

## **REDES SOCIALES DE APOYO Y EMPATÍA: INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS.**

Alicia Arredondo Jaime. Universidad de Monterrey

Sanjuana Gómez Mendoza. Universidad de Monterrey.

**RESUMEN:** El envejecimiento es un proceso que forma parte del desarrollo humano. En ambientes de institucionalización es necesario procurar abordajes que preserven la red social. Desarrollar acciones para la construcción y permanencia de este importante recurso social-personal es fundamental para el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores. La empatía, como cualidad para identificar y comprender la presencia del otro y mostrarse dispuesto a incluirlo es la principal habilidad interpersonal a desarrollar. Se diseñó una intervención psicosocial con el objetivo de promover la empatía y estimular la construcción de una red social entre los residentes de una institución geriátrica. El estudio es cualitativo, observacional y transversal, participaron 5 adultos mayores. Comprende cuatro fases: a) Evaluación inicial e inclusión de residentes cognitivamente funcionales, b) identificación de necesidades y preferencias de los participantes c) Intervención psicosocial -8 sesiones grupales con una duración de 40 minutos cada una- d) Evaluación y seguimiento. El grupo amplió sus interacciones entre ellos y con otros residentes, descubrieron intereses comunes y limitaciones, se mostraron con mayor disposición a iniciar una conversación, ayudar a sus compañeros y colaborar en actividades de tipo instrumental, externaron su comprensión y aceptación de las diferencias cognitivas de sus compañeros, estos comportamientos se mantuvieron cuatro semanas después de haber concluido la intervención .

**Palabras clave:** adultos mayores institucionalizados, empatía, redes sociales de apoyo.

## **Introducción:**

La población mundial enfrenta el fenómeno mundial del envejecimiento, en México, los adultos mayores de 65 años corresponden al 7.2% de la población (Encuesta Intercensal, INEGI, 2015). Viven en sus hogares o con algún familiar. Un porcentaje mínimo pero que va en incremento reside en instituciones geriátricas.

La institucionalización impone nuevos retos para las personas pues experimentan la pérdida de su autonomía, su intimidad, red de amigos o su salud (Sarasty,2014). Al compararlas con los adultos mayores que siguen viviendo en su casa se reporta un mayor deterioro en su calidad de vida (Fernández, 1997). Tienen 12% mayor de probabilidad para desarrollar depresión (Ugalde ,2010). Corren un 50% más de riesgos de sufrir caídas (Villar San Pio, 2006). Les resulta difícil adaptarse a los compañeros, especialmente en los centros geriátricos que brindan servicio a personas que presentan diversos tipos y grados de dependencia física o cognitiva. no saben relacionarse con ellos, los perciben diferente y no les tienen paciencia. Viven de forma simultánea la modificación o pérdida de sus redes sociales y tendrán que ajustarse a una dinámica institucional que comprende horarios, espacios comunes, personal que labora en el lugar, visitantes entusiastas por una hora –y que no volverán a ver- y se agrega la experiencia de la cercanía de la muerte. Un factor protector ante la vivencia de la institucionalización son las redes sociales de apoyo. Fomentan el bienestar psicológico, social, afectivo y la salud de los individuos (Fernández, et al. 1999). En la última etapa de la vida adquieren una importancia aún mayor por la disminución de los integrantes de la red (López, 2008). La habilidad interpersonal que favorece al tejido de estas redes sociales internas es la empatía. Facilita legitimar el sentimiento ajeno, entender al otro, así como atender su comunicación no verbal (Ibarrola, 2007). Rogers (1975) la describe como sentir las emociones de otro, como si fuera ese otro. Batson y colaboradores (2004), señalan que es la emoción provocada por la comprensión que sentimos hacia otra persona y es una cualidad humana y fundamental que se debe desarrollar en cualquier etapa del ciclo vital.

Revisar la empatía desde la visión del adulto mayor es una tarea diferente a la que viven las personas jóvenes. Orosa (2001) señala que el adulto mayor se encuentra orientado hacia sí mismo pensando en la inminencia de lo “poco que le queda de vida” y no en lo que podría agregar a su vida diaria para procurar un círculo de amigos o en observar cómo se sienten otros y comprenderlos. Esta circunstancia complica la eficacia con la que un adulto mayor reinicia sus actividades de interacción social, participación o ayuda a otros.

Hay adultos mayores con recursos personales que viven este proceso sociopsicológico de forma saludable y pueden reorientarse hacia los otros y expresar empatía, sin embargo, habrá quienes no logran aplicar esta habilidad y se comportan como personas asociales, distantes y de carácter difícil (Orosa, 2001). La empatía tiene un componente cognitivo (la comprensión de los sentimientos ajenos) y un afectivo (la activación emocional en respuesta a los sentimientos ajenos), esta perspectiva integradora se conceptualiza como un proceso vicario en el que la persona logra integrar los pensamientos y estados emocionales de los demás (Davis, 1996; Jolliffe y Farrington, 2004).

Las conductas prosociales como cuidar, ayudar, colaborar y posturas respetuosas y tolerantes hacia otros demuestran su asociación con la empatía (Pecukonis, 1990; Richaud, 2013; Allemand, 2015).

Para el desarrollo de la empatía Kipper (1979) reporta la efectividad del uso del role-playing, la reflexión y cuentos cortos. Guanotásig (2011) apoya el uso de actividades o juegos para crear una esfera afectiva, desarrollando un estilo de vida más activo y positivo, fomentado redes de apoyo entre los participantes. Del Prette (2013) presenta evidencia de la efectividad del modelo vivencial para el desarrollo de habilidades sociales e interpersonales, entre ellas la empatía con el uso de vivencias como contexto y apoyo a procedimientos y técnicas conductuales y cognitivas.

Las perspectivas humanistas orientadas hacia el respeto a los derechos de las personas y la diversidad se han aplicado en ambientes institucionales a través del modelo centrado en la persona. Fue propuesto por Carl Rogers (1961) y nombró a

su método “terapia centrada en el cliente.” Martínez(2013) la describe como un trabajo donde “el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido.” El modelo centrado en la persona, la ubica en el centro de las decisiones. Las instituciones ajustan sus planes y programas a las preferencias y deseos de los beneficiarios o usuarios de los servicios que brindan ya sea en ambientes de salud, educativos o de atención geriátrica. Estas iniciativas persiguen objetivos comunes: preservar la dignidad y derechos de las personas mayores que necesitan cuidados partiendo del reconocimiento de su individualidad y del respeto a sus preferencias y decisiones en cuanto a su salud, cuidados y vida cotidiana (Martínez, 2013. Adicionalmente, los enfoques de la narrativa sistémica han demostrado su efectividad en el trabajo gerontológico. Salazar-Villanea (2007) lleva al espacio de los significados los procesos reflexivos que surgen de la reminiscencia y la memoria autobiográfica que realizan después de actividades vivenciales o de participación programada.

La reminiscencia como técnica cognitivo-afectiva y social en adultos mayores se emplea para múltiples propósitos relacionados con la preservación y construcción de la identidad, el fortalecimiento de la autoestima en situaciones de pérdidas de la salud y la transmisión de conocimientos, valores y experiencias de vida a otros (Chaudhury,1999 en Salazar-Villanea,2007). La integración de un modelo humanista, propositivo a través de experiencias vivenciales y empleo de la narrativa fomentará el desarrollo posturas y comportamientos que trascienden de la actividad programada a la experiencia de vida para luego permearla hacia una prospectiva de conductas prosociales como la colaboración, conversación empática y la ayuda a compañeros de la comunidad donde residen.

### **Objetivos:**

Fomentar la construcción de redes sociales de apoyo en adultos mayores institucionalizados sin deterioro cognitivo a través de la promoción de la empatía

## **Material y métodos:**

Diseño cualitativo, transversal y observacional. Se seleccionó una muestra de adultos mayores funcionales cognitivamente, residentes de una institución geriátrica de beneficencia privada del área metropolitana de Monterrey que atiende personas adultas mayores en desamparo y son admitidos independientemente de su estado cognitivo o de salud.

### *Instrumentos:*

Historia clínica: Contiene datos sociodemográficos, estado de salud y tratamientos actuales de los participantes.

Mini mental State Examination ( Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Se obtiene un total de 30 puntos. El corte para sospecha de deterioro cognitivo es 24.

Índice de Barthel (Mahoney, F. Barthel, D., 1965) Evalúa la capacidad de una persona para realizar Actividades de la vida diaria.

De los 53 residentes, solo 5 cumplieron el criterio de inclusión, 4 mujeres y 1 hombre.

*Procedimiento:* Durante 4 semanas antes y 4 semanas después de la intervención se realizó un registro observacional no participativo sobre comportamientos prosociales asociados a la empatía: a) Conversar con compañeros, b) Iniciativa para colaborar c) Ayudar a los compañeros, d) Tolerancia. El proceso consta de 5 fases: Fase 1: Observación y registró la dinámica de interacción de los participantes con otros residentes y entre ellos. Fase 2: sesión de identificación de necesidades y sugerencias para la intervención, siguiendo el modelo centrado en la persona y el enfoque de la narrativa sistémica. Fase 3: diseño y planeación de las actividades, de acuerdo a las conclusiones obtenidas de la fase previa. Fase 4: Intervención: Se realizaron 8 sesiones, cada una cuenta con una ficha que contiene nombre de la actividad, objetivo, procedimiento, reflexión sobre la actividad y hoja de observaciones del moderador. En 5 de las sesiones se trabajó con los participantes que cumplieron con el criterio de inclusión y en 3 la sesión fue abierta a otros residentes.

Fase 5: observación y registro del comportamiento social e interpersonal de los participantes.

**Resultados:**

Para la organización de la información se desarrollaron cuatro conceptos a los que se les asignaron categorías de conducta y se integraron los principales comportamientos relacionados con esa clasificación, posteriormente se contabilizó el número de participantes que la realizaban y se obtuvo el promedio de participantes que mostraban esas acciones antes y después de la intervención. La primera categoría fue conversar con compañeros. En la observación inicial solo una persona en promedio lo hacía, después de la intervención lo hacían 4.5. La segunda que corresponde a iniciativa para colaborar, antes de la intervención lo hacían en promedio 1.5 personas, después de la intervención se incrementó a 4. En la correspondiente a ayudar a sus compañeros en el registro inicial eran 2 y posteriormente se incrementó a 3.5. Finalmente, en la categoría de Tolerancia se inició con 1.5 en promedio y se incrementó en 4 personas después de la intervención (cuadro 1)

En promedio antes de la intervención 1.5 personas mostraban conductas asociadas a la empatía y después de la intervención lo hacían 3.9 personas (Cuadro 1).

		Personas que realizaban la conducta	
		Antes	Después
	<b>Conductas observadas durante un periodo de 4 semanas pre y post</b>		
<b>Conversar con compañeros</b>	Inicia conversación por iniciativa propia con sus compañeros.	0	5
	Se acerca a charlar con un grupo de compañeros y/o visitantes.	2	4
	<b>Promedio de personas por categoría</b>	<b>1</b>	<b>4.5</b>
	Colabora en actividades de ayuda en la institución (poner los platos en la mesa, limpieza de las frutas y verduras, distribuye la merienda a los compañeros).	2	4

<b>Iniciativa para colaborar</b>	Si observa un grupo de compañeros realizando alguna actividad se acerca para contribuir.	1	3
	<b>Promedio de personas por categoría</b>	<b>1.5</b>	<b>3.5</b>
<b>Ayudar a compañeros</b>	Asiste a los compañeros que están teniendo dificultad con alguna tarea.	3	4
	Acuden los residentes a pedirle consejos o ayuda	1	3
	<b>Promedio de personas por categoría</b>	<b>2</b>	<b>3.5</b>
<b>Tolerancia</b>	Comprende las limitaciones de sus compañeros y se muestra tolerante y comprensivo de sus comportamientos o solicitudes de ayuda	2	4
	Acepta que las personas pueden tener opiniones diferentes a la suya.	1	4
	<b>Promedio de personas por categoría</b>	<b>1.5</b>	<b>4</b>
	<b>Sumatoria total promedio de personas</b>	<b>1.5</b>	<b>3.9</b>

Cuadro 1. Categorías y conductas asociadas realizadas por los participantes antes y después de la intervención.

Para la integración de las observaciones de interacciones, direccionalidad y número de personas en la red se organizó en un gráfico (Gráfico 1). Previo a la intervención, los participantes identificados como P1, P2, P3, P4 y P5 se encontraban divididos en 3 grupos. Las personas P1, P2, P3 interactuaban entre ellas, la P4 con 2 personas que no formaban parte del grupo. La P5 no interactuaba con el grupo, pero si con una persona no participante. (Gráfico 1).

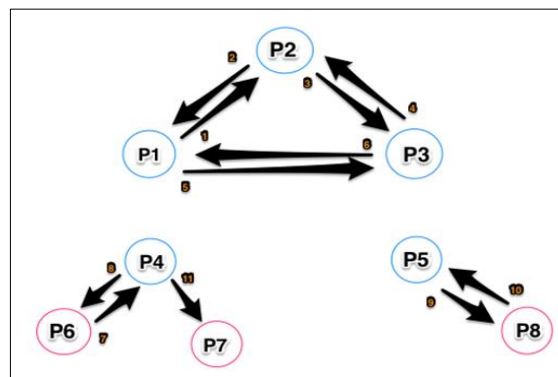


Gráfico 1. Representación de la red social previo a la intervención

Posterior a la intervención, se realizó la observación de las interacciones y la direccionalidad de los participantes P1, P2, P3, P4, P5. Se identifica cambio en el número de interacciones, la estructura de la red y el número de personas que se encuentran conectados, adicionalmente incluyeron a 7 personas no integrantes del grupo inicial (Gráfico 2).

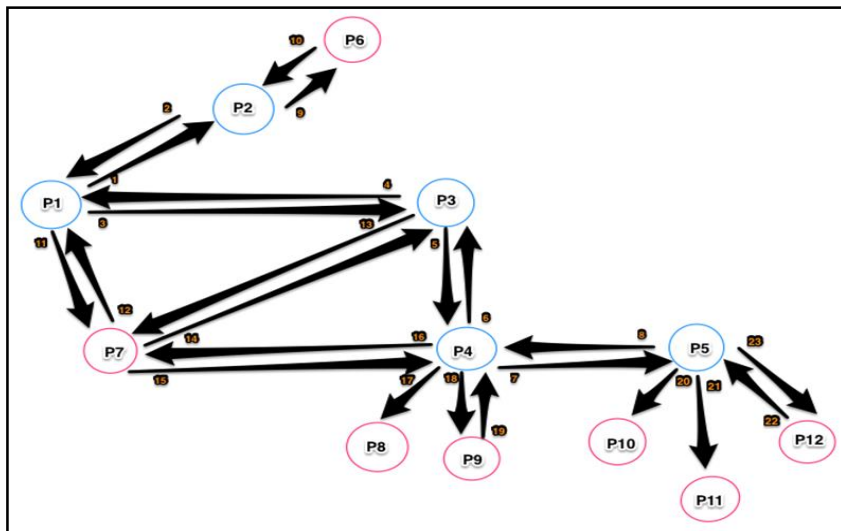


Gráfico 2. Red construida después de la intervención.

La persona P5, incluye a compañeros y crea un eslabón recíproco con la P4 y se convierte en el elemento de unión de la red, además de incluir a otros compañeros. La persona P7, que inicialmente solo era incluida por la P4, después de la intervención es incluida por otros dos integrantes del grupo. (Gráfico 2).

Para las actividades de reflexión, los participantes hicieron tres preguntas recurrentes que durante el proceso se pudieron responder asociándolas con las actividades realizadas durante las sesiones. La primera pregunta era ¿porque le dan preferencia a los otros que no saben jugar ni ponen atención y les dan siempre premios, aunque no ganen? (haciendo alusión a los compañeros con deterioro cognitivo o demencia durante actividades lúdicas organizadas por voluntarios). La segunda pregunta era ¿porque me tengo que esperar a que “esta persona” la atiendan, si yo también estoy viejo y quiero que me traten igual? (haciendo alusión



a la forma en que está organizado el personal para atender a quienes no pueden valerse por sí mismos o requieren ayuda). La tercera pregunta era ¿porque no hacen actividades para los que estamos bien, solo hacen para los que no entienden y nos aburrirnos? Se presentan los comentarios posteriores al trabajo reflexivo que se realizó después de la intervención (Tabla 2). Las declaraciones posteriores a la intervención nos indican la transformación de las creencias y perspectivas de los participantes.

Preguntas antes de la intervención	Integración de comentarios durante los procesos de reflexión
¿Porque le dan preferencia a los otros que no saben jugar ni ponen atención y les dan siempre premios aunque no ganen?	Ya entendí que no están sanos como yo Debería sentirme agradecido yo estoy bien lo mejor es respetarlo Cuando vengan los voluntarios les voy a Ayudar.
¿Porque me tengo que esperar a que esta persona la atiendan, si yo también estoy viejo y quiero que me traten igual?	Las enfermeras andan muy ocupadas porque los señores no pueden bañarse solos, yo pensaba que eran necios , ya no me voy a enojar, me espero a bañarme hasta que terminen
¿Porque no hacen actividades para los que estamos bien, solo hacen para los que no entienden y nos aburrirnos?	Nos sentimos felices que ustedes estén trabajando con los que no estamos tan mal (haciendo alusión al trabajo de los investigadores), aquí si podemos platicar sin que nos interrumpan, ya sentimos que si nos hacen caso

Tabla 2. Comentarios sobre el cambio de postura y disposición empática de los participantes

### Conclusiones:

Perder la red social de amigos y la familia como consecuencia del ingreso a una institución geriátrica es una situación que puede resultar dolorosa y complicada

para construir nuevos vínculos con personas desconocidas, no elegidas como compañeros y que se encuentran en condiciones de salud que no ayudan en dicho proceso. El desarrollo de una intervención psicosocial fundamentada en el modelo centrado en la persona, técnicas de los modelos vivenciales y la técnica de reflexión del modelo sistémico narrativo, es una propuesta integradora que brinda una alternativa para trabajar en instituciones que viven dificultades en la integración, colaboración o tolerancia de los residentes que no han logrado entender con claridad la multidimensionalidad del envejecimiento en edades avanzadas. El trabajo realizado confirma la efectividad del empleo de una postura de respeto y escucha de los investigadores como un ingrediente inicial de todo proceso y que además se alinea con la propuesta de modelo centrado en la persona.

Al igual que comenta (Del Prette, 2013) el uso de tareas que puedan ser trasladadas al aprendizaje de habilidades interpersonales como la empatía, confirma el éxito de estas acciones en aspectos como la expresión de tolerancia, comprensión y empatía hacia los compañeros que se encuentran en condición de mayor dependencia. Las situaciones vividas que permitieron realizar un proceso reflexivo, aporta a la persona la oportunidad de entender otras perspectivas que facilitan la incorporación de nuevos significados del envejecer, la salud y enfermedad así como el agradecimiento al descubrir que se está en una posición de menor daño o deterioro al compararse con sus compañeros, este proceso facilita además un fortalecimiento de su propia identidad y una reconsideración de los temas importantes de la vida al llegar a la vejez.

La intervención aporta elementos para confirmar su efectividad con el grupo de personas participantes, tiene la limitante de que el número de personas es pequeño por lo que los resultados no se pueden generalizar. No obstante, este es el primer paso para continuar con su replicación en otros espacios geriátricos. Es importante recomendar que el material para la realización de las actividades de cada sesión debe seleccionarse de acuerdo a las sugerencias y características del grupo con el que se trabaje, recordando que cada individuo o grupo tiene necesidades y sugerencias distintas.

## Referencias:

Allemand, M., Steiger, A. E., & Fend, H. A. 2015. Empathy Development in Adolescence Predicts Social Competencies in Adulthood. *Journal of Personality*, 2, 229–241. <https://ezproxy.udem.edu.mx:2117/10.1111/jopy.12098>

Batson, C. D., Ahmad, N. & Stocks, E. L. 2004. Benefits and liabilities of empathy-induced altruism. *The social psychology of good and evil*. Guilford Publications, New York, 359-385.

Del Prette, A., Del Prete, Z.A. 2013. Programas eficaces de entrenamiento en habilidades sociales basados en métodos vivenciales. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, Vol. 31, número 3, págs. 67-76

Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Iñiguez, J. Y Zamarrón, M.D. 1999: *Qué es Psicología de la vejez*. Madrid, Biblioteca Nueva.

Guanostásig Galván, Ana María. 2011. Efectos del juego en la autoestima del adulto mayor. Universidad Central del Ecuador, Informe final del Trabajo de Grado Académico, Facultad de Ciencias Psicológicas.

Ibarrola, B. 2007. Dirigir y educar con inteligencia emocional. Ponencia del VII Congreso de Educación y Gestión. *Revista Timonel*.

Kipper, D. A. and Ben-Ely, Z. 1979. The effectiveness of the psychodramatic double method, the reflection method, and lecturing in the training of empathy. *Journal of Clinical Psychology*, 2, pp. 370–375. doi: 10.1002/1097-4679(197904)35:2<370::AID-JCLP2270350229>3.0.CO;2-Y.

Orosa, F. Teresa. 2001. La Tercera Edad y la Familia: una mirada desde el adulto mayor. La Habana. Ed. Félix Varela

Pecukonis, E. V. 1990. A cognitive/affective empathy training program.. Adolescence, 25(97), 59. Retrieved from <http://ezproxy.udem.edu.mx:2072/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=pbh&AN=9705135189&site=ehost-live&scope=site>

Richaud, M., Mesurado, B., & Lemos, V. 2013. Links Between Perception of Parental Actions and Prosocial Behavior in Early Adolescence. Journal of Child & Family Studies, 5, 637–646. <https://ezproxy.udem.edu.mx:2117/10.1007/s10826-012-9617-x>

Rogers, C. R. 1975. Empathic: An unappreciated way of being. The Counseling Psychologist, 5, 2-10.

Salazar-Villanea, M. 2007. Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer Actualidades en Psicología, 21: 1-37 Instituto de Investigaciones Psicológicas Universidad de Costa Rica

Sarasty, S. A., González, M. P. & Velasco, I. D. Red de apoyo social desde el encuentro intergeneracional. Rev Univ. salud. 2014; 1: 22 - 34

Villar San Pio T, Mesa Lampré MP, Esteban Gimeno AB, Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E. 2006. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. 1.<sup>a</sup> ed. Madrid: SEGG p. 199-210.