ser compuesta por una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico e indagar al adulto mayor sobre como da sentido a su propia vida en el contexto cultural” (p. 8). Se considera que la percepción de calidad de vida será directamente proporcional a la percepción de paz y tranquilidad del individuo. Cuando esto no sucede y el individuo no se adapta a los múltiples cambios que se enfrenta, es la depresión un posible continuo, considerando que el bienestar emocional declina,

aspecto que se ve reforzado por dificultades en la realización de actividades de la vida diaria (Calderón, 1990, p. 92).

Vejez

Ahora bien, en la vida del adulto mayor, intervienen diversas áreas, especialidades y profesionales como médicos, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros. Específicamente en el área de la psicología, existen algunos aspectos prioritarios en los cuidados del adulto mayor entre los cuales se encuentra su funcionamiento psicológico (Acosta & García, 2007).

Han sido varios los autores que han hablado de desarrollo a lo largo del ciclo vital, uno de ellos es Havighurst (1972) citado por Fernández, Dolores , Martínez , & Moya (2007), quien hace énfasis en el adulto mayor, el cual incluye en la segunda madurez. Dicha etapa inicial desde los 65 años en adelante suele acompañarse de crisis normativas y no normativas a las que debe hacer frente el adulto. Derivado de lo anterior, la psicología evolutiva como disciplina en trabajo mancomunado con la psicología clínica, permiten comprender los procesos del envejecimiento y las repercusiones a fin de poder establecer planes de manejo interdisciplinar para responder a las necesidades de este grupo poblacional (Fernández, Dolores, Martínez , & Moya , 2007).

Si hay algo comúnmente aceptado en la psicología es que existe una marcada variabilidad en el comportamiento, cualquiera que sea este, y en esta medida no es posible homogeneizar los cambios derivados del envejecimiento y el impacto que puedan tener en cada individuo, encontrándose variaciones en términos orgánicos y funcionales más o menos acentuados en cada persona (Fernández, Dolores , Martínez , & Moya , 2007, p.16).

Al respecto, algunos autores mencionan que, en la última etapa de la vida, conocida como envejecimiento, se producen cambios en términos de masa corporal, funcionamiento

cardiovascular, respuestas inmunológicas, alteraciones que incrementan el riesgo de muerte en esta etapa de la vida (Perez & Navarro, 2011, p. 15).

En consecuencia, es innegable que nuestro cuerpo experimenta cambios a medida que nuestra edad avanza, como, por ejemplo, el sistema nervioso central (SNC), donde se produce una disminución en la masa cerebral como consecuencia de una pérdida de neuronas o disminución en su tamaño. Por otro lado, existen también cambios en el sistema nervioso autónomo (SNA), lo que produce una serie de cambios biológicos en la frecuencia del ritmo cardíaco, el control de actividades fisiológicas y el patrón de sueño. Así mismo, aparecen alteraciones en el sistema inmunológico como disminución en la producción de anticuerpos y errores en la formación de este (Escobar Izquierdo, 2001).

Adicionalmente, existen cambios en el sistema endocrino como riñón, páncreas, ovarios, etc., y en el sistema muscular y óseo (Perez & Navarro, 2011). Así, desde el punto de vista médico, es necesario aceptar que al llegar a los 65 años un individuo recibirá atención médica en la rama de la geriatría, que es la especialidad que se encarga del tratamiento, prevención y rehabilitación de enfermedades de esta edad (Villa Esteves, 2007. p. 7).

Por otro lado, durante la vejez, el contexto de las relaciones familiares y personales es básico para la socialización, contribuye a la definición de responsabilidades y funciones lo cual favorece el sentimiento de satisfacción. Las relaciones sociales le permiten al adulto mayor el desarrollo y la consolidación de la personalidad, hábitos sociales, reducción de estrés, soporte emocional, entre otros; de manera que se reconoce que el mantenimiento de relaciones con otras personas genera efectos beneficiosos sobre el bienestar físico y psicológico (Perez & Navarro, 2011. p. 15).

En la vejez, se considera la red social, como uno de los factores determinantes en el bienestar subjetivo del individuo, esta es definida como “*una práctica simbólico-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social*” (Salinas, Manrique, & Telléz, 2008. p. 164).

Bienestar subjetivo

García (2002) afirma que “el bienestar subjetivo representa la principal aportación de la psicología al estudio de la calidad de vida, este se da cuando experimentamos emociones positivas” (p, 5), por esta razón, esta área de estudio tiene tres elementos característicos que ayudan a una definición más específica. El primero de ellos es el *carácter subjetivo*, el cual reposa sobre la propia experiencia de la persona, el segundo es la *dimensión global*, la cual incluye una valoración sobre los aspectos propios de la vida y por último la *necesidad de inclusión de medidas positivas* (Diener , Sandvick , Seidlitz, & Diener , 1993).

Se debe mencionar que el termino de bienestar subjetivo, ha sido definido en múltiples ocasiones. En este sentido Veenhoven (1994), define el bienestar subjetivo como la percepción, positiva o negativa, que tenga el individuo frente a su vida, haciendo uso de evaluaciones cognitivas y afectivas en función de las expectativas y el nivel de agrado frente a la situación real. Específicamente, el componente cognitivo representa una desigualdad entre las aspiraciones del individuo y sus logros, mientras que el componente afectivo, es el que contiene el agrado o desagrado frente a lo vivido, por lo que ambos términos tienen una importante relación en la autoevaluación que el sujeto realiza (García, 2002).

Del mismo modo, uno de los objetivos del comportamiento humano es conseguir el bienestar subjetivo entendido como la felicidad, sin embargo, no se debe confundir felicidad con

bienestar subjetivo, ya que ambos tienen una definición distinta. Averill & More (1993), distinguen que la felicidad es un constructo teórico que como tal puede ser objeto de investigación científica, mientras que el bienestar subjetivo es una categoría descriptiva de carácter amplio. Por su parte, Bisquerra (2012), menciona que diversos autores alrededor del mundo han publicado listas de eventos y actividades que producen bienestar subjetivo en los individuos, así han creado una lista de más de trescientas causas (p.41). En 1987, se realizó una encuesta sobre las fuentes de satisfacción en la vida diaria, en las ciudades de Londres y Nueva York recogiendo así una muestra de 2.164 sujetos obteniendo los siguientes factores por orden de importancia: vida familiar, matrimonio, situación financiera, hogar, trabajo, amistades, salud y actividades de tiempo libre (Argyle, 1987, p. 127). Otros estudios han identificado las siguientes causas principales: 1) contactos sociales; 2) actividad sexual; 3) éxito, rendimiento; 4) Actividad Física; 5) naturaleza, lectura, música; 6) comer y beber (Strack, Argyle, & Schwartz, 1991. p.63).

Otro estudio realizado por la Universidad Nacional se encontró que existía relación entre las variables autonomía y soporte social, la salud fue el principal motivador para que los adultos mayores realizaran actividad física y que esta misma actividad física aumentaba los niveles de satisfacción personal, aumentando así la perspectiva de bienestar subjetivo (Mora, Villalobos, Araya, & Ozols, 2004. p. 32).

Duelo

Los seres humanos se caracterizan por establecer lazos de afecto con los demás, lo cual les permite en mayor o menor medida pasar por un proceso de duelo a partir de las relaciones que establecen con otras personas, por eso antes de hablar del duelo es importante mencionar el significado de apego.

John Bowlby, es la figura más representativa para hablar de apego y pérdida, ya que es quien en 2007 desarrolla la teoría, en la cual señala que los seres humanos tienden a establecer lazos emocionales con otros seres de su entorno y que esos lazos establecidos y desarrollados cuando se rompen y se ven amenazados, provocan fuertes reacciones emocionales en las personas. El apego se origina de la necesidad que tienen los seres humanos de tener sentimientos de protección y seguridad, sentimientos que se generan a temprana edad; a medida que el ser humano crece establece dichas relaciones de apego a partir de las experiencias vividas con las personas que le rodean y su entorno, si esas experiencias son positivas permitirán generar un sistema de apego estable, lo cual permitirá ser un adulto mentalmente estable (Maszlanka, 2007).

Por otro lado, la palabra duelo proviene del latín *dolus*, que significa dolor y se refiere a la reacción natural ante la pérdida de un objeto, persona o algún evento significativo, se relaciona directamente con la reacción emocional y de comportamiento a partir del vínculo afectivo que se rompe, lo cual además incluye factores sociales, físicos y psicológicos cuya duración e intensidad dependen directamente del significado de la pérdida (Gómez, 2018).

Al respecto, Cavanillas (2007) se aproxima al concepto haciendo referencia a un proceso de reorganización del individuo, caracterizado por reacciones conductuales derivadas del sentimiento de pérdida de un ser querido, que exige recursos cognitivos y afectivos para adaptarse a nuevas dinámicas de funcionamiento dependiendo del grado de cercanía existente previo a la pérdida (p. 12).

Es entonces, una respuesta afectiva, ya que conlleva a la exteriorización e implica sentimientos y actitudes en respuesta a la pérdida (llanto, tristeza, etc.) y una respuesta adaptativa ya que requiere una reacomodación debido a los cambios que produce dicha pérdida. A partir de

lo anterior, toda pérdida implica un desequilibrio temporal y le exige al individuo resignarse frente a las limitaciones de la vida (Maszlanka, 2007).

En esta línea, el duelo es considerado un proceso normal, el cual en un principio no requiere de fármacos ni intervención psicológica, siempre y cuando no se convierta en un duelo patológico o en un proceso el cual este afectando el día a día del individuo. Al igual que la muerte, el duelo es universal, desde la cultura más antigua y conservadora hasta la más moderna, lo cual de una u otra forma implica que se realicen diversos ritos o formas de despedir a las personas que fallecen.

Es importante mencionar que no todas las personas viven el proceso de duelo de la misma manera, por tal motivo no tiene una duración establecida considerando que varía en cada persona respecto a diferentes factores, por ejemplo, que tan cercano era el ser fallecido, hace cuanto se conocían, que tantas cosas compartieron, entre otros. Sin embargo, algunos autores como Ballesteros (2010) señalan que se esperaría el duelo dure entre uno o dos años, específicamente cuando se trata de una persona cercana y se considera que el individuo ha afrontado de forma adecuada el proceso del duelo cuando ha creado nuevos vínculos, teniendo en cuenta que unos meses después del fallecimiento del ser querido los síntomas y signos más agudos habrán ido perdiendo fuerza, permitiéndole adaptarse de nuevo a su día a día, recuperando el sueño, apetito y funcionamiento normal.

Teoría Humanista

A partir de lo mencionado las páginas anteriores, se pudo dar cuenta que no hay muchas investigaciones acerca del bienestar subjetivo en adulto mayor. Según la revisión bibliográfica, se

encontró la terapia humanista aparece en Estados Unidos como una tercera fuerza alterativa para el psicoanálisis y el conductismo hasta ahora imperantes. (Rosso & Lebl, 2006).

Uno de sus precursores, Abraham Maslow, afirma que todos los individuos nacemos con necesidades básicas que evolucionan a la necesidad de autorealizarnos; dentro de los aportes más grandes de este autor se destaca la pirámide de necesidades las cuales se caracterizan por tener componentes hereditarios y ser vulnerables a los procesos de aprendizaje de la vida cotidiana (Schultz & Schultz, 2000, p.80).

Otro gran impulsador del humanismo fue Carl Rogers, quien planteó una aproximación popular a la psicoterapia conocida inicialmente como terapia no directiva o centrada en el cliente y luego, como terapia centrada en la persona. Dicho enfoque resalta una única motivación en el individuo y esta se reconoce como la necesidad innata de realizarnos tanto en el ámbito biológico como psicológico (Schultz & Schultz, 2000, p. 81). En conclusión, dicha alternativa terapéutica apostará por la capacidad del ser humano y su independencia en función de las experiencias que hubiere vivido a lo largo de su existencia, de manera que el individuo, en esta búsqueda, optará por caminos que le permitan construir este proyecto de autorrealización (Rosso & Lebl, 2006).

Terapia Centrada en la persona: técnicas de intervención

Partiendo del reconocimiento que la hipótesis fundamental: es que en la terapia centrada en el cliente la persona humana tiene capacidad innata de auto-realización, este enfoque sostiene que mediante una relación positiva con el terapeuta será posible que el individuo encuentre los caminos más efectivos para lograr su desarrollo. De esta manera, Rogers plantea cinco características de un auténtico encuentro terapéutico, a saber, congruencia, empatía, interés positivo, percepción del consultante y aceptación incondicional (Prada, 1994. p.57).

En la visión humanista existen una serie de técnicas para la intervención, entre ellas está la consideración positiva y la empatía, estas son la base de la intervención en la cual el terapeuta participara sólo como un facilitador quien acompaña al paciente en un proceso de crecimiento que favorece el auto apoyo y desarrollo de los recursos personales, por consiguiente, la mejoría de la aflicción que lo aqueja (Sánchez Escobedo, 2008. p.305). Tal como lo propone Hales, Yudofky, & Talbott (2000) en la terapia humanista, la intervención psicológica se basa en la escucha, confidencialidad, empatía y respeto, favoreciendo así un clima confiable para el paciente (p.102.).

Otra técnica utilizada por la terapia humanista centrada en la persona es el reflejo que consiste en el parafraseo del terapeuta del discurso del cliente, operacionalizando las características empáticas mencionadas anteriormente de manera que se aumenta la posibilidad del individuo de hacer consciente su conducta y favorecer los procesos de autoreflexión que deriven en cambios en la situación actual (Rosso & Lebl, 2006, p.15). Según Mariscal (2004), existen 5 tipos de reflejos: reflejos simples, reflejos elucídatorios, reflejos de sentimiento, reflejos icónicos y reflejos evocativos

Finalmente, este enfoque utiliza el diagnóstico descriptivo con base a la orientación fenomenológica de manera que, desde una postura neutral, el terapeuta explica al cliente su situación para que este elabore su propia consideración y analice como esta circunstancia favorece o no el proceso de desarrollo al cual innatamente tiende el individuo (Sierra, 1998. p.437).

Metodología

Diseño:

El diseño según lo plantea Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio (2010), es aquella estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere, en el caso de este proyecto fue experimental; ya que se manipularon las variables. Así, entonces, fue un diseño experimental, de tipo transversal (se recopilaron datos en un momento único) con un alcance descriptivo (p.127).

Participante:

La muestra está conformada por un adulto mayor de género femenino de 65 años, residente en la ciudad de Bogotá. Tiene como antecedentes médicos gastritis crónica, problemas de columna y tiroides; no ha participado en estudios similares ni ha asistido a terapia psicológica anteriormente. La elección del participante se realizó de manera no probabilística intencional, se tuvo en cuenta como criterio de inclusión que la participante tuviera una edad a partir de los 60 años y disponibilidad de participar en el estudio.

Instrumentos:

Para esta investigación se utilizaron cuatro instrumentos: Entrevista semiestructurada, Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), la Escala de evaluación de reajuste social y el Inventario de depresión de Beck, de los cuales se hablará a continuación.

La entrevista según Hernández y cols (2010, p. 418), es definida como la reunión para intercambiar información entre el entrevistado y el entrevistador, en donde, además, se logra una comunicación y construcción conjunta de significados sobre un tema. Sin embargo, es importante

realizar que en esta investigación se realizó una entrevista semiestructurada, la cual se basa en una guía de temas y preguntas específicas. En este tipo de entrevistas, el entrevistador tiene la posibilidad de introducir preguntas adicionales, las cuales le permitirán profundizar en aquellos aspectos que resulten relevantes.

El Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), es un instrumento que tiene como objetivo medir la calidad de vida en cualquier condición crónica o aguda. No tiene un rango de edad delimitado.

El instrumento fue creado por Riveros, Sánchez, & Aguila en el año 2009, en la ciudad de México. El Inventario de Calidad de Vida y Salud, evalúa 12: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico, la aplicación del instrumento es individual y el tiempo de aplicación dura entre 15 y 20 minutos. Según Carrasco, Salazar, & Merino (2004), comparativamente con otros instrumentos esta herramienta muestra indicadores de confiabilidad, validez y sensibilidad al cambio mucho más consistentes, criterio que sustenta la elección para la presente investigación

Así mismo, se utilizó la Escala de evaluación de reajuste social la cual fue desarrollada por Thomas Holmes y Richard Rahe (1994), esta evalúa los 43 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés en la vida de cualquier tipo de persona, su aplicación consta en anotar el valor que corresponde con cada una de las situaciones enumeradas registrando las que se han presentado en el último año.

Finalmente, se utilizó el inventario de depresión de Beck, creado por Beck, Ward Madelsohn, Moch y Erbanh en 1965, fue desarrollado como un instrumento heteroaplicado

compuesto por 21 ítems que evolucionaba la ansiedad del síndrome depresivo. Fue creado en Inglaterra, con la finalidad de la detección y cuantificación del síndrome depresivo en adultos con tendencia depresiva, no tiene un límite de tiempo para su aplicación (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1965).

Procedimiento:

Para la realización de esta investigación se hizo necesario tener en cuenta como primer punto, la elección del participante que sería considerado para el estudio, una vez encontrado al sujeto con las características apropiadas, en un primer acercamiento se le entregó el consentimiento informado y se hizo la respectiva explicación de lo que se iba a realizar. Posteriormente, se realizó una entrevista inicial con el sujeto en cámara de Gessel, para así posteriormente realizar la aplicación de los instrumentos elegidos, dicha aplicación se llevó a cabo en las instalaciones de la universidad Politécnico Grancolombiano y, ocasionalmente en el lugar de vivienda de la participante ya que se presentaron algunas dificultades para su desplazamiento a la universidad.

Posterior a esta primera evaluación se establecieron los objetivos terapéuticos para cada una de las sesiones realizadas, un total de siete sesiones con una frecuencia de dos encuentros semanales.

Una vez finalizo la intervención, se volvió a realizar evaluación con los mismos instrumentos con el fin de identificar si a partir de la intervención desde la teoría humanista se pudo mejorar la percepción del bienestar subjetivo de la participante, mejorando así los diferentes aspectos que se encontraron en la evaluación inicial.

Finalmente, se realizó la respectiva retroalimentación del proceso realizado y se inició con la redacción del actual documento en donde se señalan los diferentes elementos encontrados durante este proceso de evaluación e intervención terapéutica.

Aspectos Éticos:

Reconociendo los principios de la ley 1090 del 2006 la presente investigación contó con una serie de características como la responsabilidad social, asegurando el bienestar de los participantes, la publicación de la investigación será de manera confidencial y se mantuvo el anonimato en la investigación (Congreso de la República, 2006). Para la investigación se utilizó un consentimiento informado, el cual menciona el propósito del estudio, las personas por las que es conducido, la institución universitaria, el docente que supervisa la investigación, la meta del estudio menciona el anonimato que se tuvo en cuenta y el tiempo aproximado de realización.

RESULTADOS

Pre - Test

En los resultados de la aplicación del Inventario de depresión de Beck, la señora F obtuvo una puntuación directa total de 25, lo cual la ubica en un cuadro depresivo moderado, dentro de lo cual se manifiesta tristeza en la mayor parte de su tiempo, insatisfacción con diferentes aspectos de su vida, irritación fácil, llanto continuo, alteraciones en el sueño, pérdida de interés en algunas actividades, entre otros.

En los resultados de la escala de reajuste psicosocial, la señora F obtuvo una puntuación de 203, por lo cual está en riesgo de experimentar trastornos psicosomáticos por diferentes situaciones de su día a día que afectan directamente su calidad de vida.

Finalmente, en el InCaViSa, la señora F manifiesta preocupaciones por aspectos como la difícil crianza de su hija adoptiva, los quehaceres de la casa y las posibilidades de una enfermedad que afecte directamente a su núcleo familiar; por otro lado, menciona tener un desempeño físico disminuido ya que se le dificultan realizar algunas actividades que anteriormente realizaba con facilidad; tiene afectación en sus funciones cognitivas, principalmente en memoria y atención; buenas relaciones sociales y familiares aunque con dificultades de comunicación y poca participación en toma de decisiones, y, dependencia médica toda vez que padece de algunas enfermedades que le exigen frecuentar a su médico tratante.

Para finalizar, en la evaluación que realizó SF sobre su calidad de vida, manifiesta que se siente bien y tranquila. Lo cual no es lo suficientemente coherente con lo que durante la entrevista manifestó y el impacto emocional que diversos factores le estaban generando, disminuyendo así su calidad de vida.

Se identifica que a pesar de las enfermedades que la participante tiene, estas no son realmente lo que le agobia o afecta en su diario vivir. Dentro de los aspectos importantes que ella mencionó, se rescatan situaciones como las que vive con su yerno y la crianza de sus nietos, la difícil crianza de su hija adoptiva diagnosticada con un déficit cognitivo leve y la carga que a diario tiene, lo cual en muchas ocasiones no le permite por lo menos conciliar el sueño.

Menciona también que se siente a gusto con su familia y el apoyo que le brindan. Sin embargo, es algo que a lo largo de las sesiones ha generado controversia cuando menciona que prefiere no meterse en determinadas situaciones porque no será tenida en cuenta su opinión o porque puede desencadenar problemas peores o, también, cuando a pesar de vivir con sus dos hijas en la misma casa es en ella que recaen las labores domésticas, en donde además menciona ejemplos en los cuales algún familiar ha tenido la posibilidad de colaborarle y no lo ha hecho.

En términos generales, a través del análisis de los instrumentos utilizados se identifica que la señora F, actualmente está atravesando un cuadro depresivo derivado de la muerte de su esposo, acentuado con una serie de factores que disminuyen su calidad de vida como las dinámicas familiares, su red de apoyo, salud y la forma en que ahora ve el mundo a partir de los recientes cambios que ha tenido que afrontar. A partir de los resultados descritos se plantea el plan de intervención descrito en la tabla 1.

Tabla 1: Plan de intervención

Hipótesis	Objetivos Terapéuticos	Técnica
Cuadro depresivo probablemente relacionado con duelo por la muerte de su esposo	Facilitar la resolución del duelo por fallecimiento de cónyuge	Actitud no directiva Técnica de Reexpresión (La reformulación como

		inversión de la relación figura – fondo) - Silla vacía
Dificultades en la dinámica familiar, probablemente relacionadas con canales de comunicación inefectivos	Entrenar en estrategias de comunicación asertiva	Técnica de Reexpresión (Comportamientos – tipo en la entrevista) Teoría de la personalidad
Disregulación emocional probablemente relacionado con dificultades en la crianza de su hija adoptiva	Psicoeducar en estrategias parentales asociadas a la crianza de niños escolares con las características propias de su entorno familiar	Técnica de Reexpresión (La reformulación – clarificación propiamente dicha) - Lista de conductas dominantes en su hija adoptiva - Economía de fichas
Alteración en el funcionamiento cognitivo probablemente relacionado con cuadro depresivo	Trabajar en las anteriores tres problemáticas para que se mejore su funcionamiento cognitivo	

Fuente: Elaboración propia

Post - Test

En los resultados de la aplicación del Inventario de depresión de Beck, la señora F obtuvo una puntuación directa total de 11, lo cual la ubica en un cuadro no depresivo. Se evidencia mejoría en la aplicación anterior y actual en cuanto a la tristeza constante y la insatisfacción con los diferentes aspectos de su vida que en sesiones pasadas mencionaba (Figura 1).

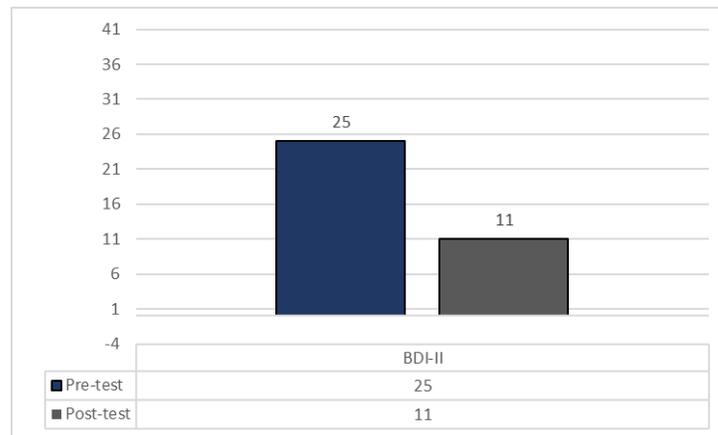


Figura 1. Evaluación pre y post test Inventario de Beck
Fuente: Elaboración propia

En los resultados de la escala de reajuste psicosocial, la señora F obtuvo una puntuación de 112, por lo cual no se encuentra en riesgo de experimentar trastornos psicossomáticos que afecten directamente su calidad de vida (Figura 2).

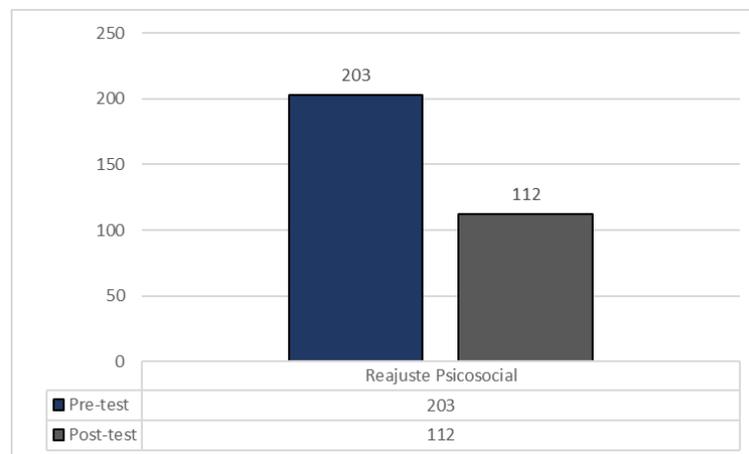


Figura 2. Evaluación pre y post test Escala de reajuste psicosocial
Fuente: Elaboración propia

Finalmente, en el InCaViSa, la señora F manifiesta las preocupaciones en cuanto a la crianza de su hija adoptiva han disminuido puesto que su núcleo familiar le ha brindado apoyo y

se encuentra al pendiente de esta tarea con ella; ha mejorado su desempeño físico, logrando así realizar diferentes actividades sin cansarse demasiado y cumpliendo con los objetivos que se ha propuesto como por ejemplo, realizar los mandados sin fatigarse demasiado o visitar a personas cercanas sin presentar mayor dificultad; por otro lado, tiene afectación en sus funciones cognitivas, principalmente en memoria y atención; sus relaciones sociales son muy buenas y, sus relaciones familiares han mejorado notablemente ya que se siente más tranquila al momento de brindar opiniones y siente que su intervención es tenida en cuenta para la toma de decisiones en su hogar, lo cual influyo positivamente en la comunicación con su núcleo familiar. La dependencia medica se mantiene ya que la señora F considera que su buena relación con el médico tratante es fundamental para su optimo estado de salud.

Para finalizar, en la evaluación que realizo a la señora F luego de la intervención realizada, señala que le ha aportado a la visión que tiene actualmente de su vida y de las personas más cercanas que le rodean, logrando así afrontar la muerte de su esposo que fue un acontecimiento que genero impacto en su vida y le permitió de una u otra forma acentuar en términos afectivos en diferentes aspectos pero que hoy ha logrado sobrellevar y sacar adelante de la mejor manera, junto con el acompañamiento que se le brindo durante la intervención y el apoyo de sus familiares, lo cual le ha facilitado todo el proceso de duelo y una mejoría notable en los aspectos mencionados anteriormente.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Con base en la pregunta problema ¿Un plan de intervención de corte humanista desde la terapia centrada en el cliente puede favorecer la percepción del bienestar subjetivo de un adulto mayor residente en la ciudad de Bogotá? se evidencia que a partir de las técnicas que el enfoque humanista propone se puede lograr una mejora en la calidad de vida de adultos mayores a pesar de las dificultades que se encontraron y las deficiencias que hoy existen en la literatura relacionadas con este tema.

A la fecha no se evidencian investigaciones realizadas con base en la terapia centrada en el cliente en población de adultos mayores. Sin embargo, se encuentra un estudio de caso realizado con base en esta técnica a un sujeto de 26 años quien asiste a consulta por su preocupación al futuro, por lo cual el objetivo de la terapia centrada en el cliente se basa en potencializar sus habilidades que le permitan poder afrontar las dificultades presentes y futuras. A lo anterior, la terapia resulta ser favorable ya que el sujeto se siente comprendido y aceptado lo cual le permite creer en él y afrontar lo que la vida traiga consigo (Rosso & Lebl, 2006).

Por otro lado, se identifica que estas técnicas aun en la actualidad no tienen suficiente fuerza y, por el contrario, son bastante criticadas debido a su subjetividad. Por lo anterior, se decide realizar este estudio de caso con base en la terapia centrada en el cliente, específicamente en población de adulto mayor debido a que no ha sido un tema estudiado pero si de gran importancia en la actualidad, debido a la preocupación que trae para el adulto mayor envejecer y los cambios que esto puede traer para su vida.

Por lo anterior, se evidencia que esta es una herramienta que permitió abordar el estudio de caso como inicialmente se planeó, teniendo en cuenta que la participante se sintió cómoda, lo cual permitió llevar el proceso terapéutico de forma idónea logrando así los resultados deseados inicialmente a través del cumplimiento de objetivos planteados para este caso; permitiendo de tal forma lograr una mejora en la percepción que la participante tenía acerca de su calidad de vida, logrando además, afrontar el duelo por el cual atravesó en el momento de la intervención y fortaleciendo su red de apoyo, lo cual hoy le permite disfrutar de su vejez e implementar los aprendizajes que el proceso terapéutico dejó en su vida. Adicionalmente la consultante refiere percibir el proceso realizado como una grata experiencia que le permitió adquirir herramientas en pro de la mejora de su calidad de vida y la de su núcleo familiar.

Por otro lado, durante la realización del estudio de caso se encontró como limitante la elección de los instrumentos ya que no existen hoy suficientes para evaluar adultos mayores. Así mismo, se evidencia que juega un papel fundamental el lugar donde se van a realizar las diferentes sesiones ya que el ambiente puede influir dentro del proceso terapéutico; por lo cual, se sugiere al momento de realizar cada sesión se cuente con el lugar adecuado y de fácil accesibilidad para el paciente, lo cual permitiría obtener mejores resultados.

Para futuras investigaciones, se recomienda en algunas sesiones el acompañamiento de sus familiares, con el consentimiento del paciente ya que esto permitirá fortalecer el proceso terapéutico a través de la interacción e implementación de herramientas que mejoren deficiencias familiares y, permitirá también, fortalecer dichos lazos familiares, especialmente cuando se está pasando por un duelo como sucedió en este estudio de caso.

Referencias

- Acosta, C., & García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y salud*, 17(2), 291-301.
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London: Routledge.
- Averill, J., & More, T. (1993). *Happiness*. Nueva York: Guilford.
- Ballesteros, R. (2010). *Musicoterapia y psicología aplicadas al duelo y la pérdida*. Mexico: Arnecyd.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1965). *Inventario de depresión de Beck*. Inglaterra: Paidós.
- Bisquerra, R. (2012). Educación emocional y bienestar. En R. Bisquerra, *Educación emocional y bienestar* (págs. 34-48). Mallorca: Wolters Kluwer.
- Calderón, G. (1990). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. En G. Calderón, *Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento*. Mexico: Trillas.
- Carrasco, B., Salazar, D., & Merino, J. (2004). Un inventario para medir calidad de vida familiar. *Revista Chil Salud Pública*, 8(1), 29-35
- Cavanillas, M. (2007). *Intervención en crisis en comunicación de fallecimiento e inicio del duelo*. Madrid: Circulo Rojo.
- Congreso de la República (2006). *Ley 1090*. Disponible en http://colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006.pdf
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research*, 28(3), 195-223.
- Escobar Izquierdo, A. (2001). Envejecimiento cerebral normal. *Revista mexicana de neurociencia*, 2(4), 197-202.
- Fernández, R., Dolores, M., Martínez, J., & Moya, R. (2007). *Qué es la psicología de la vejez*. España: Biblioteca Nueva.
- García, M. (2002). El bienestar Subjetivo. *Escritos De Psicología*, 6, 18-39
- Gómez, M. (2018). *El duelo y el luto* (págs. 8-30). Mexico: Manual Moderno.
- Hales, R., Yudofky, S., & Talbott, M. (2000). *Sinopsis de psiquiatría clínica*. Barcelona: Paidós.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

- Holmes , T., & Rahe, R. (1994). *Escala de Reajuste Social*. Obtenido de https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4805/bienestarij3.pdf
- Mariscal, S. (2004). *Ejercicios prácticos, supervisión del módulo psicoterapia humanista fonoexistencial*. Universidad Católica Bolivariana: San Pablo.
- Martín, E. (1994). *La prevención comunitaria*. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida, 7, Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid, España recuperado en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1994/vol1/arti2.htm>
- Martínez-Mendoza, J., & Martínez-Ordaz, V., & Esquivel-Molina, C., & Velasco-Rodríguez, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro social*, 45(1), 21-28.
- Maszlanka, M. (2007). *El duelo*. Peru: Elearning.
- Mella, R., Gonzales, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Diaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo del adulto mayor. *Psykhé*, 13(1)79-89.
- Molina , L., & Arranz, B. (2010). Comprender la depresión . En L. Molina, & B. Arranz, *Molina , Luis; Arranz, Bélen ;* (pág. 9). Barcelona : Amat editorial .
- Montes Castillo, M. (2006). Calidad De Vida . *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*,18, 5-6.
- Mora , M., Villalobos , D., Araya , G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mator, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad fisico recreativa. *MH salud*,1(1), 1-12
- Morales , F. (2000). *Temas practicos en geriatria y gerontologia*. Costa Rica: Tomo I.
- O'Shea, E. (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*, Documento electrónico disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf>
- Perez, N., & Navarro, I. (2011). *Psicología del desarrollo humano: Del nacimiento a la vejez*. San vicente: Club Universitario.
- Prada, J. (1994). *Terapia a su alcance*. Bogota D,C: San Pablo.
- Riveros, A., Sánchez, J., & Aguila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. Mexico: Manual Moderno.
- Rosso, M., & Lebl, B. (2006). Terapia humanista existencial fenomenologica: Estudio de caso. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 4(1), 90-117.

- Salinas, A., Manrique, B., & Telléz, M. (2008). Redes de apoyo social en la vejez: Adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, Disponible en http://www.alapop.org/alap/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_281.pdf
- Sánchez Escobedo, P. (2008). *Psicología Clínica* (pág. 305). Mexico: Manual Moderno.
- Schultz, D., & Schultz, S. (2000). *Teorías de la personalidad*. Mexico: Thomson.
- Sierra, F. (1998). *Técnicas e investigación en sociedad, cultura y comunidad*. Buenos Aires: editorial Paidós.
- Strack, F., Argyl, M., & Schwartz, N. (1991). *Subjective well-being*. Oxford: Pergamon.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervencion psicologica*, 3,87-116.
- Velandia, A. (1994). Investigacion en salud y calidad de vida. *El arte y la Ciencia del Cuidado*, 295-314. Documento electrónico recuperado de <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2011/09/ana-luisa-velandia-mora-investigacion.html>
- Villa Esteves, V. (2007). *El adulto mayor. Manual de cuidados y autocuidado*. Mexico: Trillas.