

Terapia grupal con adultos mayores

Douglas C. Nance

Instituto Nacional de Geriátrica, Secretaría de Salud, México, Distrito Federal, México

Palabras Clave:

Psicoterapia de Grupo,
Anciano

Resumen

Introducción: en México, recientemente las prácticas en enfermería psiquiátrica y salud mental se están aplicando, como también se está definiendo el papel de liderazgo de las enfermeras en la terapia grupal con adultos mayores. Este artículo es el primer trabajo de terapia de grupo en México dirigido por enfermeras.

Objetivo: examinar los efectos de terapia grupal cognitivo-conductual para adultos mayores deprimidos.

Metodología: implementación de una terapia grupal cognitivo-conductual, una vez a la semana durante 12 semanas. 41 adultos mayores con depresión, con una edad media de 71 años.

Resultados: los participantes experimentaron resultados positivos en el crecimiento personal, cambios de pensamientos negativos y en sus relaciones familiares. Un factor importante terapéutico fue el apoyo de otros miembros del grupo. Las enfermeras líderes experimentaron un crecimiento positivo, profesional y personal. Las dificultades consistieron en la resistencia de los médicos hacia el proyecto y en seguir un modelo rígido de terapia grupal cognitiva-conductual.

Conclusiones: se recomienda una combinación de terapia cognitivo-conductual y terapia grupal de apoyo.

Key Words:

Psychotherapy Group,
Aged

Abstract

Introduction: this is the first study of nurse-led group therapy in Mexico.

Objective: examine the effects of cognitive-behavioral group therapy on depressed older adults.

Methodology: forty-one depressed older adults, with an average age of 71, participated in nurse-led cognitive behavioral group therapy once a week for 12 weeks.

Results: participants experienced positive results in personal growth, changing negative thoughts, and relationships with family. An important therapeutic factor was the support of fellow group members. The nurses experienced positive personal and professional growth. Difficulties included physician resistance and a too-rigid cognitive behavioral group therapy model.

Conclusions: a combination of cognitive behavioral therapy and supportive group therapy is recommended.

Correspondencia:

Douglas C. Nance

Correo electrónico:

biggato9@yahoo.com

Fecha de recepción: 09/02/2012

Fecha de aceptación: 05/06/2012

Introducción

"¿Qué le importa comprobar que va envejeciendo...? ¿Por qué ha de envidiar a la gente joven? ¿Por el esplendoroso horizonte de sus posibilidades, por el futuro que les espera? "No, gracias —se dirá—; en vez de posibilidades por hacer, yo cuento con las realidades de mi pasado: mis trabajos, los amores sentidos y regalados, y los sufrimientos asumidos valientemente. De esos sufrimientos es de los que me siento más orgulloso, aunque quizá no susciten envidia".

Viktor Frankl (1959)¹

En México, uno de cada ocho adultos mayores presenta síntomas de depresión.² Esto indica un grave problema de salud nacional para algunas personas más vulnerables. Los factores de riesgo para la enfermedad depresiva son en sí mismos una definición completa de vulnerabilidad: ser un adulto mayor viudo o soltero, con bajo nivel educativo; padecer una enfermedad crónica, no ejercer un trabajo u oficio o estar jubilado; tener un estilo de vida sedentario, una familia disfuncional, y particularmente además de todo esto, ser mujer y más aún, ser mujer indígena.³ La suma de cada uno de estos factores aumentan el riesgo de depresión.⁴

La investigación clínica centrada en el tratamiento eficaz puede lograr una contribución significativa para disminuir la discapacidad, morbilidad y mortalidad de los adultos mayores, especialmente en mujeres mayores que sufren depresión. El tratamiento ambulatorio también podría reducir los costos para el sistema de salud. No obstante, a pesar de abundantes estudios de prevalencia,^{5,6,7,8} en México no hay investigación clínica para el tratamiento de la depresión en los adultos mayores.⁴

En otros países, la enfermería ha hecho una contribución sustancial a la atención y promoción de la salud de este sector de la población. Desde la década de 1950 las enfermeras han sido líderes en los grupos de medios terapéuticos. Hoy en día, las enfermeras dirigen grupos educativos, grupos terapéuticos, grupos de terapia breve, de espiritualidad, conductuales, de auto-ayuda y grupos cognitivos-conductuales.⁹

En México, la práctica en enfermería psiquiátrica y salud mental recientemente se están aplicando y está definiendo el papel de liderazgo de las enfermeras en la terapia grupal con adultos mayores. La integración de la enfermería en la planificación y provisión de servicios de salud para los adultos mayores y sus familias es crítica. Por lo anterior, las estrategias desarrolladas para cubrir las necesidades de los adultos mayores deben ser probadas y eficaces, el personal que debe participar, debe ser aquel que tiene contacto directo con estos pacientes como lo son las enfermeras.

El artículo aborda la primera participación de enfermeras líderes en terapia grupal en una institución mexicana. Tres enfermeras de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, fueron las pioneras de este papel terapéutico (figura 1), quienes fueron capacitadas y supervisadas previamente.

Figura 1. Enfermeras líderes, pioneras de la terapia de grupo.



De la izquierda a derecha: Virginia Juárez Bazán, Matilde Ríos Cervantes y María del Rocío Mendoza Rojas.

Metodología

Este artículo deriva de los resultados cualitativos de un ensayo clínico aleatorio de terapia cognitivo-conductual grupal, en adultos mayores deprimidos.¹⁰ Se diseñó una investigación cualitativa interesada en la construcción del significado y en cómo las personas le dan sentido a sus vidas y a sus mundos; por lo tanto, su objetivo principal fue el descubrimiento e interpretación de los significados.¹¹ La investigación cualitativa identificó los temas relevantes y el grado de significado de los comentarios de los participantes, en relación con los temas de la investigación; prueba la eficacia de la terapia grupal cognitivoconductual con el uso de un manual estructurado, y constata las experiencias de la enfermeras. Este artículo, se centra en el significado de las experiencias de las participantes en los grupos de terapia y en las enfermeras líderes en su nuevo papel como terapeutas de grupo.

En el diseño del proyecto, los médicos de la clínica participaron en la elección de los pacientes de más de 60 años con síntomas de depresión, utilizando el instrumento Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)^{12,13} y los refirieron con las terapeutas. Posteriormente se aplicaron los instrumentos el

PHQ-9,¹⁴ Mini Mental State Examination (MMSE)^{15,16} y cuestionarios demográficos, aplicados por un grupo de personal de gestión de datos—todos los cuestionarios fueron aplicados en español—.

Un reto importante para el diseño original del estudio fue la falta de colaboración de los médicos. Únicamente tres de los adultos mayores participantes fueron captados por esta vía, y los tres fueron referidos por el mismo médico. Al respecto, los médicos manifestaron que la aplicación del PHQ-2, era una "excesiva carga de trabajo". Para remediar esta situación, las enfermeras reclutaron activamente a los adultos mayores en las salas de espera de la clínica.

La intervención consistió en formar grupos de terapia cognitivo-conductual, dirigidos por enfermeras, que se reunieron una vez por semana durante 12 semanas. Los miembros del grupo de control continuaron con su tratamiento habitual en la clínica. Con este grupo no se mantuvo contacto sino hasta el término del estudio para realizar las entrevistas por el personal de gestión de datos.

Cada una de las enfermeras mantuvo un diario de campo donde registraron los siguientes elementos: pensamientos, sentimientos y procesos; observaciones clínicas del proceso del grupo, de los grupos y de cada uno de los participantes y durante la supervisión clínica las notas de campo.

El universo del estudio fueron adultos de 65 años o más, que sufrieran depresión clínica. Los participantes llegaron a la UMF donde se llevó a cabo el estudio, en respuesta a la difusión y al reclutamiento activo que realizaron las enfermeras líderes. Tras cumplir con los criterios para el diagnóstico de depresión moderada—distimia—, fueron asignados al azar, en el grupo de control o en el grupo de intervención. El grupo de control estuvo integrado por 39 personas y el grupo de intervención por 41. La media de edad en ambos grupos fue de 71 años.

La clínica donde se llevó a cabo el estudio es una UMF, con mucha demanda de usuarios y con un pequeño hospital psiquiátrico adjunto. La UMF se encuentra en un vecindario de clase media baja a clase media, en una zona urbana de la Ciudad de México, con buen acceso al transporte público y con todos los servicios. Hay muchos parques, restaurantes y cafeterías cercanas. La mayoría de los participantes nació y creció cerca de la clínica.

La Comisión de Ética del Instituto Mexicano del Seguro Social aprobó el estudio, conforme a las disposiciones de la Declaración de Helsinki en 1995—revisada en Tokio, en 2004—, los participantes firmaron el formato de consentimiento informado por escrito, incluyendo el consentimiento para utilizar sus comentarios de forma anónima.

Instrumentos, confiabilidad y validez

El estudio utilizó el instrumento PHQ-2^{12,13} traducido al español y una versión española abreviada del PHQ-9¹⁴, que consta de dos elementos de detección de la depresión. El PHQ-9 se ha utilizado para detectar la depresión como parte de un programa de gestión de casos¹⁷ para el tratamiento de la depresión.

De acuerdo con Reuland *et al.*¹⁸ quienes realizaron una revisión exhaustiva de instrumentos de detección de la depresión en lengua española, encontraron un estudio de calidad ordinaria realizado en España¹⁹ y un estudio de baja calidad realizado en Honduras¹⁴ del PRIME-MD con nueve ítems—antecesor del PHQ-9—, que mostró una sensibilidad de 72 a 77% y especificidades de 86 a 100%. El PRIME-MD de dos respuestas—versión original del PHQ-2— se encontró con 92% de sensibilidad, pero sólo 44% de especificidad para la depresión en un estudio realizado con puertorriqueños.²⁰

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) en versión de 15 ítems presentó sensibilidades que van de 76 a 82%, y especificidades que van de 64 a 98% en pacientes geriátricos externos. La evidencia disponible sugería que el original PRIME MD-2 puede ser inexacta no específica, con los hispano-parlantes en los Estados Unidos. Para la detección de la depresión en pacientes ambulatorios de habla española, la evidencia apoya la precisión diagnóstica de la CES-D y del PRIME-MD-9 en la atención primaria y la GDS-15 en español, para los pacientes geriátricos.¹⁸ La versión española del MMSE, instrumento válido y confiable¹⁶ se utilizó para evaluar a los dos grupos, antes y después de la fase de intervención.

Los médicos que participaron en el diseño del estudio consideraron el PHQ-9 y el PHQ-2 como instrumentos de fácil administración de diagnóstico rápido para la depresión en la atención primaria.

Grupos terapéuticos

Fueron capacitadas tres enfermeras técnicas—dos de ellas con estudios pos-técnicos en enfermería psiquiátrica— como líderes de grupos cognitivo-conductual terapéuticos. El entrenamiento consistió en 30 horas de clase y supervisión clínica. Las enfermeras llevaron grupos de seis a ocho pacientes, en sesiones semanales durante 12 semanas.

Se utilizó una guía de terapia cognitivo-conductual para pacientes externos para el tratamiento de depresión en adultos mayores,²¹ considerando que la terapia

cognitivo-conductual combina la modificación del comportamiento y la terapia cognitiva. El área cognitiva se refiere a los pensamientos, creencias y suposiciones. La terapia cognitivo-conductual consiste en identificar los pensamientos irracionales y distorsionados, sustituyéndolos por útiles y reales. Estos cambios modifican el comportamiento, sentimientos y estados de ánimo, que a su vez aliviarán la ansiedad, la depresión y los miedos irracionales, ya que se rompe el círculo vicioso de la depresión: inactividad, depresión y tristeza.

El Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión²² incluye un tema semanal, con actividades y tareas estructuradas, que los grupos siguieron cada semana. Muñoz y Mendelson²³ señalan que los múltiples usos del manual, con resultados positivos fueron en diversas minorías étnicas y poblaciones con diferentes problemas. Sin embargo, no se abordaron aspectos sobre la mejoría de la depresión o el uso del programa en los adultos mayores, se enfocan sobre todo en intervenciones sociales y económicas. En estudios citados por Rosselló y Bernal²⁴ y en Rosselló, Bernal y Rivera-Medina,²⁵ hacen referencia sobre el adecuado uso del programa del manual con adolescentes puertorriqueños.

Una parte del programa explica cómo los patrones de pensamiento y los sentimientos influyen para que la depresión empeore o mejore. A los participantes del estudio se les ayudó a identificar pensamientos depresivos, para que fueran cambiados por realistas y positivos. El estado de ánimo se midió diariamente con un "termómetro" de estado de ánimo elaborado con gradientes, se les orientó para establecer sus objetivos a corto y largo plazo así como en el desarrollo de sus planes personales para lograr actividades placenteras; modificar pensamientos negativos y depresivos por realistas y positivos; mejorar sus relaciones sociales y en cómo formar y mantener redes sociales de apoyo.

Observaciones cualitativas, confiabilidad y validez

Las enfermeras líderes llevaron un diario de campo sobre el proceso de los grupos y sus propios procesos, pensamientos, sentimientos y reflexiones. Las notas fueron registradas después de cada sesión de grupo –en la medida de lo posible–, anotando lo acontecido en las sesiones, y el resumen de cada participante y de cada grupo.

Al finalizar las sesiones, se realizó una entrevista a las enfermeras como grupo y de manera individual, se utilizó un formato semi-estructurado y las anotaciones correspondientes. Los participantes fueron entrevista-

dos en sus grupos una vez que terminaron su última sesión, un tercio de ellos aceptaron ser entrevistado de manera individual.

El diario de campo fue una estrategia para mejorar la objetividad y reducir el sesgo; una forma de controlar y examinar los sentimientos que podían influir en el proceso de las entrevistas y comprometer la validez de los resultados,²⁶ se realizó un diario de campo en las sesiones de supervisión, con descripciones, citas directas y notas que registraron las observaciones. Durante la supervisión, se compararon las observaciones y percepciones de los grupos, de las participantes y del proceso de las enfermeras como líderes de grupo.

Para el análisis de la información –entrevistas y diarios de campo– se utilizó la codificación de patrones, que permite evaluar el desarrollo de los temas principales de los datos: búsqueda de reglas, causas y explicaciones de los datos, examen de las redes sociales de apoyo, patrones de las relaciones humanas y en la formación de conceptos teóricos y procesos.²⁷

Resultados

Perfil del participante

El promedio del grupo de intervención participante fueron mujeres de religión católica, jubiladas, viudas o divorciadas, con problemas crónicos de salud, la edad fue de 60 a 80 años, con educación primaria que vivían con su familia. Las relaciones familiares y las relaciones con los cónyuges fueron descritas como conflictivas o abusivas. Durante las sesiones grupales 80% de los integrantes del grupo de intervención reconocieron haber sufrido abuso durante la infancia. Las enfermedades crónicas más comunes fueron: hipertensión arterial 70.7%, diabetes 36.6% y artritis reumatoide 34.1%.

El grupo de control fue demográficamente similar al grupo de intervención quienes habían sufrido de enfermedades físicas, discapacidades graves y pérdidas familiares y funcionales en los últimos dos años (cuadro I). Estos acontecimientos estresantes, son factores de alto riesgo para la depresión.

Resultados cuantitativos

Al concluir el estudio, se utilizó el instrumento PHQ-9 para medir la depresión obteniendo una mejora de leve a moderada (cuadro II). De acuerdo con el MMSE –que incluye 30 puntos– una puntuación infe-

Cuadro I. Eventos vitales estresantes

<i>Eventos vitales estresantes en los últimos dos años</i>	<i>Grupo de intervención</i>	<i>Grupo de control</i>
La muerte de un familiar cercano	66.0%	40.0%
Enfermedad grave de un familiar cercano	44.0%	27.5%
Enfermedad grave	31.7%	12.5%
Una mayor dificultad en las actividades habituales o de caminar	63.4%	40.0%
La pérdida de visión o audición	73.0%	50.0%
Problemas financieros	39.0%	50.0%

Cuadro II. Niveles de depresión

<i>Grupo de intervención inicial</i>	<i>Grupo de intervención final</i>
11.8	7.43
<i>Grupo de control inicial</i>	<i>Grupo de control final</i>
10.73	8.40

Fuente: PHQ-9

rior a 23 puntos fue indicativo de debilidad, y de 23 puntos o más, de funcionamiento normal. Tanto el grupo control como el grupo de intervención mostraron una mejoría de leve a moderada (cuadro III).

Cuadro III. Deterioro cognitivo

<i>Puntos MMSE</i>	<i>Grupo de intervención inicial</i>	<i>Grupo de intervención final</i>	<i>Grupo de control inicial</i>	<i>Grupo de control final</i>
<23 Débil	46.3%	39%	45%	37.5%
>23 Normal	53.7%	61%	55%	62.5%

Fuente: Mini Mental State Examination

Resultados cualitativos

A través de la codificación de patrones, se identificaron tres grandes temas: la importancia del apoyo mutuo –compañerismo–; los cambios positivos experimentados y la rígida estructura del programa.

Participación en los grupos y compañerismo

El tema más comentado fue la importancia del apoyo mutuo y la amistad de los miembros del grupo. Todos participaron activamente y llamaban por teléfono a los que llegaban tarde o convocaban a los ausentes. Los participantes experimentaron el principio de la universalidad y desde el inicio formaron grupos cohesivos, lo que permitió superar las expectativas establecidas en el manual del programa.

Entre las actividades adicionales realizadas por el grupo estuvo el compartir días de cine con películas seleccionadas como *Elsa y Fred*,²⁸ película española-argentina que se ajustó a elementos de terapia cognitivo-conductual ya que aborda el amor entre dos personas mayores, con mensajes positivos; *Cerezos en Flor*,²⁹ aborda el duelo, la pérdida, el comenzar nuevamente y la aceptación ante dificultades de la vida. Compartir el momento y elementos materiales complementarios de la convivencia permitieron socializar entre ellos, lo cual fue importante para el grupo.

La importancia de los lazos de compañerismo que se dieron en el grupo, fueron expresados por las participantes: "Aquí nos escucharon y nuestras compañeras

nos animaron. Hicieron observaciones que yo no había considerado antes". "Las opiniones de mi compañeras me hicieron ver la vida de una manera diferente". Con ese apoyo, la participante fue capaz de retirar las cenizas de su difunto esposo de su habitación, para depositarlas finalmente en el cementerio de la iglesia.

Otra participante que padecía estrés por cuidar a su marido enfermo de cáncer de próstata y a su suegra de 92 años de edad, trabajó con entusiasmo en el grupo. Alentaba a las demás para que expresaran sus opiniones "Ofrecí mi amistad y mi comprensión a mis compañeras", y pudo resolver sus propios problemas, reconoció: "Mis compañeras me guiaron en las opciones que tengo para resolver mis problemas".

Otra participante organizó a su grupo para dar seguimiento a las actividades una vez que finalizó el estudio. Se reunían por lo menos una vez al mes para jugar a las cartas,

bailar, tejer, o comer juntas. Las redes sociales de apoyo son esenciales para prevenir o aliviar la depresión en las personas adultas mayores, y estas mujeres lograron establecer el inicio de una red de apoyo social.

Cambios positivos

Las participantes expresaron comentarios positivos de los grupos y resultados de la terapia. Las opiniones tocaron tres grandes temas: el cambio positivo y el crecimiento personal (57%), el cambio de pensamientos negativos (29%) y las relaciones con la familia (14%).

El cambio positivo y crecimiento personal

Una participante expresó: "Ahora no estoy tan triste, no estoy tan sentimental, tengo ganas de hacer cosas y no me siento tan sola. Esto me ha hecho posible tener valor de nuevo". Otra comentó: "Tengo más energía, me gusta hacer más cosas, me siento más joven y ya no lloro tanto. Mi compromiso es conmigo misma y para seguir adelante".

Otra participante de edad avanzada, con enfermedades crónicas, comentó: "Empecé a prestar atención a mi apariencia personal. No me gusta perder las sesiones". Otra mujer afirmó: "Me siento contenta los martes y muy alegre cuando pienso que voy a asistir a la sesión de grupo. "Esta es una manera de sentirse mejor". Otra más resumió su experiencia: "He aprendido a vivir y a disfrutar el momento".²

Cambiar los pensamientos negativos

Una de las participantes señala: "La regulación del humor es un proceso continuo y tengo que seguir trabajando cada día en esto y enfrentar el estrés de la vida cotidiana". Otra comentó: "He aprendido cómo manejar mi soledad y ahora no es tan pesada". Una mujer mayor opinó: "Cambió mi forma de ser, de pensar. Me sentía muy culpable y aquí en la terapia me enteré de que estaba equivocada; ahora me siento como si hubiera sido puesta en libertad. Me he dado cuenta que yo quiero vivir mi vida y no andar cargado con la culpa". Otra más dijo: "Tengo más confianza cuando pienso que los problemas que me preocupan tienen una solución, y que no todo es negativo, que también hay cosas buenas. Estoy trabajando en mis pensamientos negativos".

Relaciones con la familia

Una participante comentó: "Me sentía como una carga para mis hijos, pero el expresarlo aquí me hace sentir que esta carga se ha disminuido". Otra reconoció: "Caí en la monotonía de vivir la vida de los demás y no para mí".

La estructura rígida del programa

Entre los principales problemas expresados por las participantes y enfermeras líderes estuvo la falta de tiempo, establecido por el manual sobre todo para expresar con más tiempo sus sentimientos y la discusión de los problemas personales. También concluyeron que la duración total del programa fue insuficiente. Tratar un tema por semana fue bien aceptado, sin embargo, los ejercicios programados dejaron poco tiempo para tratar los temas emocionales. Las participantes y las enfermeras aumentaron el tiempo de las sesiones de los grupos de una hora a una hora y media, inclusive llegaron a tomarse dos horas.

Una participante comentó: "La gente necesita hablar de su familia, de su trabajo y de su vida". Otra afirmó contundente: "Necesitamos más tiempo y grupos pequeños". Varias participantes dijeron que el manual era bueno, pero lo que realmente necesitamos es más tiempo para hablar y expresar nuestras emociones".

Establecimiento de objetivos y tareas

La avanzada edad y el estado delicado de salud de muchas de las participantes demandan un cambio en sus metas. A petición de las participantes, las metas a largo plazo se cambiaron de cinco años a un año y las de corto plazo de seis meses a un mes.

Gran parte del manual se basa en sesiones cortas programadas, y la asignación de tareas regulares. Las participantes pocas veces hicieron sus tareas, se copiaban las páginas de tarea; inclusive sus "termómetros del estado de ánimo" antes de la sesión del grupo. El "Termómetro del estado de ánimo" no fue una herramienta válida, pero sí fiable, al repetir la puntuación del estado de ánimo de una paciente varias veces.

Observaciones de las enfermeras

Las enfermeras líderes hicieron hincapié en su crecimiento personal y profesional y manifestaron su satisfacción por la forma de como abordaron la comprensión

a las participantes y ser testigos de su mejora. Una de ellas escribió: "Profesional y personalmente, he aprendido mucho. Tengo que esforzarme para hablar en público o participar en grupos. El primer día estaba un poco nerviosa, pero a medida que pasaba el tiempo he desarrollado confianza y haré lo mejor que pueda. Es una gran experiencia dirigir una sesión. Estas personas quieren ser escuchadas y aquí encontraron un espacio para expresar sus sentimientos y compartir aspectos de su vida que nunca habría dicho a nadie. Se les dio la confianza para seguir adelante. Se les dio la oportunidad de expresar sus sentimientos, sus tristezas, sus alegrías y compartir un poco de las experiencias de su gran viaje por la vida. Se me ha dado el privilegio de escuchar con el fin de orientar para que puedan superar su depresión".

Otra enfermera anotó: "Ha sido una gran oportunidad para el crecimiento personal y profesional. Al principio me sentí un poco asustada, debido a la responsabilidad de esta nueva tarea, pero en la medida que pasaban los días, mi temor desapareció y mi confianza aumentó. Yo estaba muy satisfecha con la consistencia y el entusiasmo que las participantes mostraron y por observar los cambios en su vida diaria, que les ayudaban a superar sus problemas físicos y emocionales".

Una enfermera escribió lo siguiente: "Estamos muy contentas por los cambios de las participantes, no sólo en su aspecto físico, sino también por su nueva actitud y en el cambio de pensamiento. Son más animadas, más participativas".

Otra terminó su diario con este comentario: "Estoy agradecida por la atmósfera de respeto y confianza que se generó; por el esfuerzo realizado y su interés en tratar de comprender el contenido del manual. A través de sus historias nos han dado la sensibilidad para entenderlas mejor. Lo que he aprendido no sólo me ayudó profesionalmente, ha cambiado mi vida. Mi manera de pensar y de actuar ha cambiado, gracias a este proyecto y a las personas que han compartido sus conocimientos y experiencia con nosotros. Quiero dar las gracias a las personas mayores por ser la inspiración para estas sesiones, por estar presentes con sus historias de vida y sus experiencias. Ellas dan sentido y valor a nuestro trabajo... Y gracias a ellos por darme una razón más para ser una mejor persona".

Otra cerró su diario diciendo: "Me siento bien con el esfuerzo que cada una de estas personas hicieron para asistir a la terapia, y por su confianza para poder llegar a nuestra mesa de trabajo y exponer sus dolores, sus alegrías y sus secretos".

Discusión

El uso del modelo de grupo y los factores culturales

En el estudio se eligió el formato de grupo, en lugar de un modelo individual, teniendo en cuenta factores socioculturales de los mexicanos, que en general, se valora la interacción social estrecha y el intercambio de información personal. Los miembros de la familia mantienen fuertes lazos —o se espera que los tengan—, y es común que los hijos adultos vivan en la casa paterna o cerca. Desde la infancia no se anima a los hijos a abandonar sus hogares. El sentido de conexión se basa en la tradición familiar y la familia extendida, —padrinos y amigos cercanos—. Los límites de la familia nuclear son flexibles con respecto a la inclusión de parientes como abuelos, tíos, tías, o primos y estas relaciones familiares tienen un alto nivel de cohesión e interdependencia.³⁰

Culturas con un "yo colectivo" hacen hincapié en la interrelación, cooperación, obediencia y fiabilidad que dan los grupos, en lugar de los individuos, por lo que el grupo se convierte en la unidad básica de la percepción social.³¹ La terapia grupal ha sido recomendada para pacientes mexicanos desde la década de 1970.³² La conectividad se refiere a un sentido de la relación y el apego del individuo a un grupo. La cohesión o conexión, es un factor terapéutico importante en la terapia grupal.

La cohesión es uno de los factores terapéuticos universales en la terapia de grupo, —es un elemento importante en la experiencia de la universalidad—. La experiencia de compartir, de ser aceptado y de negociar con éxito una experiencia de grupo puede ser terapéutica. En el grupo, los pacientes que escuchan a los demás comparten preocupaciones similares, sentimientos y experiencias de vida. La no confirmación de la sensación de singularidad en el sufrimiento, ofrece un alivio considerable y equivale a una experiencia de "bienvenido a la raza humana".³³

Las participantes de los grupos de estudio alcanzaron rápidamente la cohesión y la universalidad. Estas mujeres entendían el dolor y la pérdida. El apoyo social de otras personas tuvo un impacto en el bienestar mental, ya que saber que había personas con quienes se podía hablar de manera cotidiana, tuvo profundos efectos en el estado de ánimo de las participantes. Estar rodeado de personas que comparten un punto común de referencia generacional es un consuelo, y emocionalmente, se convierten en compañeros de gran apoyo.³⁴

Conclusiones

Las enfermeras tuvieron una buena experiencia como líderes de grupo, y las participantes estuvieron de acuerdo en ello. El curso de capacitación fue intensivo, suficiente para un grupo cognitivo-conductual estructurado, sin embargo, para un modelo flexible de grupo terapéutico es recomendable un curso de mayor duración, para que se revisen temas a profundidad y que se proporcionen bases más sólidas de parte de las enfermeras líderes. La supervisión regular de un enfermero terapeuta experimentado es necesaria para lograr una experiencia grupal óptima, en términos terapéuticos.

Históricamente, las enfermeras han demostrado con éxito su capacidad como líderes grupales en hospitales psiquiátricos; sin embargo, en este estudio desde el inicio de las actividades, se enfrentaron a la resistencia de los médicos,³⁵ la falta de interés sobre salud mental por parte de muchos médicos fue evidente, lo cual se convierte en un problema, puesto que son ellos los principales proveedores de servicios de salud en clínicas y el primer contacto con los pacientes, es necesario que proporcionen un tratamiento eficaz o una referencia para atender problemas de salud mental. Los estudios de prevalencia y los factores de riesgo tienen una importancia limitada sin la participación activa y directa de quienes otorgan el cuidado de salud. Una solución posible podría ser incrementar la presencia de las enfermeras en la atención directa y ampliar las funciones de la enfermería en las clínicas médicas.

La estructura temática semanal del manual de terapia cognitivo-conductual fue útil, pero requiere modificaciones que permitan dar tiempo suficiente a la expresión de las emociones, incluyendo el dolor y la pérdida, así como a la discusión de asuntos relativos a la familia. Las participantes llegaron a la cohesión con rapidez y el grupo se mantuvo integrado a lo largo de las sesiones, y por cuenta propia para su seguimiento. Este tratamiento no-farmacológico tuvo como resultado una mejoría de leve a moderada, en los niveles de depresión medida por el PHQ-9.

Los puntajes finales del PHQ y del MMSE mostraron una mejora poco significativa. El PHQ puede no ser preciso en el diagnóstico de distimia en los pacientes geriátricos, y aún hay preguntas con respecto a la fiabilidad y validez en su versión en español.¹⁸

Falk,³⁶ utilizó el GDS como medición en los niveles de depresión, con resultados estadísticamente significativo para el tratamiento de la depresión crónica en adultos mayores, con un grupo terapéutico dirigida por

una enfermera. Las sesiones se realizaron una vez por semana durante seis meses, y después una vez cada dos semanas en forma continua. La enfermera terapeuta utilizó técnicas cognitivo-conductuales, terapia de grupo de apoyo, sesiones psico-educativas y actividades complementarias de terapia musical, historias orales, talleres culinarios, eventos culturales y actividades artísticas. Para el tratamiento del dolor crónico se incorporó yoga, tai chi y sesiones de meditación. Los resultados de Falk son limitados por el tamaño de la muestra de estudio, —fue muy pequeña—, pero su metodología, que combina actividades estructuradas, terapia de grupo y un plazo más largo en sus metas, probablemente es la que mejor satisface las necesidades específicas de nuestras participantes: mujeres adultas mayores mexicanas.

Los resultados cualitativos del estudio mostraron una mejoría definitiva de las participantes. Esto se reflejó en los comentarios hechos sobre: su actitud, pensamientos positivos, apariencia personal y aumento en el nivel y calidad de sus actividades complementarias. La experiencia vivida de las participantes habla bien de esta terapia de grupo dirigida por enfermeras. Un estudio del grupo liderado por enfermeras para el tratamiento de la depresión en adultos mayores mexicanos, debe de realizarse por medio de terapia grupal de apoyo, técnicas cognitivo-conductuales y más actividades de grupo, en lugar de tareas individuales.

Busch,³⁷ mostró que la terapia grupal con adultos mayores ha demostrado su eficacia en varios sitios como las clínicas, utilizando técnicas similares a las nuestras, con diversas modalidades, derivadas de cada lugar en donde se realizaron. Los principales temas terapéuticos identificados fueron la interacción social; la orientación a la realidad; el proceso de revisión de la vida y la remotivación. Las modalidades identificadas de terapia grupal con pacientes geriátricos fueron la resocialización; la orientación a la realidad; la reminiscencia y la remotivación. Los resultados de las terapias revisadas fueron exitosos de maneras similares.³⁷ Las intervenciones deben ser modificadas para los adultos mayores con una desaceleración del ritmo en que se presenta el material, haciendo hincapié en la repetición de los materiales y confiando en modos múltiples de transmisión de la información, para garantizar que se logre la exposición adecuada. Estas adaptaciones serían en un tiempo de tratamiento más largo, que el que se requiere con pacientes más jóvenes.³⁸ Teniendo en cuenta los comentarios de las participantes y del personal de enfermería, con respecto a la falta de tiempo para el abordaje de los temas

emocionales y para las actividades complementarias, lo más probable es que las participantes en este estudio no tuvieron una exposición adecuada al tratamiento.

No obstante, ser capaz de conversar con una persona que comparte experiencias similares durante un periodo común es reconfortante.³⁴ Factores culturales

en las mujeres mexicanas, tales como el comadrazgo y el compañerismo, pueden ayudar a predisponer a esta población en el desarrollo de la cohesión y el contenido emocional en grupos de terapia. La estructura y el formato del grupo terapéutico debe reflejar esta realidad socio-cultural mexicana. 

Una versión similar, pero no idéntico, en inglés fue publicado en:
Issues in Mental Health Nursing, 2012; (33): 89–95.
Informa Healthcare USA, Inc.
ISSN: 0161-2840 print / 1096-4673 online
DOI: 10.3109/01612840.2011.624258

Agradecemos:

A las enfermeras del IMSS, Virginia Juárez Bazán, Matilde Ríos Cervantes y María del Rocío Mendoza Rojas, por su valiosa colaboración como pioneras de la terapia de grupo.

Este estudio cualitativo fue parte del "Ensayo clínico aleatorio de la terapia cognitiva conductual grupal en pacientes ancianos deprimidos". García-Peña C. y cols.¹⁰ Quienes participaron en el estudio cuantitativo, pero no en la investigación cualitativa ni en la preparación de este artículo.

Referencias

1. Frankl VE. El hombre en busca de sentido. Barcelona : Herder, 2004.
2. García Peña C, Wagner FA, Sánchez García S, Juárez Cedillo T, Espinel Bermúdez C, García Gonzalez JJ, Gallegos Carrillo K, Et al. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. J Gen Intern Med. 2008;23(12):1973-80.
3. Nance DC. Depression, alcohol abuse, and generational differences in Mazahua women in a rural Mexican village. Issues Ment Health Nurs. 2004;25(7):673-92.
4. Nance DC. Depresión en adultos mayores. En: Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria. D.F., México: Secretaría de Salud, Instituto de Geriátría. 2010. p. 240-248.
5. Bello M, Puentes Rosas E, Medina Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica Mex. 2005; 47(Sup.1):S4-S11.
6. Albrecht Junghans RE, Espino DV. Prevalence of Depression in Older Mexicans: A Nursing Home and Community Based Study in Mexico City. Clin Gerontol. 1998;18(3):11-18.
7. Slone LB, Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Diaz D, Gutiérrez Rodríguez F, Et al. Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. Depress Anxiety. 2006;23(3):158-167.
8. Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depression in late life: a hidden public health problem for Mexico? Salud Publica Mex. 1999;41(3):189-202.
9. Lala CM. Therapeutic groups. En: Varcropolis EM (ed.). Foundations of psychiatric mental health nursing : a clinical approach. Philadelphia : W. B. Saunders, c2002. pp. 932-952.
10. García-Peña C, Vázquez-Estupiñan F, Morales-Esponda P, Nance DC, Avalos-Pérez F, Viveros-Pérez A, et al. Ensayo clínico aleatorizado de la terapia cognitiva conductual grupal en pacientes ancianos deprimidos. [Poster presentado en el Encuentro Nacional Sobre Envejecimiento y Salud. 25-28 de agosto de 2010; en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Mexico, D.F.
11. Merriam SB. Qualitative research: a guide to design and implementation. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
12. Corson K, Gerrity MS, Dobscha SK. Screening for depression and suicidality in a VA primary care setting: 2 items are better than 1 item. Am J Manag Care. 2004;10(11 Pt 2):839-845.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Med Care. 2003;41(11):1284-92.
14. Wulsin L, Somoza E, Heck J. The Feasibility of Using the Spanish PHQ-9 to Screen for Depression in Primary Care in Honduras. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2002;4(5):191-195.
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98.
16. Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertran-Serra I, Hernández G, Sol JM, Et al. Clinical validity of the 'mini-mental state' for Spanish speaking communities. Neuropsychologia. 2001;39(11):1150-7.
17. http://www.depression-primarycare.org/clinicians/re_engineering/training_mgrs/care_mgr_manual/cover.shtml
18. Reuland DS, Cherrington A, Watkins GS, Bradford DW, Blanco RA, Gaynes BN. Diagnostic accuracy of Spanish language depression-screening instruments. Ann Fam Med. 2009;7(5):455-62.
19. Baca E, Saiz J, Agüera L, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos J, Gil A, Madrigal M, Porras A. Validación de la versión española del PRIME-MD: un procedimiento para el diagnóstico

- de trastornos mentales en atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr.* 1999;27(6):375-83.
20. Robison J, Gruman C, Gaztambide S, Blank K. Screening for depression in middle-aged and older puerto rican primary care patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002;57(5):M308-M314.
 21. Ciechanowski P, Wagner E, Schmalting K, Schwartz S, Williams B, Diehr P, Kulzer J, Et al. Community-integrated home-based depression treatment in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;291(13):1569-1577.
 22. Muñoz RF, Aguilar Gaxiola S, Guzmán J. Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión. Santa Monica: RAND, 2000.
 23. Muñoz RF, Mendelson T. Toward evidence-based interventions for diverse populations: The San Francisco General Hospital prevention and treatment manuals. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(5):790-799.
 24. Rosselló J, Bernal G. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(5):734-745.
 25. Rosselló J, Bernal G, Rivera-Medina C. Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2008;14(3):234-245.
 26. Hutchinson S, Wilson HS. Validity threats in scheduled semistructured research interviews. *Nurs Res.* 1992;41(2):117-119.
 27. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis : an expanded sourcebook.* 2ª ed. Thousand Oaks: Sage, c1994.
 28. Elsa y Fred. [Película] Dir. Marcos Carnevale. Argentina-España, Alta Films, 2005
 29. Cerezos en flor (Kirschblüten – Hanami). [DVD] Dir. Doris Dörrie. Berlin, Alemania: Olga Film, 2008.
 30. Falicov CJ. Mexican families. Cap. 3. Latino Families. (The Guilford family therapy series) En: McGoldrick M, Giordano J, Pearce JK (eds). *Ethnicity and family therapy.* New York: Guilford Press, c1982. PP 134-163.
 31. Triandis, HC. The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychol Rev.* 1989;96(3):506-520.
 32. Normand WC, Iglesias J, Payn S. Brief group therapy to facilitate utilization of mental health services by Spanish-speaking patients. *Am J Orthopsychiatry.* 1974;44(1):37-42.
 33. Yalom, ID. *Inpatient group psychotherapy.* New York: Basic Books, c1983.
 34. Valadez AA, Lumadue C, Gutierrez B, de Vries-Kell S. Las Comadres and adult day care centers: The perceived impact of socialization on mental wellness. *J Aging Stud.* 2006;20(1):39-53.
 35. Bueker K, Warrick A. Can nurses be group therapists? *Am J Nurs.* 1964;64:114-116.
 36. Falk K. Presentación en Sigma Theta Tau 17th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Montreal. 2006. [En línea] http://stti.confex.com/stti/congrs06/techprogram/paper_30767.htm [Consultado 3/09/2010].
 37. Busch CD. Common themes in group psychotherapy with older adult nursing home residents. *Clin Gerontol.* 1983;2(3):25-38.
 38. Mackin RS, Areán PA. Evidence-based psychotherapeutic interventions for geriatric depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28(4):805-820, vii-viii.

Cómo citar este artículo:

Nance DC. Terapia grupal con adultos mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2012;20(3): 139-148