



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TRAYECTORIAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SUSANA SOFIA ROJAS CAROCA

Profesor Guía: Paula Errázuriz Arellano

Comité de Trabajo de Grado: María Loreto Martínez y Claudia Miranda

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

**Mayo 2018
Santiago, Chile**



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TRAYECTORIAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SUSANA SOFIA ROJAS CAROCA

Profesor Guía: Paula Errázuriz Arellano

Comité de Trabajo de Grado: María Loreto Martínez y Claudia Miranda

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

**Mayo 2018
Santiago, Chile**

A mis abuelos y los pacientes adultos mayores que me han enseñado sobre la vida y la vejez.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo pudo realizarse gracias a mis padres que me apoyaron y financiaron el posgrado, a mi profesora guía por haber aceptado el proyecto y rigurosamente orientarme en la construcción de este, y a la paciencia de mis asesores metodológicos.

De manera especial agradezco al Dios en el que creo por sostenerme en cada momento y a Rodrigo por su compañía y cariño durante este proceso.

Índice

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen	vii
Introducción y Formulación del Proyecto	viii
Objetivos e Hipótesis	xv
Metodología.....	xvi
Diseño de la Investigación.....	xvi
Participantes.....	xvi
Instrumentos	xviii
Procedimientos	xix
Estrategia Analítica de Datos	xix
Resultados	xxi
Discusión.....	xxv
Referencias	xxvii
Anexos	xxxi
Cuestionario Demográfico.....	xxxi
Cuestionario OQ-30.....	xxxiii

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	xxiv
---------------	------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	xxi
Figura 2	xxii
Figura 3	xxii
Figura 4	xxiii

Resumen

La prevalencia de la población adulta mayor ha ido creciendo en los últimos años, así como también la de los trastornos mentales en dicho grupo etario. No obstante lo anterior, existe escasa información sobre qué aspectos psicogerontológicos debieran considerarse en los abordajes psicoterapéuticos. Es por esta razón que el presente proyecto tuvo como objetivo estudiar la relación entre la adultez mayor y las trayectorias de cambio en psicoterapia, pues estas últimas brindan información útil en pos de la optimización de un proceso psicoterapéutico.

En base a lo anteriormente mencionado, se comparó una sub-muestra de adultos mayores de 60 años con una sub-muestra de adultos menores de 60, con el fin de explorar si la trayectoria de cambio en la adultez mayor es más lenta que la de adultos jóvenes.

Los resultados mostraron que efectivamente la velocidad de las trayectorias de cambio en los adultos mayores es más lenta que la de quienes tienen una edad igual o menor a 59. Las variables demográficas no moderaron significativamente la trayectoria de cambio de adultos mayores, a pesar de que se encontró que la sintomatología inicial era más grave en el género femenino y en aquellos con un nivel socioeconómico bajo.

La principal limitación del estudio es el tamaño de la sub-muestra de adultos mayores. Sin embargo, este es el primer estudio en examinar las trayectorias de cambio psicoterapéutico en adultos mayores, por lo que los resultados demuestran el potencial que pueden tener las investigaciones en este ámbito.

Introducción y Formulación del Proyecto

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor. Y a pesar de que las personas mayores suelen ser comprendidas a partir de los cambios físicos que experimentan a lo largo de su desarrollo (Morris & Maisto, 2009), existe una amplia literatura que ha dado cuenta de que la apreciación de la vejez está supeditada a las representaciones sociales presentes en el entorno cultural (Undurraga, 2010), por lo que existen contraposiciones que abordan la vejez con una mirada distinta en vista de que cada vez las personas de 60 años o más tienden a ser más saludables, productivas y capaces (Cutler, 2001). Así, entidades como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han optado por definir el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional (OPS/OMS, 1982). No obstante, a pesar de que las concepciones socioculturales han ido cambiando incipientemente la mirada en torno a la vejez, el estudio de la etapa de la vida que transcurre desde los 60 años hasta la muerte es relativamente reciente (Undurraga, 2010).

En base a los antecedentes previamente mencionados, es que el problema de estudio que se pretende abordar por medio de este proyecto guarda relación con que la población está envejeciendo exponencialmente, y que a pesar de esto existe escasa información sobre qué aspectos debiesen considerarse al momento de hacer terapia con adultos mayores. Ejemplo de esto serían las trayectorias de cambio en psicoterapia, entendidas como “la exploración de patrones de cambio durante el curso del tratamiento” (Klug, Zimmermann & Huber, 2016). Estas trayectorias no son siempre iguales en todos los pacientes, sino que muy por el contrario, estas tienden a manifestarse de manera distinta dependiendo principalmente de la sintomatología previa al tratamiento psicoterapéutico, de las situaciones estresantes que surjan durante el proceso psicoterapéutico y de la adherencia al tratamiento (Owen et al., 2015).

Respecto a la relevancia del problema de estudio, este se fundamenta en distintas aristas. En primer lugar, internacionalmente se ha apreciado una tendencia al aumento de la expectativa de vida y a la cuadratura de la pirámide etaria (Montolú, 2008). De hecho, de acuerdo a datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se espera que entre el 2015 y el 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplique el doble, pasando del 12% al 22% (OMS, 2015). Si nos enfocamos en los datos nacionales podemos ver que la realidad chilena no es diferente, ya que según la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) realizada el 2013 se informa que actualmente el 16.7% de los chilenos son adultos mayores, es decir aproximadamente 2.6 millones de habitantes (CASEN, 2013). Sumado a esto, está el hecho de que la expectativa de vida en Chile ha cambiado, pues actualmente la población vive en promedio 80.5 años, teniendo las mujeres una esperanza de sobrevivencia de 31 años a los 60 y los hombres una sobrevivencia de 21 años a los 65 (SENAMA, 2012); mostrando así que la vejez sería más larga que la niñez y la adolescencia juntas. En este sentido, otro elemento importante a considerar en torno a dicho problema, es que el envejecimiento de la población se ha asociado también a una mayor prevalencia de diversos trastornos mentales y neurodegenerativos, dado que más de un 20% de las personas que pasan los 60 años sufren algún trastorno neuropsiquiátrico (OMS, 2015).

En segundo lugar, se ha observado que la investigación de las trayectorias de cambio en psicoterapia permiten identificar características dentro del tratamiento, tales como la sintomatología, las relaciones interpersonales y el rol social, las cuales pueden optimizar el proceso psicoterapéutico (Stanley & Isaacowitz, 2011); ajustando por ejemplo, expectativas entre el terapeuta y el paciente. También el estudio de las trayectorias de cambio proporcionan la oportunidad de modificar componentes específicos del tratamiento o incluso cambiar el tipo de tratamiento que se ofrece (Goldin, et. al., 2014), además de informar sobre el progreso terapéutico de los pacientes (Owen et al., 2015).

Finalmente, otra arista importante a considerar es la relevancia práctica que entrega el presente proyecto de investigación pues según la última encuesta de

calidad de vida en la vejez (Cuarta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, 2016), las instituciones que entregan servicios a los mayores deberían tener una mayor capacitación sobre temáticas de vejez y envejecimiento. También, esta misma encuesta mostró que el 75.8% de los encuestados cree que el país se prepara “poco” para enfrentar el envejecimiento de la población. Junto con esto, en el área de la salud mental específicamente, las personas mayores reciben poca atención psicológica tanto en servicios públicos como privados en comparación con su notable peso demográfico, ya que se ha reportado renuencia por parte de algunos psicoterapeutas a realizar psicoterapia a pacientes mayores por creer que no sería útil por prejuicios de rigidez e imposibilidad de cambio, a pesar de que no existe evidencia empírica respecto a que la psicoterapia es menos efectiva en personas mayores (Sánchez, 2004). Dicha situación, se ha evidenciado por ejemplo en una considerable proporción de urgencias psiquiátricas hospitalarias protagonizadas por la población mayor, lo que indicaría que muchas de estas personas acuden a estas urgencias por la falta de servicios de atención ambulatoria en el área de la salud mental (Montorio & Izal, 2007),

De esta forma, el presente proyecto de investigación aportaría en la exploración de un tema que no se ha investigado previamente y que permitiría aportar en el ámbito psicoterapéutico y psicogerontológico, atendiendo por ejemplo a la necesidad de capacitar a los profesionales que trabajan con adultos mayores en el área de la salud mental, ya que el análisis de trayectorias de cambio entrega herramientas al terapeuta para que este pueda ajustar su proceso psicoterapéutico a las características del adulto mayor.

Antecedentes Teóricos

Las investigaciones en la población adulta mayor son relativamente recientes y específicamente en el área de la psicología, las temáticas más prevalentes investigadas guardan relación con la calidad de vida del adulto mayor, la depresión, la eficacia de intervenciones psicológicas en relación con la salud del adulto mayor e investigaciones relacionadas con cuidadores (Uribe et al., 2010).

No obstante, otra temática altamente investigada está relacionada con el funcionamiento cognitivo de la vejez, donde se ha evidenciado que en dicho grupo etario se produciría un enlentecimiento de los procesos psíquicos y cognitivos. Por ejemplo, se ha apreciado que en los adultos mayores disminuye la atención dividida (Trejo-Morales y Cansino, 2010), la velocidad de reacción y la estabilización luego de situaciones estresantes, por lo que el organismo realizaría operaciones de ajuste a fin de compensar estos déficits y así mantener un desempeño más aceptable (Véliz, Riffo & Arancibia, 2010). A esto se suma que los adultos mayores además de consultar más tardíamente, tienden a presentar una alta comorbilidad con enfermedades físicas y mentales que complejizan los cuadros clínicos (Montorio & Izal, 2007) y a veces enlentecen aún más la intervención. Por ejemplo, se ha mostrado que cuando se enseña a los adultos mayores nueva información, es necesario tener presente que esta podría requerir más esfuerzo por parte del paciente para procesarla, y por tanto, se necesitaría una mayor repetición por parte del terapeuta (Knight, 2004). Sin embargo, también se ha reportado que dentro del universo de adultos mayores hay diferencias respecto al aprendizaje y las habilidades cognitivas, ya que según Rosas y Santa Cruz (2013) la inteligencia no se mantendría inmutable a lo largo de la vida, pues ésta dependería también estrechamente de la educación y del nivel socioeconómico. Si bien los efectos de la edad sobre el funcionamiento cognitivo están ampliamente documentados, los efectos del género en las trayectorias del envejecimiento cognitivo se encuentran reportados con menor frecuencia y son menos concluyentes. No obstante a esto, existen algunos estudios que han investigado la relación entre edad, educación, género y facultades cognitivas. Por ejemplo, McCarrey, An, Kitner-Triolo, Ferrucci y Resnick (2016),

examinaron la capacidad cognitiva de 2127 participantes mayores entre 64 y 69 años libres de deterioro cognitivo, los cuales fueron repetidamente evaluados durante un promedio de nueve años. También, se administraron pruebas cognitivas en cada visita, evaluando el estado mental, el aprendizaje verbal, la memoria visual, el lenguaje, la atención, la velocidad perceptuomotora, la función ejecutiva y la capacidad visuoespacial. Los resultados mostraron que para todas las pruebas una mayor edad se asoció significativamente con puntuaciones más bajas y el rendimiento disminuyó con el tiempo. Además, el avance de la edad se asoció con una acelerada disminución longitudinal en el rendimiento. Después de ajustar por edad, educación y raza, se observaron diferencias de género en la mayoría de las pruebas de habilidades cognitivas específicas. Los hombres superaron a las mujeres en las dos tareas de habilidad visuoespacial, pero las mujeres superaron a los hombres en la mayoría de las pruebas de cognición. Las diferencias respecto al género en el cambio cognitivo a lo largo del tiempo mostraron índices de declinación más pronunciados para los hombres sobre las medidas de salud mental, la velocidad de integración perceptuomotoras y la capacidad visuoespacial, a diferencia de las mujeres donde en ninguna medición mostraron descensos significativamente más pronunciados. A raíz de lo anterior, es que los autores concluyen que habría mayor resiliencia a la edad relacionada con el deterioro cognitivo en las mujeres mayores en comparación con los hombres. Sin embargo, otros estudios como el de Praetorius, Thorvaldsson, Johansson y Hassing (2014), donde examinaron diferencias de género en el desempeño cognitivo de 574 individuos mayores de 80 años durante ocho años, concluyen que existirían de mínimas a prácticamente inexistentes diferencias de género en la cognición entre individuos de edad avanzada que no se encuentran deteriorados cognitivamente.

En lo que respecta a estudios sobre trayectorias de cambio en psicoterapia, la investigación que se encuentra disponible también es variada, aunque en el área de la vejez no se encontraron estudios que relacionaran las trayectorias de cambio con la psicoterapia en poblaciones adultas mayores. Empero, sí se encontraron estudios que medían áreas asociadas al envejecimiento a través de trayectorias de cambio, los cuales dieron luces de cómo distintos fenómenos no sólo inciden en las trayectorias

de poblaciones mayores, sino que también muestran que para llegar a los resultados se deben medir las variables a través de modelos de curvas de crecimiento latentes. Un ejemplo de estos estudios es el realizado por Zaninotto, Sacker y Head (2013), los cuales estudiaron las trayectorias de la velocidad de la marcha en adultos mayores en base al nivel socioeconómico y la edad. Para llevar el estudio a cabo, los autores utilizaron un modelo de curva de crecimiento latente para explorar los cambios individuales y el promedio de las trayectorias de la velocidad de la marcha en base al nivel socioeconómico entre 7.225 individuos mayores de 60 años. Los resultados mostraron que mientras más bajo era el nivel socioeconómico, más lenta era la velocidad de la marcha de los adultos mayores, alcanzando los de un nivel socioeconómico alto una velocidad crítica de 0.60 m/s recién a los 90 años, a diferencia de los adultos mayores con un bajo nivel económico, los cuales alcanzaban dicha velocidad seis años antes. Los autores concluyeron por tanto que la reducción de las desigualdades socioeconómicas en todas las etapas del curso de la vida puede tener un impacto positivo en el funcionamiento en la vejez.

Por otra parte, Gothe et. al (2011) investigaron las trayectorias de cambio en la autoestima de adultos mayores en base a los efectos del ejercicio físico. Para explorar esto, los autores recogieron los datos en tres ocasiones equidistantes de 179 adultos mayores, para luego analizarlas mediante un modelo de crecimiento latente. Los resultados apoyaron las predicciones teóricas y ampliaron la literatura, mostrando que las respuestas psicológicas estaban condicionadas a ciertos tipos específicos de actividades físicas. En este sentido, mientras más variado era el ejercicio físico mejor autoestima reportaban los adultos mayores, especialmente en aquellas actividades que implicaban flexión, tonificación y equilibrio.

Asimismo, Fishleder, Guma, King-Kallimani y Schonfeld (2016) investigaron por seis meses las trayectorias de síntomas depresivos en 144 adultos mayores pertenecientes a viviendas comunitarias, a través de un estudio longitudinal que iba midiendo a través de pruebas específicas la adopción de distintos estilos de afrontamiento activo y emocional instruidas por intervenciones psicoeducativas. Los análisis se realizaron a través de modelos de curva de crecimiento, los cuales permitieron apreciar que la mayoría de los participantes tuvo una mejoría sintomática

a través del tiempo, a pesar de que la mayoría de los participantes con síntomas graves de depresión se mantuvieron sin mayores cambios durante los seis meses. En base a lo anterior, es que los autores concluyeron que puede ser beneficioso orientar intervenciones psicoeducativas más personalizadas a los adultos mayores con síntomas depresivos más severos y que muestren bajos niveles de afrontamientos activo y emocional.

De esta forma, los resultados de los estudios anteriormente revisados, sugieren qué tipo de fenómenos pueden relacionarse y estudiarse a través de trayectorias de cambio luego de haber observado los comportamientos de la muestra durante un tiempo determinado y bajo los parámetros metodológicos específicos. En este sentido, a pesar de que el tema de las trayectorias de cambio en psicoterapia con una población adulta mayor es inexplorado, éste podría estudiarse teniendo en consideración elementos básicos abordados en la revisión teórica, tales como la evaluación sistemática de dicha población y el análisis a través de un modelo de crecimiento latente.

Objetivos e Hipótesis

En base a lo revisado teóricamente, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Son distintas las trayectorias de cambio en psicoterapia entre adultos mayores y adultos jóvenes?

Para averiguar esto, se estipularon dos objetivos:

- 1.- Comparar la trayectoria de cambio de adultos mayores entre 60 y 87 años, con la trayectoria de cambio de adultos entre 18 y 59 años.
- 2.- Analizar características demográficas que podrían moderar las trayectorias de los adultos mayores entre 60 y 87 años.

Para el primer objetivo, la hipótesis principal que se plantea es que los adultos mayores tendrían una trayectoria de cambio más lenta que los adultos menores de 60 años, fundamentalmente por aquellas razones teóricas expuestas anteriormente, donde ciertos aspectos asociados al envejecimiento impactarían sobre la velocidad de recuperación.

Por otro lado, las hipótesis secundarias que surgen en base al segundo objetivo y también en base a lo revisado en la literatura, son que:

- 1.- El sexo masculino tendría una trayectoria de cambio más lenta
- 2.- Los adultos mayores con un bajo nivel socioeconómico tendrían una trayectoria de cambio más lenta
- 3.- Un bajo nivel educacional se asociaría a una trayectoria de cambio más lenta.

Metodología

Diseño de la investigación

El análisis realizado es secundario a un ensayo aleatorizado que se llevó a cabo en una clínica de salud mental ambulatoria en Santiago de Chile. Todos los pacientes adultos que comenzaron un proceso psicoterapéutico en dicho recinto durante el estudio fueron invitados a participar. De los 953 pacientes invitados a participar, 547 (57.39%) estuvieron de acuerdo a involucrarse en el estudio y firmaron los consentimientos informados respectivos. No hubo criterios de exclusión y el estudio fue aprobado por los comité de ética correspondientes.

La variable dependiente que se utilizó fue el cambio terapéutico medido a través del puntaje OQ, las variables independientes fueron el género, nivel educacional, nivel socioeconómico y la edad, y las variables controladas fueron el número de sesiones y el puntaje OQ inicial.

Participantes

La edad promedio del total de la muestra fue de 41.33 años (D.E = 12.82) y el 74.39% de los participantes eran mujeres. El nivel promedio de educación fue de 14.1 años (D.E = 2.9) y el promedio del ingreso familiar mensual fue de CLP \$674.000 (rango = \$250.000 - \$ 2.000.000). Del total de la muestra, 64.9% trabajaba remuneradamente, el 11.3% eran estudiantes, el 18.5% se dedicaba a labores domésticas y el 3.5% estaban jubilados. Además, el 27.8% eran solteros, el 52.8% casados, el 17.3% divorciados y el 2% viudos.

El nivel medio de funcionamiento psicológico (medido por el OQ-30.2, Lambert, Vermeersch y Brown, 2004) en la Sesión 1 fue de 61.17 (SD = 16.57). Esto se considera disfuncional en comparación con la población sana en Chile, que se encontró que tenía una puntuación media de OQ-30.2 de 29.8 (SD = 14; Errázuriz, Opazo, Behn, Silva & Gloger, 2017).

Los pacientes que recibieron un diagnóstico del Eje I fueron diagnosticados con Trastornos Depresivos (68.73%), Trastorno Bipolar (5.48%), Trastorno Adaptativo (2.19%) y Distimia (1.83%). Por otro lado, los pacientes que recibieron un

diagnóstico del Eje II fueron diagnosticados con Trastornos de Personalidad Límite (2.56%), Trastornos de Personalidad Dependientes (1.46%) y Trastorno de Personalidad Histriónica (0.55%). De esta muestra total, el 53.6% había asistido a psicoterapia anteriormente, el 89.81% había recibido atención psiquiátrica al menos una vez y el 10.69% habría sido alguna vez hospitalizada por motivos psiquiátricos.

Por su parte, el subgrupo de adultos menores de 60 incluidos en este estudio fue de un total de 505 pacientes, la edad promedio fue de 39.40 años (D.E = 11.26) y el 74.8% eran mujeres. El nivel promedio de educación fue de 14.1 años (D.E = 2.85) y el promedio del ingreso familiar mensual fue de CLP \$698.545 (rango = \$250.000 – \$2.000.000). En la sub-muestra de adultos menores de 60, el 66.5% trabajaba de manera remunerada, el 1.2% estaba jubilada y el 17.7% se dedicaba a labores domésticas. Además, el 29.4% eran solteros, el 52.4% casados, el 17.1% divorciados y el 1% viudos.

El nivel promedio de funcionamiento psicológico (medido por el OQ-30.2, Lambert, Vermeersch y Brown, 2004) en la Sesión 1 fue de 63.47 (D.E = 12,94). Esto se considera disfuncional en comparación con la población sana en Chile.

Los pacientes que recibieron un diagnóstico del Eje I fueron diagnosticados con Trastorno Depresivo (68.8%), Trastorno Bipolar (6%), Trastorno Adaptativo (2.2%), Distimia (2%) y Trastorno Ansioso (1.8%). Por otro lado los pacientes que recibieron un diagnóstico del Eje II fueron diagnosticados con Trastorno de Personalidad Limítrofe (2.8%) y Trastornos de Personalidad Dependiente (1.4%). De esta sub-muestra de adultos menores de 60, el 53.8% había asistido a psicoterapia anteriormente, el 78.6% había recibido atención psiquiátrica al menos una vez y el 2.4% habría sido alguna vez hospitalizada por motivos psiquiátricos.

Finalmente, el subgrupo de adultos mayores incluidos en este estudio fue de un total de 42 pacientes, la edad promedio fue de 64.41 años (D.E = 5.67) y el 73.8% eran mujeres. El nivel promedio de educación fue de 13.9 años (D.E = 3.3) y el promedio del ingreso familiar mensual fue de CLP \$621.212 (rango = \$250.000 – \$2.000.000). En la sub-muestra de adultos mayores, el 45% trabajaba de manera remunerada, el 31% estaba jubilada y el 24% se dedicaba a labores domésticas. Además, el 9.5% eran solteros, el 59.5% casados, el 19% divorciados y el 11.9% viuda.

El nivel promedio de funcionamiento psicológico (medido por el OQ-30.2, Lambert, Vermeersch y Brown, 2004) en la Sesión 1 fue de 55.95 (D.E = 13.84). Esto se considera disfuncional en comparación con la población sana en Chile.

Los pacientes que recibieron un diagnóstico del Eje I fueron diagnosticados con Trastorno Depresivo (69%), Trastorno Ansioso (4.8%), Trastorno Adaptativo (2.4%) y Distimia (2.4%). Por otro lado los pacientes que recibieron un diagnóstico del Eje II fueron diagnosticados con Trastornos de Personalidad Dependiente (2.4%). De esta sub-muestra de adultos mayores, el 47.7% había asistido a psicoterapia anteriormente, el 78.6% había recibido atención psiquiátrica al menos una vez y el 2.4% habría sido alguna vez hospitalizada por motivos psiquiátricos.

Instrumentos

Cuestionario Demográfico. La información descriptiva se recopiló a través de una encuesta diseñada para extraer datos sobre sexo, nacionalidad, estado civil, situación laboral, ingreso socioeconómico, nivel educacional y antecedentes de salud mental.

Cuestionario OQ. El funcionamiento psicológico se evaluó con la versión OQ de 30 ítems (Lambert et al., 2004), diseñada para medir el progreso del paciente durante el transcurso de la terapia. El progreso del paciente se monitoreó a través de tres dimensiones: (a) Sintomatología (p.e. Ansiedad y depresión: "Me siento triste"), (b) Relaciones interpersonales (p. e. Problemas interpersonales y satisfacción con la calidad de las relaciones íntimas: "Me siento solo") y (c) Rol social (p. e. "Tengo demasiadas discrepancias en el trabajo/escuela"). Los puntajes posibles varían de 0 a 120 y mientras más alto el puntaje, mayor gravedad sintomática. Este instrumento demostró tener una buena consistencia interna ($\alpha = .90$), buena validez concurrente (con las Escalas de Depresión de Estrés Ansioso: $r = .82$) y sensibilidad al cambio. Los límites y las normas en Chile fueron similares a los obtenidos en la versión original en inglés (Errázuriz, Opazo, Behn, Silva & Gloger, 2017). En el presente estudio, se utilizó la puntuación total que representa una evaluación global del funcionamiento del paciente. El nivel promedio de confiabilidad interna a lo largo del tiempo fue de 0.93.

Procedimientos

Para recopilar la información, los pacientes fueron contactados antes de la citación correspondiente, con el propósito de invitarlos a participar y así entregarles el consentimiento informado que permitía aplicarles los cuestionarios respectivos. Posteriormente los instrumentos se entregaron, siendo el cuestionario demográfico empleado una sola vez, a diferencia del cuestionario OQ-30 que se aplicó sistemáticamente antes de cada sesión.

Estrategia Analítica de Datos

Los datos se analizaron a través del programa Mplus (7.4; Muthen & Muthen 2015), específicamente mediante el Modelo de Crecimiento Latente. La estrategia analítica por la cual se midieron las trayectorias de cambio fue por medio de un análisis latente, el cual permite evaluar parsimónicamente el funcionamiento psicológico a lo largo de las sesiones de un proceso psicoterapéutico, considerando el punto de inicio y el promedio de la evolución de la muestra total. Además, este análisis permite incluir predictores para evaluar si la evolución varía de acuerdo a estos predictores. En este caso, los predictores dicotómicos son los dos grupos etarios que permiten analizar en qué medida un grupo diferente de otro evoluciona respecto del punto de inicio. De esta forma, el modelo permitió que en un primer momento se evaluara la trayectoria promedio de la muestra total, de la muestra de personas menores de 60 años y de la muestra de personas mayores de 60 en términos de la evolución del puntaje OQ en cada sesión. En un segundo momento se evaluó a través de otro modelo si las variables independientes moderaban el intercepto y la pendiente de la muestra de los adultos mayores. Estos predictores fueron el género, el nivel socioeconómico y el nivel educacional.

Con la finalidad de ajustar los modelos, se utilizó el test de chi cuadrado el cual estima cuan bien funciona la solución propuesta dado que este test resultó ser sensible al tamaño de la muestra. Adicionalmente, se utilizaron indicadores alternativos como el CFT TLI y el RMSEA, los cuales son indicadores que presentan criterios de corte que permiten asumir una buena onda de ajuste del modelo. Para el RMSEA el criterio de corte es de 0,06 y para el CFT TLI de 0,95 o más (Hu &

Bentler, 1999). En el presente análisis el indicador RMSEA para el primer modelo fue de 0,07 y para el segundo fue de 0,08. Por otro lado, el valor para el CFT TLI para ambos modelos fue de 0,95.

Resultados

En primeras instancias se analizó la trayectoria global de la muestra compuesta por 547 casos, considerando los puntajes OQ de las 10 primeras sesiones como variables controladas. Esta muestra inició en un promedio de 61 puntos (D.E= 16) y el promedio de la tasa de cambio fue de -1.58 (D.E= 1.8), tal como lo muestra la Figura 1. Esto indicaría que la trayectoria no es igual para todos pues habría una variabilidad significativa ($p<0.001$).

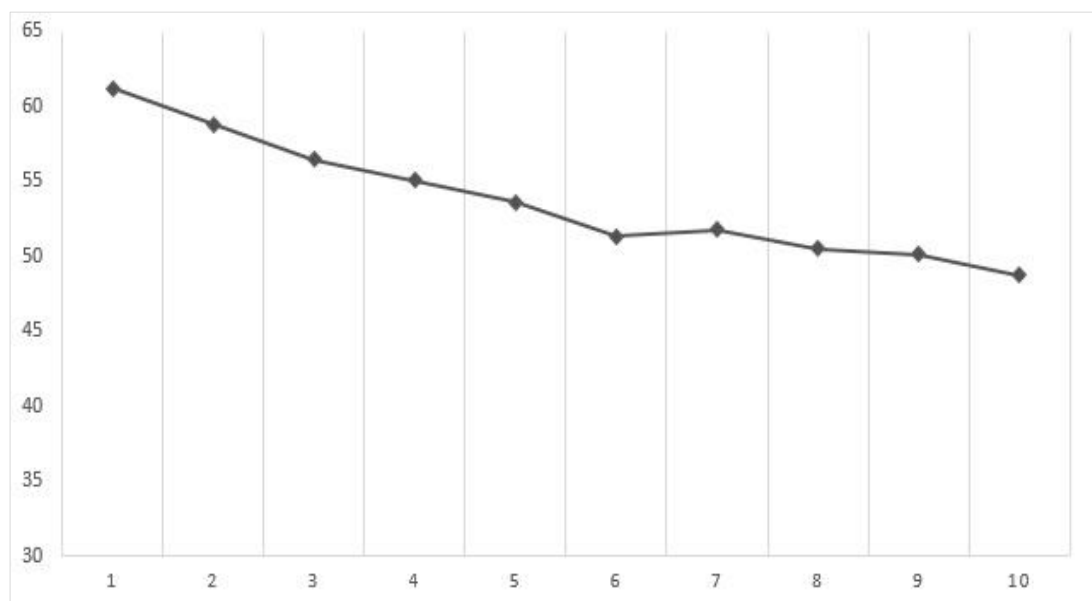


Figura 1. Trayectoria general de la muestra durante las primeras 10 sesiones

Posteriormente, la muestra total se dividió en dos; aquellos que tenían una edad igual o mayor de 60 ($n=42$) y aquellos con una edad igual o menor de 59 ($n=505$). Luego, se realizaron los mismos cálculos anteriores con cada sub-muestra con el propósito de calcular el intercepto y la pendiente de las primeras 10 sesiones. En la sub-muestra de personas menores de 60 años, se pudo observar que iniciaron el proceso psicoterapéutico en un promedio de 63 puntos (D.E= 12) y el promedio de la tasa de cambio fue de -2.52 (D.E= 1.27) tal como lo muestra la Figura 2.

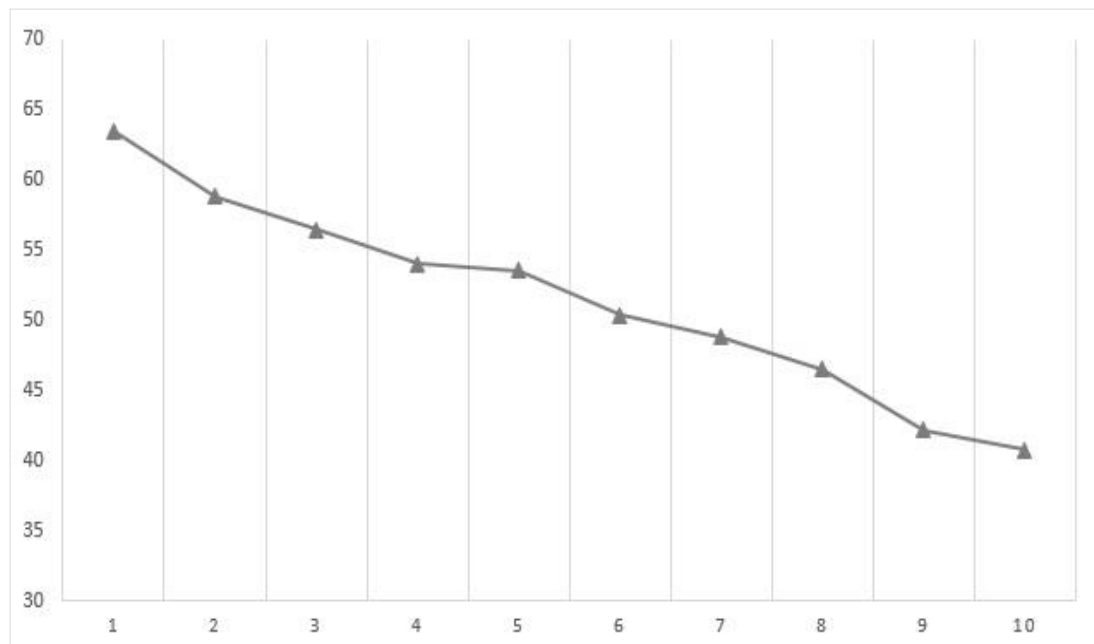


Figura 2. Trayectoria de la sub-muestra de menores de 60 años durante las primeras 10 sesiones

Por otro lado, en la sub-muestra de mayores de 60 años se pudo observar que iniciaron el proceso psicoterapéutico en un promedio de 55 puntos (D.E= 13) y el promedio de la tasa de cambio fue de -0.93 (D.E= 2.4) tal como lo muestra la Figura 3.

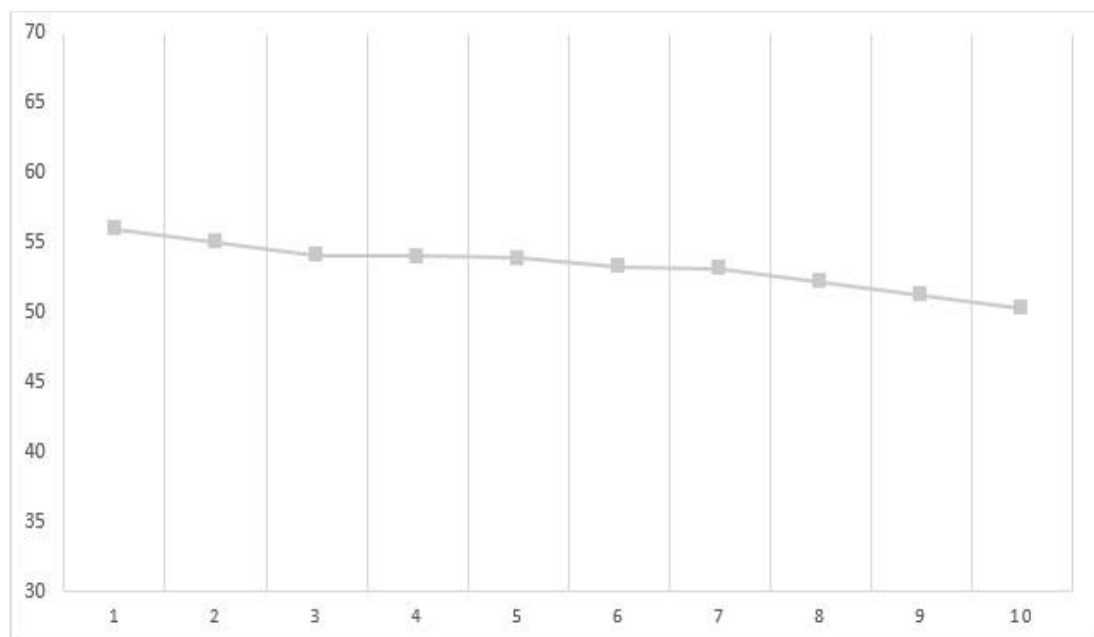


Figura 3. Trayectoria de la sub-muestra de mayores de 60 años durante las primeras 10 sesiones

De esta forma, los datos mostraron que los mayores de 60 años iniciaron el proceso psicoterapéutico 5.212 puntos más abajo que la muestra general y 7.514 puntos menos que la muestra de menores de 60 años. Además, se pudo observar que la tasa de cambio de la muestra de adultos mayores también tuvo variaciones, pues la pendiente a lo largo de las 10 sesiones disminuyó 0.937 puntos en comparación a las otras dos muestras que tuvieron una mayor disminución, tal como se puede observar la Figura 4.

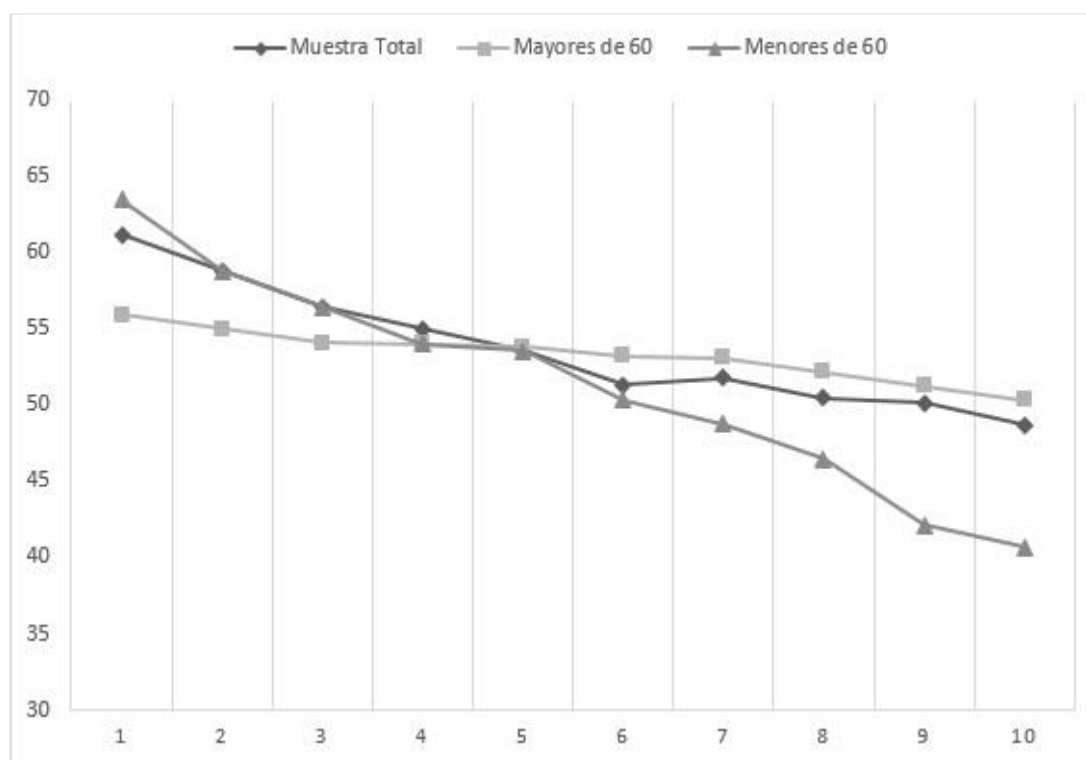


Figura 4. Comparación de Trayectorias durante las primeras 10 sesiones

En base a lo analizado anteriormente, se confirmaría la hipótesis principal ya que existiría una diferencia en las trayectorias de cambio en psicoterapia entre la población adulta y adulta mayor, pues la edad resultó ser un efecto significativo ($p = .016$) al mostrar que los mayores de 60 años tendrían una trayectoria de cambio más lenta que los adultos jóvenes dado que tal como muestra la Figura 4, durante las 10 primeras sesiones los adultos mayores mejoraron en promedio 0.937 puntos más lento que los adultos menores de 60.

En segundo lugar se analizaron las variables independientes, las cuales se incluyeron en un segundo modelo con el propósito de observar si moderaban la trayectoria de la muestra de adultos mayores solamente. Una vez analizadas las variables, se advirtió que sólo el género femenino y el nivel socioeconómico bajo afectaron el punto de inicio pero no la tasa de cambio tal como indica la Tabla 1. El nivel educacional no resultó tener un efecto significativo en ninguno de los dos casos.

Respecto al género, se observó que las mujeres parten 4.024 puntos más graves sintomáticamente que los hombres, y que aquellos con un nivel socioeconómico bajo comienzan 0.667 puntos más graves que los niveles socioeconómicos medio y alto.

Tabla 1

Trayectoria de cambio en adultos mayores

Variables Demográficas	Intercepto	Pendiente
Nivel Educacional Bajo	-0.483	-0.095
Nivel Educacional Alto	-0.483	-0.095
Mujeres	4.024*	-0.139
Hombres	0.153	-0.139
Nivel Socioeconómico Bajo	-0.112*	0.005
Nivel Socioeconómico Medio	-0.667	0.005
Nivel Socioeconómico Alto	-0.667	0.005

Nota: *valores significativos $p < .05$

De este modo, a diferencia de lo planteado en las hipótesis secundarias, el nivel educacional, el género y el nivel socioeconómico de los adultos mayores no moderan la velocidad de la trayectoria de cambio durante las primeras 10 sesiones. En consecuencia, no habría diferencias en la velocidad de la trayectoria de cambio entre hombres y mujeres, entre los niveles socioeconómicos bajo, medio y alto, ni entre un bajo y alto nivel educacional.

Discusión

El presente estudio tuvo como primer objetivo examinar las trayectorias de cambio psicoterapéutico en la población adulta mayor. Los resultados indicaron que efectivamente la edad resultó ser la única variable significativa en la velocidad de las trayectorias, mostrando que el cambio psicoterapéutico en los adultos mayores es más lento en comparación a los adultos menores de 60 años, lo cual coincide con lo reportado en la literatura (Knight, 2004) respecto a que ciertos aspectos asociados al envejecimiento hacen que la intervención psicoterapéutica requiera más tiempo. No obstante, resulta importante considerar que a pesar de las diferencias de velocidad entre ambas sub-muestras, los adultos jóvenes consultaban con una sintomatología más grave que los adultos mayores, lo cual podría haber impactado en la velocidad de su recuperación sintomática.

El segundo objetivo del estudio procuró examinar si determinadas variables demográficas influían en la moderación de la trayectoria de cambio en la población adulta mayor. Sin embargo, los datos mostraron que el nivel educacional, el género y el nivel socioeconómico no incidieron en la velocidad de la trayectoria. A pesar de esto, se encontró que la sintomatología inicial no sólo era influenciada por la edad, sino que también por el género y el nivel socioeconómico, pues las mujeres consultaban sintomáticamente más graves que los hombres, al igual que los pacientes de un nivel socioeconómico bajo en comparación a los de un nivel socioeconómico medio y alto. En otras palabras, a pesar de que la evolución de la sintomatología sólo fue influenciada por la edad, la sintomatología con la que comenzaron el proceso psicoterapéutico era más grave en mujeres y en los pacientes de un nivel socioeconómico bajo. Cabe destacar también, que este último punto resultaría relevante de investigar en otros estudios, pues dichos datos también muestran que la mayor cantidad de pacientes de un nivel socioeconómico bajo eran mujeres (72%), por lo que dicha información podría apoyar lo reportado en la literatura (Vlachantoni, 2012) respecto a que las mujeres suelen envejecer más empobrecidas en relación a los hombres.

Finalmente, se podría concluir que la importancia del estudio radica en que el análisis de las trayectorias de la población adulta mayor permite optimizar el proceso

psicoterapéutico en el sentido de que este evidencia que el tiempo que se necesita invertir es mayor y que por tanto las expectativas de recuperación sintomática será más lenta en comparación a grupos más jóvenes.

En cuanto a las limitaciones con las que cuenta el presente estudio, es importante mencionar que la sub-muestra de adultos mayores era notoriamente más pequeña que la otra sub-muestra de adultos jóvenes y que dentro de la sub-muestra de adultos mayores, la cantidad de hombres era considerablemente menor a la de las mujeres. Sin embargo, este es el primer estudio en examinar las trayectorias de cambio en adultos mayores, por lo que los presentes resultados demuestran el potencial que pueden tener las investigaciones en este ámbito, considerando los cambios demográficos que vive la población mundial y local. Así, la principal recomendación que se hace en base a esto es la de realizar más estudios respecto al funcionamiento psicológico en la adultez mayor, ya que esta información sobre las trayectorias de cambio en psicoterapia puede usarse para avanzar hacia un tratamiento personalizado adaptado a las características de los pacientes mayores, lo cual puede ser información útil para el terapeuta antes de comenzar un proceso psicoterapéutico.

Referencias

Cuarta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2016) *Chile y sus Mayores*.

Santiago, Chile. Recuperado de:

http://adultomayor.uc.cl/docs/Libro_CHILE_Y_SUS_MAYORES_2016.pdf

Cutler, D. M. (2001). The reduction in disability among the elderly. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(12), 6546-6547.

Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN (2013). *Adultos Mayores*.

Santiago, Chile. Recuperado de:

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf

Errázuriz, P., Opazo, S., Behn, A., Silva, O. & Gloger, S. (2017). Spanish Adaptation and Validation of the Outcome Questionnaire OQ-30.2. *Frontiers in Psychology*, 8, 673.

Fishleder, S., Gum, A. M., King-Kallimanis, B. L. & Schonfeld, L. (2016). Trajectories of depressive symptoms in community-dwelling older adults: A six-month longitudinal study with monthly assessment. *Journal of affective disorders*, 198, 171-177.

Goldin, P. R., Lee, I., Ziv, M., Jazaieri, H., Heimberg, R. G. & Gross, J. J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 56, 7-15.

- Gothe, N. P., Mullen, S. P., Wójcicki, T. R., Mailey, E. L., White, S. M., Olson, E. A. & McAuley, E. (2011). Trajectories of change in self-esteem in older adults: exercise intervention effects. *Journal of behavioral medicine*, 34(4), 298-306.
- Hu, L & Bentler, P (1999) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6:1, 1-55.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. California, Estados Unidos: Sage
- Klug, G., Zimmermann, J., & Huber, D. (2016). Outcome trajectories and mediation in psychotherapeutic treatments of major depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64(2), 307-343.
- Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., & Brown, G. J. (2004). *Administration and scoring manual for the OQ-30.2*. East Setauket, NY: American Professional Credentialing Services.
- McCarrey, A. C., An, Y., Kitner-Triolo, M. H., Ferrucci, L., & Resnick, S. M. (2016). Sex differences in cognitive trajectories in clinically normal older adults. *Psychology and aging*, 31(2), 166
- Montorio, I. & Izal, M. (2007). Envejecimiento y salud mental: reflexiones en torno a la atención en el sistema público de salud. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42(2), 65-68.
- Martín Montolíu, J. (2008). Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y salud*, 19(1), 101-120.

Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2009). *Psicología*. Ciudad de México, México: Pearson-Prentice Hall

Muthén, LK.; Muthén, BO. Mplus user's guide. 7th Ed.. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 1998–2015.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2015) *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra, Suiza. Recuperado de:
http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS (1982). *Evaluación de la Situación y Adopciones de Políticas para la Atención de la Población de Edad Avanzada*. Washington DC; EE.UU. Documento oficial N° 179.

Owen, J., Adelson, J., Budge, S., Wampold, B., Kopta, M., Minami, T., & Miller, S. (2015). Trajectories of change in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 71(9), 817-827.

Praetorius, M., Thorvaldsson, V., Johansson, B., & Hassing, L. B. (2014). Gender differences in cognitive performance in old age: Adjusting for longevity. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 27(3), 129.

Rosas, R., & Santa Cruz, C. (2013). *Dime en qué colegio estudiaste y te diré que CI tienes: Radiografía al desigual acceso al capital cognitivo en Chile*. Santiago, Chile: Ediciones UC.

Sanchez, C (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales psicológicas (tesis doctoral). Universidad de Málaga, España.

- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA (2012). *Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025*. Santiago, Chile.
- Stanley, J. T., & Isaacowitz, D. M. (2011). Age-related differences in profiles of mood-change trajectories. *Developmental psychology*, 47(2), 318.
- Trejo-Morales, P., & Cansino, S. (2011). Efectos de la atención dividida sobre la memoria episódica en adultos jóvenes y mayores. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 181-191.
- Undurraga, C (2010). *Psicología del Adulto: De la Conquista del Mundo a la Conquista de Sí Mismo* Santiago, Chile: Ediciones UC.
- Uribe, A. F. R., Rodríguez, F., Orbegozo, L. J. V., Valderrama, J., Linde, J. M. M., & Molina, M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25)
- Véliz, M., Riffo, B., & Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. *RLA. Revista de lingüística teórica y aplicada*, 48(1), 75-103.
- Vlachantoni, A. (2012). Financial inequality and gender in older people. *Maturitas*, 72(2), 104-107.
- Zaninotto, P., Sacker, A., & Head, J. (2013). Relationship between wealth and age trajectories of walking speed among older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 68(12), 1525-1531.

ANEXOS

CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO

Encuesta Participantes

INSTRUCCIONES: Marque la casilla de la alternativa que corresponda como se muestra a continuación:



Marcado



No marcado

Por favor conteste lo más honestamente posible. Toda información entregada es confidencial.

1. Edad _____

2. Sexo ☐ Hombre

☐ Mujer

☐ Transexual

3.- ¿Cuál es su nacionalidad?

☐ Chilena

☐ Otra (por favor, especifique) _____

4.- ¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena (originario)?

☐ No

☐ Sí (por favor, especifique cuál) _____

5. ¿Cuál es su situación actual?

☐ Soltero

☐ Casado o
conviviendo

☐ Divorciado
o separado

☐ Viudo

6. ¿Cuál es su Orientación sexual?

☐ Heterosexual

☐ Homosexual

☐ Bisexual

☐ No está seguro

7. ¿Cuál o cuáles de estas alternativas describe(n) mejor su situación laboral actual?

☐ Trabajando por Ingreso

☐ Estudiando

☐ Sin trabajo y está buscando

☐ En quehaceres de su hogar

☐ Jubilado, pensionado o rentista

8. ¿Cuál es su Ingreso Familiar Mensual?

☐ Menor que \$ 250.000

☐ \$ 250.000 - \$ 500.000

☐ \$ 500.000 - \$750.000

☐ \$ 750.000 - \$ 1.000.000

☐ \$ 1.000.000 - \$ 1.250.000

☐ \$ 1.250.000 - \$ 1.500.000

☐ \$ 1.500.000 - \$ 1.750.000

☐ \$ 1.750.000 - \$ 2.000.000

☐ Mayor que \$ 2.000.000

9. ¿Cuántas personas viven en su hogar? (incluyéndose usted) _____

10. ¿Cuál es su Religión o Credo?

- ☐ Católica ☐ Evangélica o protestante ☐ Judía ☐ Musulmana
☐ Mormón ☐ Espiritualidad Indígena ☐ Budista ☐ Ortodoxa
☐ Fe Bahá'í ☐ Testigo de Jehová ☐ Ninguna ☐ Otra _____

11. ¿Cuál es el grado educacional más alto alcanzado por usted? (que haya completado)

- ☐ Nunca asistió ☐ Básica, primaria o preparatoria ☐ Media Científico Humanista o Humanidades
☐ Media Técnico Profesional, Comercial, Industrial o Normalista ☐ Técnico de nivel Superior
☐ Profesional ☐ Postítulo ☐ Magíster ☐ Doctorado

12. ¿Cuántas veces ha estado en psicoterapia antes?

- ☐ Nunca antes ☐ 1 Vez ☐ 2 veces ☐ Más de 2 veces

13. ¿Se atiende actualmente con Psiquiatra?

- ☐ No ☐ Sí

14. ¿Toma actualmente medicamentos para tratar problemas de salud mental?

- ☐ No ☐ Sí (por favor especifique cuáles) _____

15. ¿Ha estado hospitalizado(a) por problemas de salud mental o abuso de sustancias?

- ☐ No ☐ Sí

16. ¿Su psicoterapia está cubierta por el AUGE o GES?

- ☐ No ☐ Sí

17. ¿Cuánto paga de su bolsillo por cada sesión de psicoterapia? _____

18. ¿Cuántas sesiones cree que durará su psicoterapia? _____

Muchas gracias por su amabilidad y tiempo dedicado a contestar esta encuesta
Paula Errázuriz -Investigadora Principal

CUESTINARIO OQ-30

Cuestionario de Resultados (OQ²-30)

Fecha: ____/____/____

Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, básiase en los **ÚLTIMOS SIETE DÍAS**, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa cómo se siente esta semana. En el cuestionario el término "TRABAJO" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueño de casa, cuidar los niños, etc.

Desarrollado por
Michael J. Lambert,
Ph.D. y Gary M.
Burlingame, Ph.D.

© Copyright 1996
American Professional
Credentialing Services
LLC. All Rights Reserved.
License Required For All
Uses.

Validado en Castellano por
Guillermo de la Parra C. y
Alejandra von Bergen R.
Abreviado (de OQ-45 a
OQ-30) por Paula
Errázuriz, Ph.D.

Para mayor información
contactar: Paula Errázuriz

E-MAIL: paulae@uc.cl

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.....	☐	☐	☐	☐	☐
2. Nada me interesa.....	☐	☐	☐	☐	☐
3. Me siento presionado (estresado en el trabajo/escuela).....	☐	☐	☐	☐	☐
4. Me siento culpable.....	☐	☐	☐	☐	☐
5. Estoy satisfecho con mi vida.....	☐	☐	☐	☐	☐
6. Me siento irritado, molesto.....	☐	☐	☐	☐	☐
7. Pienso en quitarme la vida.....	☐	☐	☐	☐	☐
8. Me siento débil.....	☐	☐	☐	☐	☐
9. Encuentro Satisfacción en mi trabajo.....	☐	☐	☐	☐	☐
10. Me siento atemorizado.....	☐	☐	☐	☐	☐
11. Necesito tomar bebidas alcoholicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).....	☐	☐	☐	☐	☐
12. Me siento inútil.....	☐	☐	☐	☐	☐
13. Me abruma (angustia) los problemas de mi familia.....	☐	☐	☐	☐	☐
14. Me siento solo.....	☐	☐	☐	☐	☐
15. Discuto frecuentemente.....	☐	☐	☐	☐	☐
16. Tengo dificultades para concentrarme.....	☐	☐	☐	☐	☐
17. Me siento sin esperanza en el futuro.....	☐	☐	☐	☐	☐
18. Soy una persona feliz.....	☐	☐	☐	☐	☐
19. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.....	☐	☐	☐	☐	☐
20. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca).....	☐	☐	☐	☐	☐
21. Tengo malestares estomacales.....	☐	☐	☐	☐	☐
22. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.....	☐	☐	☐	☐	☐
23. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.....	☐	☐	☐	☐	☐
24. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si esto no le ocurre marque nunca).....	☐	☐	☐	☐	☐
25. Siento que algo malo va a ocurrir.....	☐	☐	☐	☐	☐
26. Me siento nervioso.....	☐	☐	☐	☐	☐
27. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.....	☐	☐	☐	☐	☐
28. Siento que algo anda mal con mi mente.....	☐	☐	☐	☐	☐
29. Me siento triste.....	☐	☐	☐	☐	☐
30. Mis relaciones con otros me satisfacen.....	☐	☐	☐	☐	☐

Considerando todas las cosas, ¿Cuán satisfecho está usted con su vida en este momento? Por favor use esta escala en que 1 significa que usted está "completamente insatisfecho" y 10 significa que usted está "completamente satisfecho". ¿Dónde se ubica usted?

Completamente
Insatisfecho

Completamente
Satisfecho

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10