



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 21 No. 3

Septiembre de 2018

CO-CONSTRUCCIÓN DE UNA NUEVA NARRATIVA IDENTITARIA EN LA ADULTEZ MAYOR

Angélica Quiroga Garza¹y Romelia Denisse Baker Montemayor²Universidad de Monterrey
México

RESUMEN

El adulto mayor enfrenta el envejecimiento tanto en edad como de sus funciones físicas, psíquicas y sociales. En ocasiones, a esto se agregan autonarrativas de historias de vida difíciles, con una alta carga negativa. La narrativa, ampliamente empleada en el trabajo con niños, adolescentes y adultos para co-participar en la construcción de identidades con mayor agencia personal, fue empleada con una mujer de 86 años con dependencia significativa, un alto nivel de depresión, aislamiento social y rechazo generalizado a las mujeres de su entorno. En este estudio de caso, a través de conversaciones externalizadoras y de remembranza en las que la discrepancia y la coherencia se entretejieron, se brindaron alternativas viables para la de-construcción de historias dolorosas sin que la re-construcción entrara en contradicción con la experiencia narrativa de la persona. La re-significación de acontecimientos y la co-construcción de nuevas visiones de la situación de origen y de si misma contribuyeron a un mayor bienestar posibilitando dar continuidad a un guion narrativo inédito con un nuevo sentido de vida. Esta intervención soporta a la narrativa como un abordaje movilizador de recursos personales y facilitador de la generatividad de nuevos significados, nuevas narrativas, nuevas identidades y nuevas acciones en adultos mayores.

Palabras clave: Narrativa, adulto mayor, depresión, envejecimiento, deterioro cognitivo, identidad

¹ Profesora Investigadora, Centro de Tratamiento e Investigación de la Ansiedad, Universidad de Monterrey. Correo Electrónico: angelica.quiroga@udem.edu teléfono (01) 81 8215 1248.

² Investigador Novel, Centro de Tratamiento e Investigación de la Ansiedad, Universidad de Monterrey. Correo Electrónico: romelia.baker@udem.edu, teléfono (01) 81 8215 1248.

CO-CONSTRUCTION OF A NEW NARRATIVE IDENTITY IN ELDERLY

ABSTRACT

Older persons struggle with physical, mental and social malfunctions. Some of them tend to build bias perceptions of their memories, giving negative connotations to their past life experiences. Narrative, widely used in work with children, adolescents and adults to co-participate in the co-construction of identities more personal agency, was employed with a woman of 86 years with significant dependence, with a high level of depression, social isolation, and rejection towards all women around. In this case study, through externalizing and remembrance conversations in which the discrepancy and consistency intertwined, we provided viable alternatives for de-construction of painful stories without conflicting the re-construction with the narrative experience of the person. The resignification of events and the co-construction of new visions of herself and the original event contributed to an increased well-being and enabled her to continue with an unprecedented narrative script with a new sense of life. This intervention soundly grounds narrative as an approach that mobilize personal resources and facilitate generativity of new meanings, new narratives, new identities, and new actions in elderly people.

Key words: Narrative, older adults, depression, aging, cognitive impairment, identity.

En México se vive una acelerada transformación hacia el envejecimiento. Según los datos del Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2011), la expectativa de vida se incrementó a 75 años en promedio; por género se estiman 73.1 para los hombres y 77.8 para las mujeres. El grupo poblacional de los mayores de 60 años en el país corresponde en promedio al 9.1% de la población, 8.6% de hombres y 9.5% de mujeres.

La vejez, como proceso diferencial y no un estado con cambios graduales diferenciados en personas de la misma edad cronológica (Cornachione, 2006), conlleva una serie de minusvalías sensoriales, motoras e intelectuales que tienden a disminuir la calidad de vida de los adultos mayores (Serrano y Paredes, 2006) aumentando la probabilidad de *dependencia funcional*, entendida como la pérdida de autonomía para la realización de actividades de la vida diaria (Prado y Sojo, 2010).

Los nuevos retos de la dependencia de este segmento de la población ya definida como vulnerable, demandan trabajar en la identificación de las características y necesidades de

los cuidados de largo plazo en los adultos mayores tanto en el hogar como institucionalizados.

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

Cuando las posibilidades de la red familiar para brindar atención al adulto mayor se ven agotadas y las demandas de cuidado a la persona mayor con dependencia continúan sin resolverse, la familia puede recurrir al cambio de las reglas sobre quién debe cuidarlo o a *la institucionalización* (Rolland, 2000). En la mayoría de los casos en que se toma la decisión de la institucionalización, se ha identificado que tanto el adulto mayor como su familia consideran que necesitan un sistema que asegure su cuidado las veinticuatro horas dadas sus condiciones de salud o de seguridad propia o de los demás (Shaie y Willis, 2003).

En un estudio realizado en la Universidad de Monterrey para el Gobierno del Estado de Nuevo León a través de DIF NL en el año 2012, se identificó que los usuarios de este servicio eran en su mayoría mujeres (67%) que hombres (33%). La edad promedio se situó en 79 años (DE = 12.23) y la moda en 86 años. El 42.5% estaba en estado de viudez, el 37.6% solteros. Un 45% tenía algún tipo de demencia. En relación al grado de funcionalidad física, un 35.8% eran semi-dependientes, seguido de un 34% con dependencia total y un 33.5% de independientes. El ingreso a las residencias había sido por iniciativa propia en el 36% de los casos, con un 32% en que fue necesario convencer a la persona para que ingresara y en el 32% restante, la decisión fue de otras personas como los hijos pues el adulto mayor ya no estaba en posibilidad de decidir dada su discapacidad cognitiva (Gómez, Gutiérrez y Ortiz, 2012).

A partir de estos datos, es evidente la necesidad de atender al adulto mayor institucionalizado, en particular aquel en condición de dependencia, con el fin de mejorar o mantener su salud física y psíquica y favorecer un estado de bienestar. De acuerdo con Gutiérrez, Galiana, Tomás, Sancho y Sánchez (2014), la satisfacción con la vida se ha identificado como parte del bienestar subjetivo; es decir, un proceso de juicio cognitivo en el que la calidad de vida se evalúa globalmente según los propios criterios o estándares, de ahí que se considera como un indicador de la adaptación psicológica y el envejecimiento con éxito. A este respecto, un equipo multidisciplinario con un abordaje activo y compasivo puede constituir para la persona un sistema de apoyo y soporte integral. Al percibirlo de manera positiva, el adulto mayor se aislará menos y estará

dispuesto a socializar, lo que además favorece una percepción de la calidad de su vida como positiva, brindándole a la vez tranquilidad interpersonal (Rodríguez, 2006).

DEPENDENCIA FUNCIONAL

La ciencia ha ido avanzando rápidamente en los últimos años, lo que permite que la esperanza de vida sea cada vez mayor. Asimismo, es posible que en algunas ocasiones pueda llegarse a una edad avanzada con vitalidad. No obstante, en algunos casos se presentan personas mayores con alguna discapacidad física, cognitiva y/o social lo que hace que puedan disfrutar y controlar menos su vida (Díaz et al., 2007). Esta declinación de las capacidades y de la autonomía resta funcionalidad a las acciones cotidianas del adulto mayor para subsistir y autocuidarse, mantener la independencia y permanecer en la comunidad, integrado a su entorno habitual y cumpliendo su rol social.

De igual manera, la pérdida de memoria y otros cambios que resultan en deterioro intelectual contribuyen a una baja en la plasticidad cerebral y a una disminución en la capacidad de formar asociaciones mentales que conduce a apoyarse en asociaciones antiguas a falta de discriminación. Esto explica la rigidez general que suele caracterizar el comportamiento de la gente mayor (Bobenrieth, 1976) y que conducen a cambios repentinos de conducta (Postigo, 2009). A este respecto, Watzlawick, Beavin y Jackson (2002) postulan que comportamiento y comunicación son sinónimos a lo que se suma la propuesta de Arce, Cibanal y Carballal (2010) de que el individuo a través de sus conductas transmite un mensaje directo o indirecto que crea vínculos con los demás. Un terapeuta narrativo concluiría que la experiencia estaría organizada en una narrativa personal con sentido ya se trate de historias, excusas, mitos, razones para hacer o no hacer, entre otros (Bruner, 1998), independientemente de la edad del individuo.

TERAPIA NARRATIVA

La terapia narrativa, un abordaje posmodernista que ha probado su efectividad, consiste en volver a contar y volver a vivir historias (Freedman y Combs, 1996), en un esfuerzo por organizar las experiencias vitales pasadas, presentes y futuras conectadas en una narrativa en secuencia lineal (White y Epston, 1993). Se asume que las personas tienen habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que les ayudan a reducir la influencia de problemas en sus vidas (Castillo, Ledo y del Pino, 2012).

Tal y como sucede en la cotidianeidad, se despliegan otros sentidos al contar a otros o a

uno mismo los relatos de vida en otro espacio y en otro tiempo, en una constante deconstrucción, reconstrucción, co-construcción y resignificación vital.

En este contexto cobra importancia identificar las tramas de las historias que cuenta el adulto mayor y la manera en que dio un significado a los hechos. Brindarle un espacio para una nueva construcción narrativa que le permita expresar lo que quiere y no quiere para sí mismo (Duero, 2006) en una historia con nuevos significados (Bruner, 2003). Una exploración crítica y cuidadosa de las verdades que luego se pueden descartar si fuese beneficioso (*deconstrucción*) y sobre las variaciones de comportamiento que favorecen la formación de contraargumentos y desenlaces inesperados (*reconstrucción*; Charles, 2010; de Shazer, 1995) utilizando su lenguaje y su marco de referencia (*co-construcción*; de Shazer et al., 2006; Erickson en Rossi, 1993; Rossi, 1994).

De lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación: ¿La creación de un vínculo entre psicólogo y adulto mayor que brinde confianza y seguridad favorecerá el relato de vida con el objetivo de deconstruir, reconstruir y co-construir una nueva historia?

MÉTODO

El presente es un estudio de caso realizado en una casa de retiro con Estela (se ha cambiado su nombre por motivos de confidencialidad), una residente de 86 años de edad. Su historial clínico incluía osteoartritis erosiva, diabetes mellitus e hipertensión. Presentaba además dependencia significativa, un alto nivel de depresión, aislamiento social y rechazo generalizado a las mujeres de su entorno. Asimismo, refería haber vivido una relación complicada con una madre autoritaria, exigente, que impidió que contrajera matrimonio.

Para examinar el estado cognitivo en Estela, se aplicó el Mini Examen del Estado Mental de Folstein, un instrumento breve administrado de forma individual sin límite de tiempo que sirve para la detección de demencia. La prueba se agrupa en cinco apartados que evalúan distintas funciones cognitivas (capacidad de orientación témporo-espacial, memoria inmediata y diferida, atención/cálculo, lenguaje, y praxis). La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir la persona (Giménez, Giménez, Dobato, Navarro y Novillo, 1999).

Asimismo, para la evaluación del estado emocional de Estela, se utilizó la prueba de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD; Zigmond y Snaith, 1983) que contiene 14 preguntas, siete relativas a ansiedad y siete a depresión. El puntaje da una indicación del

grado de malestar emocional del adulto mayor para cada condición. La escala permite recoger datos de alteraciones que se producen con el tiempo (Charro y Carrasco, 2013). La intervención fue programada para diez sesiones, dos por semana, siendo la primera y la última para la pre y pos-evaluación. La planeación original consistía en trabajar individualmente con Estela las actividades diseñadas para intervenir con el grupo de residentes en la casa de retiro ya que de inicio se contemplaba hacer adaptaciones en función de la respuesta y del grado de deterioro en que se encontrara cada residente. Esto en consideración a los principios del Código Ético del Psicólogo que enfatizan respetar la integridad de las personas, protegiendo sus derechos y evitando cualquier daño o peligro que pudiera presentarse, siendo especialmente cuidadosos en el trabajo con personas con discapacidades (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Durante las primeras sesiones Estela se mostraba defensiva y opositora con las personas a su alrededor, con excepción de las enfermeras con las que convivía gran parte de su día. En las dos sesiones iniciales, siguiendo el primer axioma de comunicación --toda conducta en situación de interacción tiene un valor de mensaje (Watzlawick et al., 2002), se prestó atención a lo que Estela comunicaba a través de su lenguaje verbal, corporal y comunicación indirecta. Desde un inicio, hizo comentarios negativos hacia la terapista y el resto de los psicólogos trabajando en la institución: "no tienen nada que enseñarnos ellos a nosotros, ni saben nada," "no sirven para nada." Con un trato siempre amable y empático por parte de la terapista, *cumplidos* a su atención a la tarea y comentarios sobre la misma, se logró disminuir su rechazo inicial y construir vínculos de confianza.

En la sesión tres, con la finalidad de estimular la motricidad fina y la expresión emocional de Estela, se le solicitó realizar un "corazón" con el uso de plastilina. Su primera reacción fue negarse a trabajar. La terapista, sin cuestionarla, continuó una conversación terapéutica (Anderson y Goolishian, 1988) al tiempo que manipulaba la plastilina. Estela solo observaba, cambiando paulatinamente su postura hasta quedar de frente, con la atención focalizada en las figuras de plastilina que la terapista realizaba, entre ellas un corazón. Durante la conversación se le preguntó si le gustaba, contestando que no. Sin agregar nada más, la terapista hizo otro corazón de plastilina y al mostrárselo Estela dijo que ese sí le gustaba y el primero no "porque ese es frío y delgado" refiriéndose al grosor del corazón.

Aceptando la elección de Estela la terapista tomó ese corazón y preguntó “¿Qué te hace pensar que ese corazón es frío y delgado?” A lo que respondió “no tiene a nadie”. Para evitar la confrontación directa, se dio un giro a la conversación preguntando acerca de su vida, intereses y experiencias. Mencionó logros importantes en su trabajo, amigas de la juventud e intereses sociales (reuniones para bailar). La terapista señaló que las emociones vividas en esas experiencias y con esas personas eran importantes por lo que cada una podría representar una pequeña parte del corazón de Estela.

Continuando con la actividad, la terapista comenzó a hacer esferas de plastilina de distintos tamaños y los ponía encima del corazón elegido por Estela, quien iba jerarquizándolos según el tamaño de la bolita, p.e. su trabajo era una bolita mediana ya que era importante para ella pero no tanto como su familia. Pronto, ella empezó a hacer y a acomodar por si misma las bolitas al tiempo que explicaba sus acciones.

Su lenguaje corporal cambió, mostrando tensión en su movimiento de manos, al narrar “la complicada relación” que tuvo con su “exigente y autoritaria madre”, sin embargo ocupó un gran espacio en el corazón de plastilina. Hacia el final de la sesión, habló acerca de sus intereses y que se sentía “bien” al mismo tiempo que coloreaba un dibujo de un delfín que llevó la terapista.

Durante la cuarta sesión, se aplicó el test Mini Mental de Folstein (MMSE), útil para detectar deterioro cognitivo cubriendo aspectos relacionados con la orientación, aprendizaje y la memoria (De Barthel, 2008). Su puntaje fue de 13 puntos indicador de deterioro cognitivo. Al finalizar la aplicación, se realizaron juegos de estimulación de memoria y ubicación visoespacial, memoramas y rompecabezas. En las que Estela participó con la terapista de manera individual en la actividad de encontrar la mayor cantidad de pares para ganar (memorama), mientras que en la actividad grupal se interactuó con los demás residentes para armar un rompecabezas.

En la quinta sesión, se realizó la actividad “cuadro de fortalezas” en la que Estela podía recordar y reconocer las fortalezas que le habían ayudado a enfrentar las situaciones difíciles. Esto permitió re-significar los hechos, justificando las situaciones pasadas que le brindaron un sentido y un significado distinto. Entre sus fortalezas identificó disciplina, disponibilidad, justicia, lealtad, respeto, responsabilidad, silencio, valentía y valor, mismas en las que se apoyó la intervención psicológica para la re-significación. Se co-construyó un nuevo significado importante para mantener su *sentido de identidad*. Situándola ahora como *expectadora* (Dodet, 1998) del su comportamiento disciplinado, visualizando cómo

los sacrificios realizados y que la alejaron de sus intereses sociales, le habían posibilitado ascender de puesto en la empresa donde trabajaba y de lo cual se sentía muy orgullosa. Durante la sesiones seis y siete, se llevaron a cabo actividades utilizando un dibujo que ella coloreó en la sesión tres. El dibujo era la imagen de un delfín al que nombró “Nose”. Sin cuestionarla, la terapista comenzó a guiar la narración de la historia de aquel delfín, estimulando la creatividad y la expresión emocional.

En el proceso de la construcción de la historia incluyó constantemente términos mórbidos como sangre, llanto, tristeza, soledad, enojo, abandono y muerte, haciendo cambios repentinos hacia eventos felices. Refirió que el delfín se sentía triste, solo y abandonado por sus amigos del mar. Comenzó a nadar solo pero después, como no le gustaba la soledad, decidió buscar a más peces con las cuales pudiese compartir su tiempo. Cuando los demás peces comenzaron a reírse de él, el delfín les dijo que no los necesitaba, buscó a su madre, pero ella la abandonó. Entonces decidió continuar solo su camino sintiéndose feliz de estar solo, alejado de los demás y en silencio. Después de eso, la terapista fue guiando la sesión para reflexionar acerca de los sentimientos de abandono y decepción que le producía la madre al personaje principal.

Considerando los cambios de género y de tiempos verbales, la expresión emocional expresada sobre el personaje y el tono de voz, se solicitó a Estela pausar la narración y hablar sobre cómo se sentía ella en ese momento, con el fin de lograr reconocer la emoción en su cuerpo y disminuir su efecto negativo con anclajes positivos (Dobrinsky, 2011). Inicialmente dijo sentirse “bien” pero al poco tiempo dijo sentirse “sola”. La terapista decidió retomar de manera directa aspectos negativos de su percepción materna para re-significarlos como *amor de madre*. Fragmentos de la *conversación de remembranza* (Russell y Carey, 2002; White, 1997): “...tal vez, tu mamá te quería tanto que quería verte feliz y tenía miedo de que te llegasen a lastimar.” “Sí, ella me quería mucho,” “¿Qué haces tú cuando quieres que alguien sea la mejor en algo?” “Le digo que haga las cosas bien.” “¿Podría ser entonces que tu mamá quería que fueras la mejor en el trabajo y por eso te exigía tanta disciplina?” “Sí, ella me quería mucho.” Para anclar positivamente la re-significación se le indicó que cada vez que ella se sintiera sola o tuviera algún sentimiento que le quitara su felicidad o tranquilidad volteara a ver “la ventana” (una en particular que a Estela le causaba tranquilidad), o tocara un anillo que no se quitaba e intentara recordar algo que la hiciera feliz (persona, anécdota o creencia) para que poco a poco ella pudiera tener un mayor control de sus emociones y de su comportamiento hacia los demás.

En la sesión ocho, se trabajaron aspectos de duelo, considerado el dolor o la respuesta afectiva a la pérdida de alguien o algo (García, 2009). Se realizaron actividades de los ciclos de la vida y de la muerte, re-significando el sentido de abandono por cambios cílicos de la vida.

La sesión terapéutica fue realizada con el uso de dibujos de peces a los que asignó el nombre de alguien que se hubiera alejado de su vida y las cualidades que poseía. Además de otras personas en su vida, hizo especial énfasis al nombrar a su madre, describiéndola como controladora, exigente y celosa. Posteriormente, los peces fueron arrojados al mar (una cartulina frente a ella) al tiempo de compartir una interpretación constructivista abierta a la negociación (Anderson y Goolishan, 1988) de que esas personas tenían que seguir su camino y que se encontraban en tranquilidad, por lo que era bueno dejarlas seguir con sus ciclos. En este caso, el pensamiento narrativo que no sigue una lógica lineal ni de razonamiento verbal sino analógico, condujo a que las imágenes se combinaran y juntaran en la trama narrativa por la semejanza de sus contenidos y por las similitudes de las tonalidades emotivas que despiertan (García, 2009).

Durante la sesión nueve, se aplicó la “técnica de la silla vacía”, un psicodrama imaginario orientado a la toma de conciencia en el aquí y el ahora de diversas justificaciones, los propios sentimientos y los supuestos en la otra persona (Doron y Parot, 2008) --en este caso su madre-- para descubrir y hacer explícitos aspectos ocultos de dilemas internos (Leventon, 2006). Se trabajó en perdonar y avanzar. Inicialmente, le costaba formular respuestas, ya que solo decía “pues como voy a saber por qué me dijo eso.” Sin embargo, en el transcurso de la actividad la conversación fue más fluida, mostrando mayor disposición y aportando información de distintas situaciones vividas con su madre. Destaca, la exigencia materna y la oposición a que contrajera matrimonio, con verbalizaciones como “Quiero lo mejor para ti”, “Te quiero mucho, como para dejar que te cases” y “Te quiero para mi sola.” Del diálogo terapéutico se pasó a la integración de la experiencia (Greenberg, Rice y Elliot, 1996), a la co-construcción de una nueva narrativa que Estela concluyó afirmando que ella sabía que su madre la quiso mucho.

En la décima sesión, se aplicó nuevamente la prueba de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), obteniendo un puntaje de depresión normal (5) y se dio un cierre general de todas las sesiones, mencionándole a Estela sus habilidades y fortalezas.

Al finalizar la intervención, Estela fue capaz de identificar las fortalezas que poseía con el consecuente aumento en disposición, mayor cooperación y participación en las

actividades grupales y menor resistencia para crear vínculos interpersonales, cuestionando menos a las figuras de autoridad. Asimismo, logró construir nuevas narrativas con anclajes positivos que le permitieron reaccionar de manera controlada a estímulos estresantes y encontrar un nuevo sentido a su vida.

DISCUSIÓN

El adulto mayor enfrenta una disminución general de todas las actividades corporales que con frecuencia se acompañan de una afectación de la eficiencia en el procesamiento de todo el sistema cognitivo, primordialmente la memoria, el lenguaje y las funciones visoespaciales, presentes en el caso Estela. Asimismo, la disminución de la capacidad cognitiva, en particular de la memoria, se puede experinciar con un incremento de la ansiedad que por lo general es comórbido con un proceso depresivo (Cornachione, 2006), también presente inicialmente en Estela que además podría estar asociado a duelos no resueltos (Estalovski, 2004). Esta situación podría explicar la disminución de su funcionalidad diaria (Reyes-Figueroa et al., 2010), su autoconcepto negativo, el acceso reducido a actividades sociales y a soporte social (Jacoby y Oppenheimer, 2005) y su malestar psíquico por la constante conexión con su pasado recordado con enojo y tristeza (Losada y Strauch, 2014).

Intervenir con adultos mayores en condiciones de dependencia que además presentan deterioro cognitivo y sintomatología depresiva requiere desarrollar un vínculo empático. Poco a poco, al estimular la acción de la memoria (Postigo, 2009), emerge la posibilidad de construir nuevas historias a través de prácticas de conversación externalizadoras (Epston y White 1990), conversaciones de remembranza (Russell y Carey, 2002; White, 1997), dibujos para compartir historias (Kasuya, 2012) y proyecciones artísticas plásticas y dramáticas que acerquen a la conciencia contenidos perturbadores de manera indirecta sin llegar al bloqueo. El cerebro no diferencia sobre lo que le pertenece y lo que no, se disocia, viendo la realidad a través de la fantasía, una plataforma en donde se refleja el conflicto (García, 2009) y el psicólogo acompaña fungiendo como co-narrador configurando nuevas historias, negociando y renegociando significados, salvando los obstáculos que el sufrimiento impone (Rodríguez, 2009). El individuo no solo es capaz de enfrentar el conflicto (Mirotti, 2008) sino que al recrear las historias, nuevos anclajes positivos contribuyen a un mayor bienestar (Dobrinsky, 2011).

Aún y cuando Estela había percibido durante toda su vida a la madre autoritaria que en la adulzez impidió su matrimonio, el gran espacio que dedicó a la madre en el corazón de

plastilina permitió identificar la importancia que tenía ella en su vida. De acuerdo con Cornachione (2006), la figura materna tiene un papel fundamental en el desarrollo armónico del individuo ya que sin tener conciencia de ello, estimula y crea condiciones favorables o desfavorables para el desarrollo emocional de la persona y de sus vínculos. Si a lo anterior se agrega que a partir de los 65 años el procesamiento de información se ralentiza, volviéndose los recuerdos menos agudos y confiables y con predominio de los aspectos emocionales (Stassen, 2009), es importante mantener el balance en la conversación terapéutica para asegurar su eficacia. Discrepancia y coherencia se entrelazaron para brindar alternativas viables para la deconstrucción sin que la reconstrucción entrara en contradicción con la experiencia narrativa de Estela (Villegas, 1995), re-significando acontecimientos (Vallejo, 2011) y encontrando nuevas visiones de la situación de origen con lo que se logró un cambio en la percepción de sí misma y de los demás que adicionalmente permitió una mayor interacción con el resto de los residentes en la casa de retiro y que, de acuerdo con Bernejo (2010), podría beneficiar cuantitativa y cualitativamente la red de apoyo y la satisfacción de vida.

CONCLUSIÓN

La alteración progresiva de la homeostasis interna en el adulto mayor se acompaña de una disminución general de sus funciones físicas, psíquicas y sociales. Este proceso puede significarle una alta carga emocional negativa. Los resultados de este estudio sugieren que es posible trabajar con adultos mayores con deterioro cognitivo que han empezado a retraerse de su entorno. Los principios de la terapia narrativa aunados al establecimiento de un sólido vínculo con base en una relación empática que brinde confianza y seguridad abrirá la entrada a su historia de vida para deconstruir, reconstruir y co-construir historias que permitan continuar con un nuevo guion en una narrativa con un nuevo sentido de vida. En conversación con otros, la auto-narrativa crea posibilidades, actualiza opciones, objetiviza el cambio, por lo que se considera un enfoque importante para el trabajo con adultos mayores. El psicólogo, actuando como un *artista del cambio, diestro* en el uso de la técnica, sabrá empatizar y formular metáforas únicas y juegos de lenguaje para entablar una conversación de remembranza que logre la co-construcción de narrativas de transformación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27 (4), 371-393. doi: 10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x
- Arce, M., Cibanal, L. y Carballal, M. (2010). *Técnicas de comunicación y relación en ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier.
- Bernejo, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. Madrid: Panamericana.
- Bobenrieth, M. A. (1976). *Problemas de aprendizaje en el adulto mayor*. Washington, DC: OPS/OMS.
- Bruner, J. (1998). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Castillo, I., Ledo, H. I. y del Pino, Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de Salud Mental*, X (42), 59-66.
- Charles, R. (2010). *Modelo de terapia breve enfocada en soluciones*. Monterrey, NL: Centro de Crecimiento Personal y Familiar.
- Cornachione, M. (2006). *Psicología del desarrollo. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De la vejez*. Buenos Aires: Editorial Brujas.
- de Shazer, S. (1995). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- de Shazer, S., Dolan, Y. M., Korman, H., Trepper, T. S., McCollum, E. E. y Berg, I. K. (2006). *More than miracles: The state of the art of solution focused therapy*. New York, NY: Haworth Press.
- Díaz, D., Bayarre, H., Lazo, M. A., Menéndez, J., Pérez, J. y Tamargo, T. (2007). Prevalencia de discapacidad física en ancianos de la provincia Granma. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23 (2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-21252007000200009yIngl=es
- Dobrinsky, M. (2011). *PNL la técnica del éxito*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lea.
- Dodet, M. (1998). La moviola. *Psicoterapia*, 4 (13), 89-93.
- Doron, R. y Parot, F. (2008). *Diccionario de psicología*. Madrid, España: Akal.

- Duero, D. (2006). Relato autobiográfico e interpretación: una concepción narrativa de la identidad personal. *Athenaea Digital*, 9, 131-151.
- Estalovski, B. (2004). **Cómo vencer la depresión**. Buenos Aires, Argentina: Ziel.
- Freedman, J. y Combs, G. (1996). The narrative metaphor and social constructionism: A postmodern worldview. En J. Freedman y G. Combs, **Narrative therapy. The social construction of preferred realities** (pp. 19-41). New York: WW Norton y Co.
- García, F. (2009). **Procesos básicos en psicoterapia gestalt**. México: Manual Moderno.
- Gil, A., Guarné, B., López, D., Rodríguez, I. y Vítores, A. (2005). **Tecnologías sociales de la comunicación**. Barcelona: UOC.
- Giménez, M., Giménez, S., Dobato, J., Navarro, E. y Novillo, M. (1999). **Examen del estado mini-mental: propuesta de una normativa para su aplicación**. Recuperado de: <http://www.e-psicometria.com/Portals/0/Bibliografia/MMSEnformativa.pdf>
- Gómez, S., Gutiérrez, R. y Ortiz, J. B. (2012). **Diagnóstico situacional de los establecimientos de atención a adultos mayores en Nuevo León**. Garza García, NL: Universidad de Monterrey, Departamento de Psicología.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliot, R. (1996). **Facilitando el cambio emocional**. Barcelona: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). **Censo de Población y Vivienda 2010**. México.
- Jacoby, R. y Oppenheimer, C. (2005). **Psiquiatría en el anciano**. Barcelona: Masson.
- Kasuya, C. (2012). Un enfoque narrativo sobre las personas inmigrantes en Costa Rica: utilización de una técnica cualitativa de origen japonés. *Actualidades en Psicología*, 26 (113), 1-13.
- Leventon, E. (2006). **Terapia familiar para adolescentes en crisis: diccionario**. México, DF: Pax.
- Losada, A. V. y Strauch, M. A. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. *Neurama: Revista electrónica de psicogerontología*, 1 (1), 48-61. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/282663088_Sintomas_depresivos_en_adultos_mayores_de_65_anos_Influencia_del_vivir_solo_oacompanado

- Mirotti, M. (2008). *Introducción a las técnicas proyectivas*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Novara, D. y Passerini, E. (2005). *Educación socioafectiva*. Madrid: Narcea.
- Prado, A. y Sojo, A. (2010). *Envejecimiento en América Latina; sistemas de pensiones y protección social integral*. Santiago, Chile: PPU.
- Postigo, C. (2009). *Dirige tu vida*. Madrid: Cultivalibros.
- Reyes-Figueroa, J. C., Rosuch-Estragó, M., Bordas-Buera, E., Gaviria-Gómez, A. M., Vilella-Cuadrada, E. y Labad-Alquézar, A. (2010). Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Revista de neurología*, 50, 653-660.
- Rodríguez, M. (2009, Noviembre). *Narrativa y psicoterapia. Por una construcción identitaria e identificatoria del sí mismo*. Trabajo presentado en el III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia, Sao Pablo, Brasil.
- Rodríguez, N. (2006). *Manual de sociología gerontológica*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Schaie, K. W. y Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Serrano, O. y Paredes, R. (2006). *Ética en el ejercicio de la medicina*. Buenos Aires: Panamericana.
- Sociedad Mexicana de Psicología A.C. (2007). *Código ético del psicólogo*. México, DF: Trillas.
- Stassen, B. (2009). *Psicología del desarrollo, adultez y vejez*. Madrid, España: Panamericana.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Villegas, M. (1995). La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 6 (22-23), 5-19.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D. D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

White, M. y Epston, D. (1993). **Medios narrativos para fines terapéuticos.** Buenos Aires: Paidós.

Zigmond, A. S. y Snaith, P. R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x