

UNIACC Universidad de las Artes, Ciencias y Comunicaciones



Investigación para acceder al grado de Licenciado en Psicología

# Impacto de la Terapia Asistida con Animales en la Sintomatología Depresiva, Autoestima y Satisfacción Vital de Adultos Mayores Institucionalizados

Elaborado por:

Marie Jeannette Lasserre

Paulina Marilao González

Profesor(a) Guía:

Irma Morales Reyes

Santiago, diciembre 2015

## Resumen

En este artículo se evalúa el impacto de la Terapia Asistida con Animales (TAA) en la sintomatología depresiva, autoestima y satisfacción vital, de adultos mayores institucionalizados. Además, se describe la experiencia subjetiva de los mismos durante la aplicación de la TAA en un contexto psicoterapéutico.

En la primera parte se revisan las características generales del proceso de envejecimiento y los indicadores de salud mental de la ancianidad, específicamente de los adultos mayores institucionalizados. Luego se aborda la evolución histórica de la relación humano-animal, sus características y cómo dichas interacciones afectan el bienestar físico, psicológico y social del hombre. En la segunda parte, se exponen los resultados de la investigación, donde se analizan los efectos de la interacción con animales, especialmente con perros. Dicho análisis se enfocó en los efectos de la TAA sobre la sintomatología depresiva, autoestima e índice de satisfacción vital en adultos mayores que viven en residencias para ancianos. La muestra estuvo compuesta por 16 adultos mayores institucionalizados, de entre 60 y 101 años de edad, divididos en Grupo Experimental y de Control.

**Palabras Clave:** Terapia Asistida con Animales, Adulto Mayor institucionalizado, Sintomatología Depresiva, Autoestima, Satisfacción Vital.

## Abstract

This article discusses the impact of Animal-Assisted Therapy (AAT) in depressive symptomatology, self-esteem and life satisfaction, of institutionalized elderly. In addition, the subjective experience of them is described in the application of the AAT in a psychotherapeutic context.

In the first part the general characteristics of aging and mental health indicators of old age are reviewed, specifically of the institutionalized elderly. Then the historical evolution of the human-animal relationship is dealt, its characteristics and how these interactions affect the physical, psychological and social welfare. In the second part, the results of the research, where the effects of the interaction with animals, especially dogs were analyzed. This analysis focused on the effects of the AAT on depressive symptomatology, self-esteem and life satisfaction index in elderly living in nursing homes. The sample consisted of 16 elderly institutionalized between 60 and 101 years old, divided into Experimental Group and Control.

**Key words:** Animal-Assisted Therapy, Institutionalized senior adult, Depressive Symptomatology, Self-Esteem, Life Satisfaction.

## Introducción

La adultez mayor representa una etapa del desarrollo humano que comienza a los 60 años y finaliza en el momento en que la persona fallece (Martín, 2009), siendo un período de grandes cambios en distintas áreas de funcionamiento que se confrontan con la experiencia acumulada y el deterioro de algunas capacidades físico-biológicas (Martín 2009, Organización Mundial de la Salud, 2006). A nivel psicológico, la percepción del antagonismo entre experiencia y múltiples cambios físicos y biológicos experimentados, hace que los adultos mayores sean conscientes de la irreductibilidad del reloj biológico y de la finitud de la vida (Martín, 2009), cursando un proceso de reflexión, contemplación y evaluación del qué y cómo ha vivido (Rodríguez, Valderrama & Molina, 2010, Uribe & Buela-Casal, 2004). A nivel social, la pérdida de seres queridos, la jubilación y los prejuicios sociales respecto de su realidad psicosomática influyen en su exclusión de actividades físico-recreativas, disminuyendo la interacción social e induciendo, ya sea por renuncia, necesidad o imposición a un retiro resignado y silencioso que aumenta el deterioro físico y el aislamiento social y psicológico (Uribe & Buela-Casal, 2004). Esta decisión es la expresión de una limitación funcional o cognitiva en un contexto social; como la brecha existente entre las capacidades de la persona (condicionadas por su salud) y las demandas del entorno, lo que le exige el medio (físico, laboral, social) para poder desarrollar sus actividades, roles o tareas

sociales. La enfermedad y la deficiencia se relacionan más con la función orgánica de la persona, mientras que la discapacidad y la dependencia se vinculan más con su función social. La discapacidad no es únicamente un concepto médico, no es un problema de salud, sino más bien social, ya que obliga a la persona que la padece a solicitar ayuda de otra, para poder realizar esas actividades cotidianas (MINSAL, 2013).

En el proceso de envejecimiento surgen cambios psicológicos, como ansiedad, depresión y/o pérdida de autoestima, ya sea por duelos no resueltos producto de pérdidas reales o fantaseadas tanto a nivel biológico, psicológico y social, que influyen en la sensación de satisfacción vital de los adultos mayores (Bravo & Caro, 2011).

Según lo anterior, la problemática de los adultos mayores se relaciona con su modo de envejecer y las condiciones asociadas a su envejecimiento, como dependencia física y psicológica de terceros; características diferenciales que han de ser tenidas en cuenta para elegir modalidades terapéuticas eficaces y acordes a su condición (Bravo & Caro, 2011). Es fundamental la visión subjetiva de los adultos mayores al evaluar su propia vida y reconocer su sensación de bienestar psicológico que incluye elementos positivos que trascienden la prosperidad económica, así como fenómenos que incluyen respuestas emocionales, dominio de las satisfacciones y juicio global de la satisfacción vital (Rojas-Barahona, Zegers & Förster, 2009).

Aquí surge en forma natural la necesidad de psicoterapia para el adulto mayor y su inclusión en el ámbito clínico, como parte de la psicología del envejecimiento y cuidados psicológicos en la vejez. La intervención psicoterapéutica debe ser diseñada para abordar el dolor psíquico, partiendo de los síntomas visibles, para luego revisar los fundamentos emocionales y cognitivos de su histórico-actual, y de su particular modo de estar en el mundo, a fin de descubrir las causas de la aparición, persistencia o desplazamiento de un cuadro psicológico o psicosomático (Martín, 2009).

### **Adulto Mayor en Chile**

Según el censo 2012, Chile presenta una población de 17.402.630 personas, (Instituto Nacional de Estadísticas, 2012), alcanzando la población de 65 años o más un total de 1.659.670 habitantes, con un 56,9% de mujeres (944.732) y un 43,1% de hombres (714.938) (INE, 2012), con una proyección hacia el 2025, de 18,2% aproximadamente (Campos, León & Rojas, 2011). Por esto, diversos organismos políticos, sociales y académicos, colaboradores de Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), se coordinan para enfrentar el desafío de atender necesidades específicas de este segmento de la población, para lo cual desarrollan encuestas sobre Calidad de Vida del adulto mayor, detectando las preocupaciones de esta etapa de la vida. Los levantamientos de los años 2007 y 2010 fueron desarrollados por la Universidad Católica y la Caja de

Compensación de Los Andes, para investigar cómo están envejeciendo los chilenos en la actualidad, cuáles son sus necesidades y qué es preciso desarrollar para establecer un piso de calidad de vida desde el punto de vista de los usuarios que están pasando procesos vitales específicos a su rango etareo: retiro laboral, aumento de enfermedades crónicas, cambios en sus estructuras familiares y roles sociales, vida familiar o institucionalización (Campos, León & Rojas, 2011).

Investigaciones respecto del bienestar subjetivo demuestran que las personas más felices atribuyen esa condición a una vida placentera, comprometida y con significado (Peterson, Lee & Seligman, 2003), con base en dos componentes:

1. Aspectos cognitivos: percepción, memoria, habilidades del pensamiento, orientación espacial, estilo de aprendizaje y aptitudes.
2. Aspectos afectivos o emocionales, manifestados por los afectos o percepción personal de la felicidad/tristeza (Argyle & Martin, 1991).

Es igualmente importante que una persona de 85 años esté objetivamente bien de salud -que no tenga niveles elevados de colesterol, triglicéridos o de glucosa en sangre- como que se “sienta bien” (Campos, León & Rojas, 2011).

En la Guía de Calidad de Vida (Campos, León & Rojas, 2011), surgen las necesidades afectivas como una fuente de satisfacción muy relevante para los adultos mayores, quienes necesitan reforzar sus lazos familiares y acrecentar su red de apoyo social

para enfrentar mejor las vicisitudes de la vida cotidiana. El 36,7% de los adultos mayores refiere mal estado de ánimo, pudiendo ser síntoma de trastornos psicológicos que deben ser reconocidos a tiempo, ya que a edades avanzadas un cuadro depresivo puede encubrirse como irritabilidad, apatía, baja capacidad de memoria, etc., que puede confundirse con demencia (SENAMA, 2010).

### **Adulto Mayor Institucionalizado**

En Chile existen escasas mediciones y estudios epidemiológicos actualizados, que entreguen cifras reales de sintomatología depresiva en el adulto mayor institucionalizado, sin embargo, Gac (2005) menciona la depresión como una de las patologías que se presentan con mayor frecuencia en el segmento de adultos mayores, sobre todo si se encuentran institucionalizados, señalando que podría alcanzar un 25% de la población total en una residencia para ancianos. Esto se suma a que en muchas de ellas, solo es posible atender las necesidades fisiológicas y de seguridad física, postergando las necesidades superiores como el amor, la autoestima y la realización de sí mismo, no siendo extraño observar conductas regresivas al no tenerlas satisfechas, lo que genera emociones negativas que pueden conducir a una depresión (Barrientos, 2007; Estrada et al, 2013). Por esta razón, la institucionalización en centros de larga estadía debe destinarse solo para adultos mayores que presenten pérdida significativa de autonomía, deterioro físico o mental, que le

impida sobrellevar una vida digna en su propio hogar (Hernández, 2007; Rodríguez, Morales, Encinas, D'hyver & Trujillo, 2000). Esta realidad aumenta, ya que “actualmente una de cada diez personas pertenece al grupo Adulto Mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco” (INE, 2015, p.2).

Ya sea por jubilación o invalidez, muchas personas deben abandonar la vida laboral y volverse dependientes de los sistemas de atención institucional o comunitaria (Martín, 2009). Debido al deterioro y cambios fisiológicos que muchos adultos mayores presentan en esta etapa, sus familias se ven incapacitadas de asumir la responsabilidad de su cuidado (SENAMA, 2010), por lo cual son derivados a residencias para ancianos, para satisfacer sus necesidades (Hernández, 2007).

Los establecimientos de larga estadía para adultos mayores actualmente acogen aproximadamente a 13.187 ancianos de escasos recursos, en 663 hogares autorizados y en vías de autorización, de la Región Metropolitana, con un costo promedio mensual de 448.539 pesos (SENAMA, 2011). Esto implica que la atención se concentra en atender necesidades de abrigo, salud y alimentación, y escasamente en la atención socioemocional, debido a su alto costo, por lo que muchas veces se observa que los ancianos institucionalizados presentan una gran necesidad de afecto y de contacto físico, que a pesar de los esfuerzos del personal, no quedan cubiertos (Estrada et al, 2013). Algunos

residentes se vuelven retraídos y casi no se comunican, mientras otros se sumen en un estado de apatía y tristeza (Riquelme, 1997).

La sintomatología depresiva en personas mayores de 65 años en Chile, alcanza un 5,6%, mientras que en adultos mayores institucionalizados, fluctúa entre un 28 y un 40% (Marín & Gac, 2000). La población de adultos mayores institucionalizados va en aumento debido a las crisis económicas, sociales y culturales, la reducción del tamaño de la vivienda y la disminución del grupo familiar, junto a las largas jornadas laborales, etc. (SENAMA, 2011), todo lo cual impide que los familiares cercanos provean del cuidado necesario a sus adultos mayores y estos sean derivados a residencias de tercera edad.

En las residencias para ancianos es regla general la necesidad de afecto y de contacto físico de sus moradores (Martín, 2009; Riquelme, 1997). Cabe señalar que, debido al alto costo de atención en los establecimientos de larga estadía, esta se reduce a proveer los cuidados de salud, alimentación y abrigo, por lo que las necesidades emocionales de interacción, comunicación y vínculo, se reducen a los cuidados mínimos (Estrada et al, 2013; Martín, 2009; Riquelme, 1997).

### **Indicadores de Salud Mental en el Adulto Mayor**

En la Guía de Gerontología del SENAMA, la depresión se define como un estado afectivo caracterizado por una

disminución del ánimo, que es vivida como un sentimiento de tristeza, soledad, desesperación, pesimismo, desvalorización, culpa, quejas somáticas como insomnio, pérdida de apetito, disminución de la motricidad y dificultades cognitivas (SENAMA, 2015)

La depresión geriátrica tiene una amplia gama de manifestaciones clínicas y su evolución es prolongada y ocasionalmente crónica, especialmente en aquellos que pierden el sistema de apoyo social (SENAMA, 2015). Sus síntomas característicos se pueden dividir en:

- Síntomas emocionales: abatimiento, tristeza, ansiedad, irritabilidad, soledad y abandono, menor satisfacción vital, impotencia, desesperanza, sensación de vacío.
- Síntomas cognitivos: baja autoestima, pérdida de autonomía, dificultades de concentración, déficit de memoria, razonamiento enlentecido.
- Síntomas físicos: sueño alterado, problemas gastrointestinales, pérdida de apetito, contracturas musculares, fatiga, dolor de cabeza.
- Síntomas Volitivos (voluntad): evitación y pérdida de interés en actividades, baja reactividad a estímulos agradables o parálisis completa de la voluntad conducente a inmovilidad total y resistencia ante la intervención de otros.

Entre los aspectos más importantes del bienestar psicológico de los adultos mayores, se encuentra la autoestima, como

conducta promotora de la propia salud (Aparicio, Sánchez-López, Dresch, & Díaz, 2008) que actúa como medio directo a través del enfrentamiento a retos y cumplimiento de metas, e indirecto a través del afrontamiento al estrés. Su perdurabilidad es trascendental para promover y promocionar niveles de bienestar adecuados (Aparicio, Sánchez-López, Dresch, & Díaz, 2008). En adultos mayores, la autoestima es fundamental en la valoración de los cambios objetivos en sus habilidades y características (Ortiz & Castro, 2009). La dificultad radica en el menoscabo físico, social y cultural en que se encuentra el adulto mayor, por lo cual se siente rechazado y con baja incidencia en el desarrollo de la sociedad (Ortiz & Castro, 2009).

### **Terapia Asistida con Animales (TAA)**

La importancia del vínculo entre los seres humanos y los animales se ha documentado en todas las culturas, poniendo énfasis en las profundas conexiones que se establecen entre ambos (Kling, 2006 citado en Walsh, 2009). Los animales han ocupado una posición central en teorías concernientes al tratamiento de enfermedades, siendo respetados como compañeros del hombre en asuntos de supervivencia, salud y curación, e incluso como un enlace que conecta al hombre con el mundo espiritual (Serpell, 2003).

La visión terapéutica, propiamente tal, se inicia con William Tuke (1792), quien pensaba que los animales eran capaces de promover sentimientos sociales y benéficos, actuando como refuerzo positivo, aumentando

el autocontrol, la autoestima y la autonomía (Gunter, 2002). Por ello en 1792, funda el Retreat de York en Inglaterra, utilizando perros para el tratamiento de pacientes con trastornos mentales, generando un cambio fundamental en relación a su concepción y tratamiento, lo que permitió introducir animales como recurso terapéutico en instituciones mentales (Serpell, 2003). Tal es el caso de Florence Nightingale (1860), quien señala que un animal es un excelente compañero para los enfermos, especialmente en casos de enfermedades crónicas, relevando el impacto positivo de la compañía animal (Serpell, 2003).

El uso de animales con fines psicoterapéuticos aparece con Boris Levinson (1960), pionero en el uso de animales en la terapia. Tras la publicación de su artículo “El perro como coterapeuta” (1970), Levinson destacó el valor terapéutico que un animal de compañía representa, así como los beneficios que puede aportar como coterapeuta durante una sesión de psicoterapia.

Corson & Corson (1974) utilizaron perros con pacientes hospitalizados que no respondían a terapias tradicionales, concluyendo que la Terapia Asistida con Animales (TAA) promovió el aumento de interacción social entre los pacientes, así como la autoestima, independencia y capacidad de asumir la responsabilidad del cuidado del animal, demostrando resultados positivos como agentes terapéuticos (Gunter, 2002; San Joaquín, 2002).

David Lee (1975) introdujo animales en terapias de trastornos mentales, con pacientes peligrosos para la sociedad, en el Centro Médico Forense de Dakwood, Ohio. La incorporación de los animales fomentó interacciones sociales entre el personal y los pacientes y redujo significativamente la violencia presente en los pacientes (Oropesa, García, Puente & Matute, 2009; San Joaquín, 2002).

### **Características y tipos de Intervenciones Asistidas por Animales (IAA)**

Las Intervenciones Asistidas por Animales (IAA) se basan en la biofilia, definida por el biólogo Edward Wilson (1984) como el interés innato por la vida, resultado de la evolución conjunta del ser humano con otras especies. Esta conexión con la naturaleza incluye a los animales y es modelada por el aprendizaje y la cultura (Kellert, 1997 citado en Walsh, 2009).

Las Intervenciones Asistidas por Animales (IAA) definen todas aquellas actividades en las que a través del vínculo con el animal, se busca promover beneficios en la salud y/o calidad de vida de los usuarios. Las IAA contemplan la Terapia Asistida con Animales (TAA) y las Actividades Asistidas con Animales (AAA).

La Terapia Asistida por Animales (TAA), según La “Delta Society” (1992), refiere intervenciones dirigidas con objetivos terapéuticos específicos, donde un animal entrenado, que reúne determinados criterios específicamente definidos, es parte integral

del proceso de tratamiento. La intervención posee fines terapéuticos definidos previamente, con el objetivo de promover beneficios en las áreas física, psicológica, emocional, social y/o cognitiva (Fine, 2010; Souter & Miller, 2007).

La TAA debe ser dirigida por un profesional de la salud dentro del campo de práctica que corresponde a su profesión, quien diseña la intervención para beneficiar el funcionamiento físico, social, psicológico, emocional y/o cognitivo del sujeto. El proceso debe ser documentado y evaluado por el profesional que lo dirige con instrumentos confiables para medir las áreas que desea intervenir (Fine, 2010; Cirulli, Borgi, Berry, Francia & Alleva, 2011).

Las Actividades Asistidas por Animales (AAA), son actividades que procuran que el encuentro con el animal sea espontáneo, libre y sin exigencias, brindando oportunidades motivacionales, educativas y recreativas para mejorar su calidad de vida. Las AAA pueden ser dirigidas por profesionales de la salud, educación y/o voluntarios, sin objetivos terapéuticos (Fine, 2010; Cirulli, Borgi, Berry, Francia & Alleva, 2011).

### **Características de la Interacción Humano-Animal**

Según Bowlby (2006), el vínculo se define como una interacción afectiva duradera con un sujeto en particular, con la motivación de mantener la cercanía con el otro, lo que proporciona seguridad y confianza, al sentirse



aceptado y protegido por la proximidad de un sujeto en particular. (Bowlby, 2006). Gutiérrez, Granados & Piar (2008), señalan que, si bien los vínculos afectivos por lo general se desarrollan entre miembros de una misma especie, también es posible desarrollar vínculos con individuos de otras especies, sobre todo en el caso de los perros, en quienes se ha observado la capacidad de generar fuertes lazos con los seres humanos, razón por la cual es el animal más utilizado en TAA. Para Katcher (1993 citado en Gutiérrez, Granados & Piar, 2008), existen cuatro principios básicos en la interacción humano-animal que permiten que se establezca un vínculo entre ambas especies: la seguridad, la intimidad, la afinidad y la constancia del vínculo que se origina a través de la historia de interacciones entre una mascota y su dueño.

Gunter (2002) señala que los beneficios físicos, psicológicos y sociales que se derivan de la relación humano-animal, dependen de la calidad del vínculo establecido entre el animal y el hombre, donde existen aspectos fundamentales que contribuyen a que dicha interacción se considere positiva. Se destaca que los animales ofrecen afecto sin exigencias, simbolizando el yo infantil del adulto; y establecen comunicación no verbal, donde el tacto actúa como mediador, permitiendo establecer proximidad afectiva entre ellos. Es importante señalar que además el hombre es capaz de proyectar pensamientos y sentimientos en el animal (Gunter, 2002).

## **Beneficios de la relación humano-animal**

Respecto de los beneficios de esta relación, Fine (2010) expone la existencia de dos grupos de teorías. Unas señalan que los animales cuentan con capacidades intrínsecas que los hacen seres terapéuticos per sé, donde la sola presencia, comportamiento y habilidades para interactuar con los hombres, otorgaría a estos oportunidades y beneficios difíciles de obtener sin ellos. Estas teorías están centradas en la capacidad que tienen los animales para disminuir la ansiedad y el nivel de alerta de los seres humanos, promoviendo estados de relajación en los mismos (Wilson, 1984; Friedmann y Tsai, 2006). Las otras señalan que un animal puede utilizarse como herramienta viva capaz de promover cambios en el comportamiento de un sujeto, al permitirle evaluarse a sí mismo y su mundo de una manera distinta, ya que lo retroalimenta respecto de las actividades que realiza con éste. Aquí el animal se utiliza como recurso para la adquisición de nuevas capacidades (Fine, 2010).

Walsh (2009) señala que el psiquiatra Levinson (1960), demostró que un perro introducido en terapia con niños y adolescentes permitía reducir la ansiedad y habilitaba a los jóvenes a establecer relaciones más positivas con los demás, fortaleciendo la alianza y facilitando la interacción con el paciente (Walsh, 2009).

Varios autores mencionan que con adultos mayores, las mascotas mejoran la calidad de vida, aportando valor y significado, promoviendo relajación y seguridad al

proporcionarles compañía (Baun & McCabe, 2003; Friedmann y Tsai, 2006). En residencias para ancianos, las mascotas mejoran el estado de ánimo, disminuyen la sintomatología depresiva, y mejoran la interacción social y calidad de vida (Colombo, Buono, Smania, Raviola, & De Leo, 2006; Walsh, 2009).

Para San Joaquín (2002), Gutiérrez, Granados & Piar (2008) y Walsh (2009), los animales son compañeros de juego, y en las TAA, las persona se divierten, aumentando su actividad física y expresiones faciales positivas, al jugar con ellos. Además los animales facilitan el proceso de recordar eventos placenteros de la infancia o de otras etapas del desarrollo (Fine, 2010)

Los promotores de la TAA aseguran que hablar o tocar a los animales reduce el estrés, produciendo sentimientos de comodidad y ensueño, realza el ego y desarrolla habilidades sociales facilitando la sociabilidad, aliviando la soledad y la depresión, levantando la moral y la autoestima; reduciendo la dependencia en medicamentos, proveyendo formas significativas de estimulación sensorial; y ser un medio de diversión y recreación que agrega belleza al medio (Zarebski et al, 2002).

Fine, (2010); Gunter, (2002); Gutiérrez, Granados & Piar, (2007) y Walsh, (2009) señalan que el beneficio fundamental de la TAA es la presencia del animal como coterapeuta, ya que su participación en la intervención produce calma y proporciona seguridad en los primeros contactos, más difíciles de alcanzar en su ausencia.

Desde una relación utilitaria en la caza y la protección, los animales se han posicionado en la vida de los seres humanos en diversos escenarios, siendo la interacción afectiva uno de los más relevantes y transversales. Como ha sido documentado, las mascotas, en particular los perros, se han vinculado afectivamente a los seres humanos, cambiando progresivamente la forma de relacionarse con ellos. Por ello se postula que los animales de compañía pueden usarse en la terapia de ancianos, por los múltiples beneficios que les brindan (Savishinsky, 1992). Este estudio plantea que la implementación de una TAA en un residencia para ancianos en Chile, puede reforzar el vínculo humano-animal y que la interacción afectiva que se establece entre ambos, puede ser positiva, ya que la literatura plantea en forma consistente que aquellas personas que interactúan con animales y que se involucran con ellos, tienden a beneficiarse a nivel fisiológico, psicológico y social (Gutiérrez, Granados & Piar, 2007).

## **Metodología**

### **Participantes**

Los participantes fueron seleccionados de dos casas de reposo, la Casa de Reposo Cianelli y el Hogar de Ancianos Padre Clemente Díaz.

La Casa de Reposo Cianelli, institución particular, fue fundada en 1988 por las hermanas Cianelli, motivadas por cuidar adultos mayores, promoviendo la confianza de sus familias. Cuenta con 23

residentes que presentan diagnósticos de Alzheimer, depresión, demencia senil y enfermedades físicas propias de la edad.

El Hogar de Ancianos Padre Clemente Díaz, institución privada, fue fundado en 1972 por la Congregación de las Hermanas de la Misericordia, para mantener a los ancianos más necesitados protegidos e integrados a sus familias y a la comunidad.

La muestra estuvo conformada por 16 adultos mayores institucionalizados, de la Región Metropolitana de Santiago, Chile, seleccionados en forma intencionada, con una estrategia de muestreo no probabilístico, atendiendo al criterio de inclusión de ser residente de una casa de reposo y de exclusión de obtener un puntaje igual o mayor a 14 en el Mini Mental State Examination abreviado (MMSE), siendo divididos en dos grupos, uno de control y el otro experimental.

## **Instrumentos**

### **Fase Cuantitativa**

**Mini Mental State Examination. (MMSE).** Se utilizó el Mini Mental State Examination abreviado, desarrollado por Folstein en 1975 (citado en Castellano & de Miguel, 2012), estandarizado y validado en Chile por González-Hernández, Aguilar, Oporto, Araneda, Vásquez & Von Bernhardt, (2009). La puntuación máxima es de 19 puntos, evaluándose: orientación espacio temporal; capacidad de atención, concentración y memoria, capacidad de abstracción (cálculo), capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial, capacidad para

seguir instrucciones básicas. El punto de corte para deterioro cognitivo se establece en puntajes menores o iguales a 13 puntos.

Reporta un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,82-0,84, con una fiabilidad interjueces de 0,84-0,99 en ancianos institucionalizados (Sanz, {s/f}). La sensibilidad y especificidad del MMSE abreviado en relación a la versión completa es de 93,8%-93,9% (González-Hernández, Aguilar, Oporto, Araneda, Vásquez & Von Bernhardt, 2009). En su validez se han observado correlaciones significativas con medidas de inteligencia, memoria y otros aspectos del funcionamiento cognitivo. (Sanz, {s/f}).

**Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. (GDS).** La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982, y consta de 30 preguntas específicas para detectar sintomatología depresiva en población adulta mayor (Martínez, Onís, Dueñas, Albert, Aguado & Luque, 2002). Fue validada al español por Sheikh y Yesavage en 1986, quienes propusieron una versión abreviada de 15 preguntas (GDS-15), con 10 afirmaciones positivas y 5 negativas, a fin de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención presentes en este grupo etareo (Martínez, Onís, Dueñas, Albert, Aguado & Luque, 2002). Así, un puntaje entre 0 a 4 se considera normal, entre 5 a 10 se considera depresión, y entre 10 a 15 se considera depresión severa

(Martínez, Onís, Dueñas, Albert, Aguado & Luque, 2002).

Presenta consistencia interna de 0,78 y validez de constructo de 0,87, con sensibilidad ( $S = 84\%$ ), y especificidad ( $E = 95\%$ ), y correlación superior al 0,80, equiparables entre las dos versiones (Martínez, Onís, Dueñas, Albert, Aguado & Luque, 2002; Gómez-Angulo & Campo-Arias, 2011).

**Escala de Autoestima de Rosenberg. (EAR).** Se utilizó la validación chilena de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), realizada por Rojas-Barahona, Zegers & Förster (2008), conformada por 10 afirmaciones sobre los sentimientos que una persona tiene acerca de sí misma, 5 direccionados positivamente, y 5 negativamente, a responder utilizando una escala de apreciación de cuatro alternativas: Muy de acuerdo=4, De acuerdo=3, En desacuerdo=2 y Muy en desacuerdo=1, que se puntúan según la dirección de la respuesta. El puntaje fluctúa entre 10 y 40 puntos (a mayor puntaje mayor autoestima).

Presenta un coeficiente Alfa de Cronbach entre 0,72 y 0,89, siendo considerada un instrumento de calidad para medir la autoestima en nuestro país, al cumplir los criterios de validez y confiabilidad, presentando un comportamiento similar al esperado por Rosenberg para la población original (Rojas-Barahona, Zegers & Förster, 2009).

**Índice de Satisfacción Vital-A. (LSI-A).** Se utilizó el Índice de Satisfacción Vital-A (LSI-A) de Neugarten, Havighurst & Tobin (1961), estandarizado en Chile por Zegers, Rojas-Barahona & Marín (2009), cuyo objetivo es definir una medida válida y confiable del bienestar psicológico de adultos mayores. Sin embargo, puede aplicarse en cualquier momento de la vida adulta, para evaluar nivel de adaptación o felicidad. (Zegers, Rojas-Barahona & Marín, 2009).

El LSI-A, validación chilena, consta de 20 afirmaciones, 13 direccionadas positivamente, y 7 negativamente, que se responden según una escala de apreciación de 3 alternativas: De acuerdo=1, En desacuerdo=0 y “?”=0. Se puntúa según la dirección de la respuesta, y el puntaje total fluctúa entre 0 y 20 puntos (a mayor puntaje mayor satisfacción vital).

La confiabilidad del instrumento presenta un Alfa de Cronbach de 0,79, lo que demuestra su buena consistencia interna (Henerson, Lyons y Taylor, 1987; Zegers, Rojas-Barahona & Marín, 2009), sin observarse diferencias significativas por edad ( $F(2,221) = 0,124; p = 0,884$ ) ni por sexo ( $F(1,222) = 1,114; p = 0,292$ ), concordando con los análisis realizados por Neugarten y colaboradores (1961; 1996); sin embargo, las medias de esta última variable son menores a las reportadas por los autores. (17,9 en mujeres y 17,5 en hombres). (Zegers, Rojas-Barahona & Marín, 2009).

## **Fase Cualitativa**

**Entrevista semiestructurada.** Se desarrolló una entrevista semiestructurada destinada a indagar la percepción que los participantes tuvieron respecto a la experiencia vivida en la intervención, con preguntas que pudiesen servir de guía para el entrevistador, pero reformulables respecto del desarrollo de la entrevista. Esta constaba de dos apartados respecto de la experiencia de la TAA y del impacto percibido subjetivamente por el participante. Con una duración aproximada de 60 minutos, fue realizada en un espacio adecuado y grabada para ser analizada y codificada, previo consentimiento de los adultos. Se pretendió que la entrevista fuese capaz de mantener la atención y motivación del participante, haciéndolo sentir cómodo al conversar sobre sus experiencias durante la TAA. En los aspectos éticos, se introdujeron temáticas e interrogantes que les permitiesen reflexionar acerca de lo vivido, intentando no generar consecuencias emocionales negativas. Finalmente, los aspectos teóricos tuvieron el objetivo de evaluar la experiencia subjetiva de los participantes durante la aplicación de la TAA en un contexto psicoterapéutico, con el fin de obtener la información necesaria para comprender de manera más completa y profunda el fenómeno de estudio (Flick, 2004).

## **Procedimiento**

El reclutamiento de los participantes se realizó enviando una carta para presentar el proyecto a diferentes residencias de

ancianos, y ante la respuesta positiva, se visitaron sus dependencias para relatar los detalles y protocolo de la implementación (consentimiento informado, duración, metodología, etc.). Con la residencia definida se solicitó el consentimiento informado por escrito de quienes formarían parte del estudio, para aplicarles las pruebas destinadas a evaluar el criterio de exclusión (MMSE) y conformar el grupo experimental.

En la evaluación de la muestra fueron utilizadas la validación chilena de los instrumentos MMSE abreviado, GDS-15, EAR y LSI-A, en forma inicial y una vez terminada la intervención. Finalmente, se aplicó una entrevista semiestructurada a fin de evaluar la experiencia subjetiva de los participantes como complemento a los datos cuantitativos. Las escalas fueron aplicadas en ambas oportunidades por las investigadoras, tesistas de la Escuela de Psicología de la Universidad UNIACC.

Para la fase de selección de la muestra, se confeccionó un cuadernillo compuesto de tres apartados, con el consentimiento informado, antecedentes personales (edad, sexo, nivel educacional, antecedentes mórbidos y familiares) y MMSE abreviado.

Al momento de su aplicación, existían en la Casa de Reposo Cianelli, 23 adultos mayores, de los cuales fueron evaluados 12, sugeridos por la enfermera de la institución, que presentaban sus capacidades cognitivas conservadas. Sin embargo, sólo 8 de ellos cumplieron con el criterio de exclusión.

Para la fase de diagnóstico, aplicable a quienes obtuviesen más de 14 puntos en el MMSE abreviado, se confeccionó un cuadernillo que contenía los instrumentos GDS-15, EAR y LSI-A.

Las instrucciones de las escalas fueron explicadas individualmente a cada participante y respondidas individualmente, en un lugar adecuado para su comprensión cabal. Se trabajó con formatos macro-tipo para que pudiesen responder en forma autónoma y se asistió a quienes presentaban problemas visuales, auditivos o de comprensión.

En la fase intermedia se desarrolló un plan de intervención psicoterapéutica en el contexto de una Terapia Asistida con Animales (TAA), con ejemplares caninos entrenados de la Fundación Dos Amigos. El grupo experimental quedó constituido por 8 residentes, quienes participaron voluntariamente en las 10 sesiones, desarrolladas 2 veces por semana (90 minutos cada vez), distribuidos de la siguiente forma: 15 minutos de inicio, 60 minutos de intervención directa con los ejemplares caninos y 15 minutos de cierre. El protocolo de intervención fue desarrollado por el equipo de investigación y está disponible para su revisión en el anexo A.

Las sesiones fueron desarrolladas en una sala habilitada o en el exterior cuando el clima lo permitía, e implementadas por las tesisistas, con apoyo de 2 técnicos en TAA y 2 ejemplares caninos.

En la fase final de reevaluación, se aplicaron nuevamente las escalas GDS-15,

EAR y LSI-A, además de la entrevista semi estructurada con el objetivo de evaluar la experiencia subjetiva de los adultos mayores institucionalizados durante la aplicación del plan de intervención de TAA.

### **Análisis de datos**

La información fue ingresada en una base de datos, para aplicar los métodos estadísticos del programa SPSS en su versión 20.0, donde se determinaron las medias, desviaciones estándar, mínimos y máximos de los instrumentos GDS-15, EAR y LSI-A, para el total de participantes de cada grupo y se complementó la información con datos cualitativos extraídos de las entrevistas.

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de la muestra y luego análisis comparativos con pruebas no paramétricas. Considerando el tamaño muestral, se utilizó la U de Mann Whitney para muestras independientes, y la W de Wilcoxon para muestras relacionadas, a fin de realizar comparaciones al interior de cada grupo y entre los grupos, con el fin de determinar si existían diferencias significativas en los resultados de las variables sintomatología depresiva, autoestima y satisfacción vital.

Para el proceso de análisis de datos de la fase cualitativa se utilizó la teoría fundamentada, específicamente la codificación axial, a fin de realizar un trabajo reflexivo y creativo para conectar los datos estableciendo distintas relaciones entre los conceptos, a fin de tener una imagen total de los datos, relacionando las categorías y dimensiones que

se identificaron al interior de cada una de ellas (Flick, 2004).

## Resultados

### Fase Cuantitativa

#### Análisis Descriptivo:

La muestra estuvo compuesta por 16 adultos mayores, de entre 60 y 101 años de edad, divididos en dos grupos. El Grupo Experimental (GE), conformado por 5 mujeres y 3 hombres, entre 60 y 95 años, con un promedio de edad ( $M = 79,63$ ;  $D. E = 4,56$ ), pertenecientes a la residencia Cianelli ubicada en la comuna de Ñuñoa. El Grupo de Control (GC), constituido por 6 mujeres y 2 hombres, entre 80 y 101 años, con un promedio de edad ( $M = 89,5$ ;  $D. E = 2,20$ ), del Hogar de Ancianos Padre Clemente Díaz de la comuna de Buin.

Cabe destacar que fue imposible contar con datos de escolaridad, antecedentes familiares, entre otros, puesto que los adultos mayores no tenían claridad de la información y las fichas médicas no estaban actualizadas.

En la variable sintomatología depresiva, los puntajes iniciales obtenidos por los sujetos del GE fluctuaron entre 3 y 10 puntos, con una media general de ( $M = 5,38$ ;  $D. E = 2,44$ ), observándose que 5 de 8 participantes evaluados presentan depresión, lo que representa un 62,5% (ver tabla 1).

En la evaluación final los puntajes fluctuaron entre 0 y 8 puntos, con una media general de ( $M = 4,88$ ), ( $D.E = 2,99$ ), similar a lo observado en la evaluación inicial, no habiendo diferencias significativas ( $Z = -,769$ ;  $p = ,442$ ) (ver Tabla 2).

El análisis de la sintomatología depresiva inicial en el GC, mostró puntajes que fluctuaron entre 2 y 10 puntos, con una media general de ( $M = 5,588$ ;  $D.E = 2,258$ ), observándose que 6 de los 8 residentes presentan depresión, correspondiente al 75% de la población (ver Tabla 1).

[Insertar Tabla 1 aprox. aquí]

Los puntajes finales fluctuaron entre 1 y 12 puntos. La media general fue de ( $M = 4,5$ ;  $D.E = 3,42$ ), similar a la evaluación inicial, no habiendo diferencias significativas ( $Z = -1,195$ ;  $p = ,232$ ) (ver Tabla 2).

[Insertar Tabla 2 aprox. aquí]

En la variable autoestima, los puntajes iniciales obtenidos por los sujetos del GE fluctuaron entre 25 y 37 puntos. La media general fue de ( $M = 30,5$ ;  $D.E = 4$ ), mientras los puntajes finales fluctuaron entre 24 y 36 puntos, con una media general de ( $M = 30,88$ ;  $D.E = 4,61$ ), similar a lo observado en la primera evaluación, no habiendo diferencias significativas ( $Z = -,634$ ;  $p = ,232$ ) (ver Tabla 3).

El análisis de la autoestima en el GC, muestra puntajes que fluctúan entre 25 y 34 puntos, con una media general que se sitúa en ( $M = 28,63$ ), ( $D.E = 2,61$ ). Los puntajes de la evaluación final fluctuaron entre 24 y 34 puntos. La media general fue de ( $M = 29,25$ ), ( $D.E = 3,45$ ), no mostrando diferencias significativas entre ambas evaluaciones ( $Z = -,493$ ;  $p = 0,622$ ) (ver Tabla 3).

[Insertar Tabla 3 aprox. aquí]

Los puntajes obtenidos por los sujetos del GE en la evaluación inicial de la variable satisfacción vital, fluctuaron entre 6 y 15 puntos. La media general fue de ( $M = 10,63$ ;  $D.E = 2,95$ ) (ver Tabla 4). En tanto, en la última medición, esta variable arrojó puntajes que fluctuaron entre 9 y 15 puntos, con una media general de ( $M = 12,75$ ;  $D.E = 2,12$ ), lo que describe una diferencia significativa entre ambas evaluaciones ( $Z = -2,043$ ;  $p = ,041$ ) (ver Figura 1)

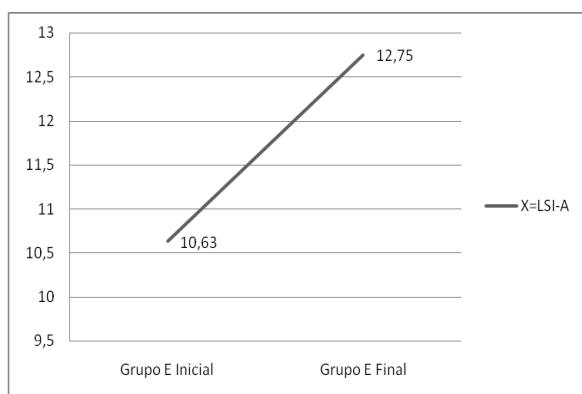


Figura 1. *Media Satisfacción Vital*

Pese a lo reducido de la muestra y lo pionero de la intervención, la interacción afectiva con los animales, según un protocolo de intervención, impactó positivamente en la satisfacción vital, que representa un componente fundamental en la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores, relevando las impresiones subjetivas respecto de su funcionamiento físico, psicológico y social, y la influencia de los factores ambientales (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

El análisis inicial de la satisfacción vital en el GC, muestra puntajes que fluctuaron entre 8 y 15 puntos, con una media

general de ( $M = 11,5$ ), ( $D.E = 2,25$ ). Los puntajes finales del índice de satisfacción vital fluctuaron entre 3 y 18 puntos. La media general fue de ( $M = 11,75$ ), ( $D.E = 4,83$ ), similar a lo observado en la primera evaluación, sin diferencias significativas ( $Z = -,142$ ;  $p = ,887$ ) (ver Tabla 4).

[Insertar Tabla 4 aprox. aquí]

### **Análisis Comparativo:**

En relación con la evaluación de la sintomatología depresiva en ambos grupos, no se aprecian diferencias significativas en la aplicación inicial ( $U=29.500$ ;  $p=0.790$ ), ni final ( $U=27.000$ ;  $p=0.597$ ). (ver Tabla 5).

[Insertar Tabla 5 aprox. aquí]

En la variable autoestima, los resultados de ambos grupos de estudio no muestran diferencias significativas en su aplicación inicial ( $U = 23.50$ ;  $p = 0.367$ ), ni final ( $U = 24.50$ ;  $p = 0,427$ ). (ver Tabla 6).

[Insertar Tabla 6 aprox. aquí]

Respecto de la satisfacción vital, los grupos no presentan diferencias significativas, al inicio ( $U = 27,00$ ;  $p = 0,594$ ), ni al final de la intervención ( $U = 28,00$ ;  $p = 0,673$ ). (ver Tabla 7).

[Insertar Tabla 7 aprox. aquí]

### **Fase Cualitativa**

Se realizaron entrevistas semi estructuradas, de las cuales se presentarán los resultados más relevantes, organizados de acuerdo a las categorías centrales que



emergieron del análisis de los datos. Las categorías de análisis provienen de la codificación axial de las afirmaciones emitidas por los participantes durante la entrevista.

Respecto de la motivación para participar, desde la convocatoria se percibe un atractivo por la voluntariedad y no imposición, donde la libertad de opción, vino a cuestionar la pasividad de la vida cotidiana.

“Una experiencia que no había tenido antes y entretenida” (...) “Bromas por aquí, bromas por allá, esa parte le hace bien a uno, se relaja, sobre todo a nosotros que estamos viejos y encerrados en estas cuestiones aquí, no tenemos mayor experiencia” (Tito, 82 años, comunicación personal, 22 de septiembre, 2016).

“Anda al gimnasio, me dijiste tú, y esa libertad me llevó a preguntarme de qué se trataba” (Berni, 60 años, comunicación personal, 22 de septiembre, 2016).

En relación con la duración de la intervención, hubo valoraciones positivas mayoritariamente, aunque con cierta ambivalencia. Esto se explica por la ausencia de interacciones, ya que en general las únicas instancias de encuentro ocurren durante los turnos de alimentación, que disfrutaban sólo algunos residentes, lo que hacía inusual la participación en una actividad común.

“Diez sesiones está bien” (Berni, 60 años).

“Me hubiese gustado que hubiesen seguido viniendo” (Loly, 60 años, comunicación personal, 21 de septiembre, 2016).

“Corto para poder compartir, poder conversar, poder expresarse” (Chevy, 87 años, comunicación personal, 21 de septiembre, 2016).

A partir del análisis descriptivo de las entrevistas, es posible afirmar que tanto el trabajo terapéutico realizado por las tesisistas como la propia participación de los residentes, dieron cuenta de una valoración positiva de la intervención.

“Estupendo, yo creo que son fantásticas, se abrieron a nosotros y nos mostraron ese mundo exterior que no es lo mismo que nosotros vivimos aquí, esto es como un submundo, esto de estar encerrados, esto no es una realidad” (Loly, 60 años).

“Estoy más estable en la manera de comportarme, porque uno no puede vivir así tan abrutado” (Tito, 82 años).

“Yo no he participado en muchas terapias, pero a mí realmente me sirvió” (Berni, 60 años)

“Rompió la monotonía que existía entre nosotros” (Loly, 60 años).

La reflexión demuestra que la intervención influyó positivamente en aquellos residentes con mayor claridad de su situación vital y contrasta con las vivencias expresadas por los mismos sobre la inmutabilidad de sus circunstancias y condiciones.

“Me replanteé muchas cosas de mi vida, que había hecho con mi vida, de lo que me quedaba, de las decisiones que había tomado, algunas erradas” (Berni, 60 años).

“Mucho cambio no ha habido, así somos, se van desapareciendo los viejitos de a poco” (Sr. Bontemps, 85 años, comunicación personal, 23 de septiembre, 2016).

Cabe destacar que la residencia para ancianos es conceptualizada como un lugar donde esperar el final de la vida y no como un

“hogar”, lo que los sitúa en una posición de pasividad emocional y de aceptación de lo inevitable.

“Qué plan, mijita, vivir para mis hijos y para mis nietecitos” (Alice, 88 años, comunicación personal, 23 de septiembre, 2016).

“Ver una persona que está agonizando, como que de repente la sacan de aquí en una camilla y la traen de vuelta en un ataúd” (Tito, 82 años).

Uno de los aspectos más destacados, fue el uso de perros como herramienta terapéutica. La presencia de estos animales favoreció el establecimiento de un vínculo afectivo sin exigencias que inspiró diálogos y activó recuerdos.

“Con animalitos, que fue lo que más influyó en mí, como los animales se adaptaban a nosotros” (Tito, 82 años).

“Te voy a decir una cosa que yo le dije a mi hija, cómo me gustaría tener un cachorrito o un gatito aquí, ese es mi cariño. Entonces fue una felicidad completa compartir eso con ellos” (Chevy, 87 años).

Respecto de la influencia en la interrelación entre los residentes, se observa una sensación de poca posibilidad de cambio, ya que la actividad unificadora es pasajera y la rutina diaria no promueve el encuentro, los residentes expresan una desazón respecto a la posibilidad de generar cercanía o apoyo emocional entre ellos.

“Un poco no más, es que ya llega un momento que choco con una barrera y no se puede pasar, digamos, porque están muy metidos en el sistema de vida el resto, como que no aceptan ninguna cosa

nueva, como que no le dan mucho interés, cada cual vive su vida aquí” (Tito, 82 años).

“No me afectó mucho que digamos, o sea, como lo diría, no fue indiferente, pero no me afectó mucho, como lo digo, no sentí nada en especial” (Alejo, 80 años, comunicación personal, 23 de septiembre, 2016).

Se observa un aumento de la participación grupal y beneficios en el clima emocional durante las intervenciones, lo que confirma que la TAA impacta positivamente en la satisfacción vital.

“El cotillón me fascinó, interesante, fue muy simpático, lo disfruté a concho” (Chevy, 87 años).

“Todas se acordaban y no viniste me decían... bailaban contentas. Se motivaron más en todos los aspectos y en su cotidianidad” (Berni, 60 años).

“La convivencia es buena para todos, salen nuevos detalles, nuevos asuntos que tratar” (...) “Uno como que se integra a un grupo nuevo de personas que va conociendo en la entrevista, con las sesiones que hemos tenido, todo eso también muy interesante” (Tito, 82 años).

“Cuando llevamos los perritos donde la Sra. Lucy que es cieguita, y ella se alegró tanto... sentí que estábamos entre todos entregándole alegría que ella hace muchos años no la tenía” (Loly, 60 años).

Los residentes experimentaron efectos terapéuticos durante la implementación de la TAA, principalmente debido a la interacción afectiva establecida entre hombre y animal, lo que los contactó históricamente con su propia vida y la relación anterior, positiva o negativa, la tenencia de mascotas. Dichos efectos aparecen como beneficiosos, ya que la

interacción con los animales y con otros residentes los movilizó emocionalmente, impactando directamente sobre su volición, energía vital, abulia y apatía, aumentando con ello el índice de satisfacción vital.

Además se observa un aumento de las relaciones interpersonales, lo que contribuyó a que los residentes dejaran de focalizarse en sí mismos para aumentar su intercambio con los otros y con el mundo circundante. De este modo se logró influir sobre su estado de ánimo y colaborar en la reorganización y reinicio de las actividades de la vida cotidiana que habían abandonado.

### **Discusión**

El valor de la TAA ha sido probado y demostrado en diversas investigaciones con distintos grupos etareos, pero hasta el momento no se han desarrollado estudios específicos de TAA en la población de adulto mayor institucionalizada en nuestro país.

La presente investigación se planteó como una intervención piloto en nuestro país, basada en un diseño experimental metodológico y exploratorio desde la lógica de la intervención. La Terapia Asistida con Animales logró aumentar de forma estadísticamente significativa los niveles de satisfacción vital, con un incremento positivo de la percepción de su bienestar emocional (Peterson, Lee & Seligman, 2003).

De acuerdo con estudios revisados sobre las variables satisfacción vital, sintomatología depresiva y autoestima, se esperaba encontrar cierto grado de

aislamiento social, pérdida o disminución de la autoestima como resultado de estar institucionalizados, y una alta sintomatología depresiva en ambos grupos (Gac, 2005; Barrientos, 2007, Estrada et al, 2013). Sin embargo, los resultados obtenidos rechazan esta hipótesis, observándose puntajes promedios equivalentes a un adecuado desarrollo en las variables satisfacción vital y autoestima, y niveles de normalidad e índices de depresión en la variable sintomatología depresiva.

Respecto de la sintomatología depresiva se observan índices de depresión tanto en el grupo experimental como en el de control, que representan un 68,75% de la población evaluada, y si bien muestra una disminución de la sintomatología depresiva en la segunda aplicación de la GDS-15, no aparecen diferencias estadísticas significativas, lo que podría relacionarse con una baja sensibilidad de la GDS-15 en población de adultos mayores institucionalizados, ya que a nivel cualitativo se obtuvieron percepciones subjetivas que reflejan cierto insight en los participantes, respecto a un mejoramiento de su estado de ánimo y una sensación de libertad, interés y proactividad ante la participación en la intervención.

Es posible que las diferencias poco significativas en los resultados de reevaluación de sintomatología depresiva o incluso el aumento de ella, se relacionen con repercusiones vivenciales del plan terapéutico, ya que los adultos mayores fueron movilizados

a evaluar su vida actual y en retrospectiva, calificándola por lo que les causó felicidad o tristeza y aferrándose a los recuerdos que les permitieron seguir adelante (Riquelme, 1997; Martín, 2009; Estrada et al, 2013), vislumbrando así, los motivos por los cuales se encuentran en una residencia de tercera edad, lejos de sus familias.

En la variable autoestima, los adultos mayores presentan resultados concordantes con un buen repertorio emocional cimentado a lo largo de su vida o con el acostumbramiento a las condiciones de estar institucionalizado, lo que implica no cuestionarse sus dificultades de movilidad, salud o de relación con otros (Aparicio, Sánchez-López, Dresch, & Díaz, 2008; Martín, 2009), ya que la rutina diaria de la Casa de Reposo merma la posibilidad de reflexionar sobre la imagen de sí mismos, influyendo negativamente en sus expectativas de futuro y en la planificación de sus propias vidas.

La satisfacción vital es una medida de bienestar psicológico que ha sido estudiada desde hace varias décadas en asociación con variables sociales y de salud (Prado, Rojas-Barahona & Marín, 2009). En el presente estudio se observó una diferencia significativa entre la evaluación inicial y final, lo que demuestra que la intervención realizada permitió aumentar los niveles de bienestar psicológico, que estaría relacionado con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiriera significado para uno mismo, con los desafíos y con vencer la inmovilidad y

esforzarse por generar cambios y lograr metas valiosas (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

Las estrategias psicoterapéuticas empleadas con apoyo de los perros de terapia, ayudaron a mejorar las funciones de contacto con el otro, ya sea los ejemplares caninos, las tesisas o con sus compañeros de residencia, y darse cuenta de la presencia y habilidades de los miembros del grupo de trabajo.

Los adultos mayores que formaron parte de este grupo de psicoterapia incrementaron sus habilidades de contacto a través de la participación verbal, en la capacidad de escucha, en su capacidad de estar abiertos a otras ideas y otros comportamientos distintos a los propios, en su creatividad, en su movilidad, en la forma de contactarse con otros y en las conversaciones (Serpell, 2003; Gutiérrez, Granados & Piar, 2007; Martín, 2009; Walsh, 2009; Fine, 2010), hubo cambios cualitativos en los residentes, principalmente en su forma de percibir la vida (de un modo más positivo), lo que permitió a algunos de ellos evaluar y replantear sus vidas con nuevos proyectos. Sin embargo, para otros, aun cuando refieren una experiencia positiva, que les abrió los ojos respecto del mundo en que vivían, no lograron salir del abatimiento, y muy por el contrario, aumento la sintomatología depresiva, al darse cuenta de su situación de vida actual y de la preparación para la muerte (Riquelme, 1997; Martín, 2009; Estrada et al, 2013), principalmente porque aunque la autoestima puntuó en rangos normales, generalmente fue evaluada en retrospectiva, ya que se evidencia

que en la actualidad, la mayoría de los ancianos presentaron dificultades para aceptarse a sí mismos.

Es importante señalar que se trabajó con un tamaño muestral pequeño, por lo que los resultados no son directamente extrapolables. Estos deben ser tomados con cautela y considerados como información preliminar que requiere de confirmación con investigaciones complementarias.

Pese a ello, los hallazgos resultan interesantes y podrían perfilar la base de futuros estudios de efectividad, que permitirán evaluar en una segunda instancia y con otros métodos si la terapia asistida con animales TAA, promueve el mejoramiento de los índices de satisfacción vital, autoestima y la disminución de los índices depresivos.

La presencia de un animal de compañía, específicamente un perro, mejora el entorno (San Joaquín, 2002; Walsh, 2009; Fine, 2010). Los perros aumentan las conductas interactivas entre los residentes en instituciones geriátricas, (Walsh, 2009; Fine, 2010), por lo que resulta pertinente señalar que, en la etapa de la vejez es recomendable el uso de animales como herramienta de apoyo terapéutica o como mascotas que cumplan la función de “bálsamo emocional” (Fine, 2010), que los ayude a resignificar esta etapa de la vida (Gunter 2002, San Martín, 2002).

El interés por los adultos mayores corre en paralelo al aumento de las expectativas de vida, la jubilación, disminución de la oferta laboral y a la gran cantidad de adultos institucionalizados en

Santiago, fenómenos que, sin duda, se asocian al bienestar subjetivo de la tercera edad, por lo que se hace necesario mayor disponibilidad de recursos sanitarios para atender sus necesidades psicoemocionales (SENAMA, 2015).

Resulta indispensable que el terapeuta y/o psicólogo adopte una postura flexible al trabajar con este grupo etareo y tenga pleno conocimiento de los cambios que suceden en la vejez (Martín, 2009; Bravo & Caro, 2011).

Las proyecciones prácticas de este estudio pudieran ser, entre otras:

- Fomentar la creación de iniciativas privadas para replicarlo, con base en los resultados y antecedentes positivos de los beneficios de una TAA en adultos institucionalizados con sintomatología depresiva.
- Convertirse en antecedente para profundizaciones de investigaciones posteriores más amplias, para llegar a ser una voz autorizada en el diseño e implementación de políticas públicas para la tercera edad.
- Motivar a profesionales del área de la salud y/o voluntarios a profesionalizarse en esta disciplina, para beneficiar a la creciente población de adultos mayores institucionalizados:
- Posicionar la TAA como una herramienta eficaz para aumentar la satisfacción vital, y validar su práctica en Chile, tal como ha sido en otros países.

## Referencias Bibliográficas

- Aparicio, M., Sánchez-López, M., Dresch, V., & Díaz, J. (2008). Las relaciones entre la salud física y psicológica según el estatus laboral. *EduPsykhé*, 7(2), 201-212. Disponible en: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEcQFjAG&url=http%3A%2F%2Fdi. alnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2800138.pdf&ei=D-2iVcq1EYalyQT4iLeABA&usg=AFQjCNGtNlgCeKkIvc5cgab2yOTHxICnRQ&bvm=bv.97653015.d.aWww>
- Argyle, M., & Martin, M. (1991). The psychological causes of happiness. *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*, 77-100. Disponible en: <https://scholar.google.cl/scholar?hl=es&q=the+psychological+causes+of+happiness.&btnG=&lr>
- Barrientos, P. (2007). Percepción del Apoyo Social y Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor Dependiente Acogido en el Centro Integral del Adulto Mayor Padre José Fernández del Hogar de Cristo de Puerto Montt. Facultad de Medicina. Chile: Universidad Austral de Chile.
- Baun, M. & McCabe, B. (2003). Companion Animals and Persons with Dementia of the Alzheimer's Type Therapeutic Possibilities. *American Behavioral Scientist*, 47(1), 42-51. <http://search.proquest.com/openview/0bb1b918a06476ffb2cacf8b96e853c2/1?pq-origsite=gscholarr>
- Bowlby, J. (2006) Vínculos Afectivos: formación, desarrollo y pérdida. España: Morata.
- Bravo, C., & Caro, M. (2011). Efectos psicosociales de la jubilación por vejez en las variables de autoestima y apoyo social en el adulto mayor afiliado al Instituto de Normalización Previsional (INP) de la región metropolitana. *Psykhé*, 11(2). Disponible en: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/422/pdf>
- Campos, F., León, D., & Rojas, M. (2011). Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Imprenta Salesianos.
- Castellano, C. & de Miguel, A., & Fuentes, C. L. C. (2012). Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 69-83. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen12/num1/318/evaluacin-del-componente-afectivo-de-las-ES.pdf>
- Cirulli, F., Borgi, M., Berry, A., Francia, N., & Alleva, E. (2011). Animal-assisted interventions as innovative tools for mental health. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 47(4), 341-348.

- Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0021-25712011000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0021-25712011000400004&script=sci_arttext)
- Colegio Oficial de Psicólogos, (2002). Psicología, psicólogos y envejecimiento: contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(5), 268-275.
- Colombo, G., Buono, M. D., Smania, K., Raviola, R., & De Leo, D. (2006). Pet therapy and institutionalized elderly: a study on 144 cognitively unimpaired subjects. *Archives of gerontology and geriatrics*, 42(2), 207-216.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Ordóñez, J., Osorio, J., Chavarriaga, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=647287290099>
- Flick, U. (2004) Introducción a la investigación cualitativa. España: Morata.
- Friedmann, E. & Tsai, C. (2006). The Animal-Human Bond: Health and Wellness. En Fine, A. (2010). *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. USA: Academic Press.
- Gac, H. (2005) "Failure to Thrive" o ¿Qué tiene este abuelo?. Programa de Geriatría Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/deptos/progragemeriatría/Failure.html>
- Gómez-Angulo, C., & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672011000300008&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672011000300008&script=sci_abstract)
- González-Hernández, J., Aguilar, L., Oporto, S., Araneda, L., Vásquez, M., Von Bernhardt, R. (2009). Normalización del Mini-Mental State Examination según edad y educación para la población de Santiago de Chile, *Revista Memoriza* (3), 23-34. Disponible en: [http://www.memoriza.com/documentos/revista/2009/minimental2009\\_3\\_23-34.pdf](http://www.memoriza.com/documentos/revista/2009/minimental2009_3_23-34.pdf)
- Gunter, B. (2002). Animales domésticos. Psicología de sus dueños (Traducido por Teixidor, P.). España: Paidós.
- Gutiérrez, G., Granados, D., & Piar, N. (2008). Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista colombiana de psicología*, 16, 163-184.

- Henerson, M., Morris, L., & Fitz-Gibbon, C. (1987). *How to measure attitudes*. USA: Sage.
- Hernández, R., Fernández, J., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª.ed.). México: McGraw-Hill Latinoamericana Editores S.A.
- Hernández, Z. (2007). El trabajo psicoterapéutico con un grupo de residentes geriátricos. *El ágora USB*, 7(2), 247-258. Disponible en: <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/16488>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), (2012). Compendio Estadístico. Estadísticas Demográficas. Disponible en [www.ine.cl](http://www.ine.cl)
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), (2015). Enfoque Estadístico. Adulto Mayor en Chile. Disponible en [www.ine.cl](http://www.ine.cl)
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.
- Marín, P. & Gac, H. (2000). *Manual de Geriatría y Gerontología*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Martín, J. (2009). Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud*, 19(1), 101-120. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S152742008000100005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S152742008000100005&script=sci_arttext)
- Martínez, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., & Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 26-40. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S157682002001000003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S157682002001000003&script=sci_arttext)
- Ministerio de Salud (MINSAL), (2013). Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2006). Género y envejecimiento. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/genderageingsp.PDF>
- Oropesa, P., García, I., Puente, V., Matute, Y. (2009). Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. *MEDISAN*, 3(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000600015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600015)
- Ortiz, J., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*,



- 15(1), 25-31. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100004&script=sci_arttext&tlng=en)
- Peterson, C., Lee, F., & Seligman, M. (2003). Assessment of optimism and hope. Encyclopedia of psychological assessment. England: Sage Publications.
- Prado, B., Rojas-Barahona, C., & Marín, C. (2009). Validez y Confiabilidad del Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst & Tobin en una Muestra de Adultos y Adultos Mayores en Chile. *Terapia Psicológica*, 27(1), 15-26. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art02.pdf>
- Riquelme, A. (1997). Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico. España: Servicio de Publicaciones Universidad.
- Rodríguez, A., Valderrama, L., & Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X20100001000111](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X20100001000111)
- Rodríguez, R., Morales, J., Encinas, J., Trujillo, Z. & D'Hyver, C. (2000). Geriatria. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rojas-Barahona, C., Zegers, B., & Förster, C. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000600009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000600009&script=sci_arttext)
- San Joaquín, M. (2002). Terapia asistida por animales de compañía. Bienestar para el ser humano. *Temas de hoy*, 10(3), 143-149.
- Sanz, J. (s/f). Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. *Mini Mental State Exam (MMSE)*. España: Universidad Complutense de Madrid.
- Savishinsky, J., (1992). Intimacy, domesticity and pet therapy with the elderly: expectation and experience among nursing home volunteers. *Social science & medicine*, 34(12), 1325-1334. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1529370>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), (2015) Guía de Gerontología. Disponible en [http://www.senama.cl/filesapp/GLOSA\\_RIO\\_GERONTOLOGICO.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/GLOSA_RIO_GERONTOLOGICO.pdf)
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), (2010). Fondo Nacional Adulto Mayor. Disponible en

- <http://www.senama.cl/archivo-2010-08.html>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), (2011). Estudio de Recopilación, sistematización y descripción de información estadística disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile. Disponible en:  
<http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20ESTUDIO%20RECOPILACION%20ESTADISTICA.pdf>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), (2013). Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía (ELEAM). Disponible en:  
<http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20CATASTRO%20ELEAM%20NACIONAL%202012%20REVISADO.pdf>
- Serpell, J. (2003). Animales de compañía y bienestar humano: un análisis histórico del valor de las relaciones persona-animal. In *Manual de terapia asistida por animales: fundamentos teóricos y modelos prácticos* (pp. 3-22). Fundación Affinity.
- Souter, M., & Miller, M. (2007). Do animal-assisted activities effectively treat depression? A meta-analysis. *Anthrozoös*, 20(2), 167-180.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (2006). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.
- Uribe, A. & Buela-Casal, G. (2004). Calidad de vida en personas mayores. IV Congreso Iberoamericano de Psicología. II Encuentro de la Red Iberoamericana de Facultades y Escuelas de Psicología. Santiago de Chile, Chile.
- Walsh, F. (2009). Human-animal bonds I: The relational significance of companion animals. *Family process*, 48(4), 462-480. Disponible en:  
[http://www.researchgate.net/publication/40023863\\_Human-Animal\\_Bonds\\_I\\_The\\_Relational\\_Significance\\_of\\_Companion\\_Animals](http://www.researchgate.net/publication/40023863_Human-Animal_Bonds_I_The_Relational_Significance_of_Companion_Animals)
- Wilson, E. (1984). Biophilia. The human bond with other species. USA: President and Fellows of Harvard College.
- Zarebski, G., Cabrol, D., Carlos, C., González, B., Salomone, M., Sarmiento, A., Lombardo, E., Marcos, E. (2002). Vínculo Anciano-Mascota: Condiciones y Consecuencias. ¿Al servicio de la salud o al servicio de la Patología?. NAYA. Portal de antropología y arqueología. Disponible en:  
<http://www.equiponaya.com.ar/>
- Zegers, B., Rojas-Barahona, C., & Marín, C. (2009). Validez y Confiabilidad del Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst & Tobin en una Muestra de Adultos y Adultos Mayores en Chile. *Terapia Psicológica*, 27(1), 15-26. Disponible en:  
<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art02.pdf>

## TABLAS

Tabla 1

*Categoría de Evaluación de la Sintomatología Depresiva, Según Etapa de Evaluación, Grupo Experimental y Control*

Variable	Categoría	N	Sintomatología Depresiva Inicial				Sintomatología Depresiva Final			
			N	Min.	Máx.	Media	C	Min.	Máx.	Media
<b>GE</b>	Normal	8	3	3	3	3	4	0	4	2,5
	Depresión	8	5	5	10	6,8	4	5	9	7,5
	Depresión Severa	8	0	-	-	-	0	-	-	-
<b>GC</b>	Normal	8	2	2	4	3	5	1	3	2,6
	Depresión	8	6	5	10	6,83	3	5	6	5,5
	Depresión Severa	8	0	-	-	-	1	12	12	12

Nota: C= Cantidad de pacientes cuyos resultados se concentran en dicha categoría de evaluación.

Tabla 2

*Sintomatología Depresiva, Según Etapa de Evaluación, Grupo Experimental y Control*

Variable	Categoría	N	Sintomatología Depresiva Inicial				Sintomatología Depresiva Final			
			Min.	Máx.	Media	D.E	Min.	Máx.	Media	D.E
<b>Grupo</b>	Experimental	8	3	10	5,38	2,44	0	8	4,88	2,99
	Control	8	2	10	5,88	2,588	1	12	4,5	3,423

Tabla 3

*Autoestima, Según Etapa de Evaluación, Grupo Experimental y Control*

Variable	Categoría	N	Autoestima Inicial				Autoestima Final			
			Min.	Máx.	Media	D.E	Min.	Máx.	Media	D.E
<b>Grupo</b>	Experimental	8	25	37	30,5	4	24	36	30,88	4,61
	Control	8	25	34	28,63	2,61	24	34	29,25	3,45

Tabla 4

*Satisfacción Vital, Según Etapa de Evaluación, Grupo Experimental y Control*

Variable	Categoría	N	Satisfacción Vital Inicial				Satisfacción Vital Final			
			Min.	Máx.	Media	D.E	Min.	Máx.	Media	D.E
<b>Grupo</b>	Experimental	8	6	15	10,63	2,92	9	15	12,75	2,12
	Control	8	8	15	11,5	2,56	3	18	11,75	4,83

Tabla 5

*Análisis Comparativo Sintomatología Depresiva, Según Etapa de Evaluación, Grupo Experimental y Control*

	<b>Grupo Experimental</b>	<b>Grupo Control</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
	<b>N=8</b>	<b>N=8</b>		
	<b>Media (D.E)</b>	<b>Media (D.E)</b>		
Sintomatología Depresiva Inicial	5,38 (2,44)	5,88 (2,58)	29,50	,790
Sintomatología Depresiva Final	4,88 (2,99)	4,5 (3,92)	27,00	,597

Tabla 6

*Análisis Comparativo Autoestima, Según Etapa de Evaluación, Grupo Experimental y Control*

	<b>Grupo Experimental</b>	<b>Grupo Control</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
	<b>N=8</b>	<b>N=8</b>		
	<b>Media (D.E)</b>	<b>Media (D.E)</b>		
Autoestima Inicial	30,5 (4,0)	28,63 (2,61)	23,50	,367
Autoestima Final	30,88 (4,61)	29,25 (3,45)	24,50	,427

Tabla 7

*Análisis Comparativo Satisfacción Vital, Según Etapa de Evaluación, Grupo Experimental y Control*

	<b>Grupo Experimental N=8</b>	<b>Grupo Control N=8</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
	<b>Media (D.E)</b>	<b>Media (D.E)</b>		
Satisfacción Vital Inicial	10,63 (2,92)	12,75 (2,12)	27,00	,594
Satisfacción Vital Final	11,5 (2,56)	11,75 (4,83)	28,00	,673

## **ANEXO 1: PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**

### **Protocolo de Intervención**

#### **Metodología de Trabajo**

##### **Participantes:**

- 8 adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Cianelli, sin deterioro cognitivo según el Mini-mental abreviado.

##### **Características del Ejemplar Canino:**

- Debe ser un animal alegre y atento, pero que sea cuidadoso en sus movimientos, cuyo temperamento sea tranquilo y haya llegado a la madurez, de modo que responda con serenidad a gritos y contactos físicos intensos. Debe además esperar pacientemente las respuestas verbales o físicas de los residentes que presenten dificultades físicas o cognitivas, que les impidan reaccionar con agilidad y rapidez.
- Si el perro es de menor desarrollo, por su energía y curiosidad también puede ser utilizado como herramienta terapéutica, pero demandará una mayor supervisión del técnico que lo acompañe, quien deberá velar por evitar cualquier maltrato hacia los ejemplares.

##### **Método de Trabajo:**

- Número de sesiones: 10 sesiones.
- Horario: 2 veces por semana (90 minutos cada vez), distribuido de la siguiente forma: 15 minutos de inicio, 60 minutos de intervención directa con los perros y 15 minutos de cierre.
- Espacio: Un círculo amplio para el transitar de los perros, rodeado de sillas.
- Setting terapéutico: Deberá reunir condiciones de protección de ruido, iluminación y ventilación adecuada.
- Sesiones: se realizarán en grupo de 8 adultos mayores con el apoyo de 2 técnicos en TAA y 2 ejemplares caninos.
- Personal: Tesistas de psicología, técnicos en TAA, personal auxiliar de la casa de reposo.

##### **Normas:**

- Para participar en las sesiones de terapia asistida con animales es necesario haber firmado el consentimiento informado y poseer un Minimental abreviado con puntuación 13.

- Los únicos alimentos permitidos en el lugar, serán los utilizados por los técnicos en TAA para el reforzamiento positivo de los perros.

#### **Valoración de la Actividad Registrada y por Observación:**

- Registro de asistencia.
- Pauta de observación para el mejoramiento de la intervención (estado anímico de los participantes, clima exterior, estado de actividad de los perros, etc.).
- Aplicación de la batería de pruebas al inicio y término de las 10 sesiones de psicoterapia asistida con animales.

#### **Planificación Sesiones de Trabajo**

##### **Propósito:**

- Promover interacciones positivas intragrupo, para una mejor socialización al desarrollar una actividad común que les permita compartir sus propias vivencias y recuerdos.

##### **Objetivos Generales:**

- Facilitar comunicaciones y actividades con otros.
- Aumentar lazos afectivos entre los residentes.
- Aumentar niveles de satisfacción vital.
- Aumentar la autoestima.
- Disminuir sintomatología depresiva.

##### **Objetivos Específicos:**

- Establecer vínculo entre los participantes y los ejemplares caninos.
- Favorecer la expresión del humor.
- Potenciar la afectividad.
- Facilitar la expresión de las emociones.
- Aumentar el sentido de valía personal.
- Favorecer la interacción y comunicación con otros.
- Promover la expresión de sentimientos hacia los compañeros de residencia.
- Favorecer la vinculación retrospectiva y temporal de contenidos vitales en el individuo.

## **Intervención**

### **Sesión I. 5 de agosto:**

#### ***Objetivos:***

- Establecer vínculo entre los participantes y los ejemplares caninos.
- Potenciar la afectividad.
- Favorecer la interacción y comunicación con otros.

#### ***Ejercicio 1:***

- **“Nuestro compañero de juegos”:** El perro se situará en el centro del círculo. Uno a uno los participantes lo llamarán y cuando él acuda, le proporcionarán caricias, palmadas y masajes, durante el tiempo que quieran. Luego el siguiente participante lo llamará desde otro lugar del círculo, para que el perro se active y cruce el espacio varias veces.

#### ***Ejercicio 2:***

- **¿Quién eres tú y quién soy yo?:** Cada participante se presentará con su nombre y apodo o cómo le gusta que le digan y dirá una frase que lo describa. Cuando haya terminado, el perro se acercará acompañado por el técnico y éste le contará como se llama el perro, su raza, cuántos años tiene, que es lo que le gusta comer y jugar, mientras el participante lo acaricia. El proceso se repetirá hasta que todos los participantes se hayan presentado.

#### ***Cierre:***

- **Evaluación:** Se conversará con los participantes acerca de las actividades realizadas para que manifiesten su agrado o desagrado respecto de las mismas.
- **Imaginería:** Se pedirá a los participantes que cierren los ojos y evoquen la experiencia más significativa y agradable que hayan vivenciado durante la sesión, para que la guarden en una parte de su cuerpo, por ejemplo: atesorarla en el corazón. Podrán guardar la experiencia en cualquier parte del cuerpo, menos en la cabeza, a fin de promover la afectividad y evitar la racionalización.

### **Sesión II. 12 de agosto**

#### ***Objetivos:***

- Establecer vínculo entre los participantes y los ejemplares caninos.
- Potenciar la afectividad.



- Facilitar expresión de las emociones.
- Promover la expresión de sentimientos hacia los compañeros de residencia.

### ***Ejercicio 1:***

- **¡Poniéndonos bellos!:** Se formarán 2 grupos de 4 personas cada uno con herramientas para rasquetear a los perros. Los técnicos situarán a los perros en medio de cada grupo y les ordenarán sentarse. Los participantes le quitarán su collar y/o peto y los bañarán con champú seco y peinarán (incluyendo cola y pies), haciéndole caricias en el proceso. Finalmente los perfumarán y pondrán el collar/peto nuevamente.

### ***Ejercicio 2:***

- **Ha llegado carta:** Los participantes escribirán su nombre en un papel que será doblado y puesto en el compartimento del peto del perro. Éste se dirigirá de uno en uno y se sentará para que el participante saque uno de los papeles. La persona leerá el nombre en voz alta y las terapeutas solicitarán que digan un comentario neutral (descriptivo, ej. color de ojos, pelo, etc.) sobre esa persona y además un comentario positivo de su personalidad o gustos. La persona nombrada será la siguiente en sacar otro papel.

### ***Cierre:***

- **Evaluación:** Se conversará con los participantes acerca de las actividades realizadas para que manifiesten su agrado o desagrado respecto de las mismas. Se reflexionará en conjunto sobre cómo se conoce a una persona en la convivencia, y que el conocerse y aceptarse facilita las relaciones humanas.
- **Imaginería:** Se pedirá a los participantes que cierren los ojos y evoquen la experiencia más significativa y agradable que hayan vivenciado durante la sesión para que la guarden en una parte de su cuerpo, por ejemplo: atesorarla en el corazón. Pueden guardar la experiencia en cualquier parte del cuerpo, menos en la cabeza, a fin de promover la afectividad y evitar la racionalización.

## **Sesión III. 15 de agosto**

### ***Objetivos:***

- Establecer vínculo entre los participantes y los ejemplares caninos.
- Favorecer la expresión del humor.
- Fortalecer el juego como actividad social.

- Estimular la memoria.
- Potenciar la afectividad.
- Favorecer la vinculación retrospectiva y temporal de contenidos vitales en el individuo.

***Ejercicio 1:***

- **“Te presento a mi amigo... el perro”:** Un participante se levantará de la silla para llevar el perro hasta otra persona situada en el lado opuesto del círculo, a ella le presentará el perro y le dirá lo que sabe de él, si recuerda la información dada por el técnico. Si no se acuerda, deberá describir alguna mascota que él tuvo, aunque no sea un ejemplar canino. Cómo se llamaba, de qué color era, etc. A la persona que se le entregó el perro deberá pararse y repetir el ejercicio con alguien más. Le presentará al perro y le pasará la trailla del perro en sus manos. La persona que ahora tiene el control del perro repetirá la acción.

***Ejercicio 2:***

- **Caja de Recuerdos:** En el espacio de su peto, el perro tendrá algunos elementos que llevará al participante convenido entre el terapeuta y el técnico. Los elementos serán fotografías de sucesos históricos, ropas antiguas y música de la época vinculada con la experiencia o acontecimientos experimentados por el promedio de edad de la generación de los participantes. Se le pedirá a cada uno que relate lo que sepa del elemento y alguna vivencia que le evoque el verlo.

***Ejercicio 3:***

- **A jugar se ha dicho:** Se utilizará una pelota de tenis y cada participante tendrá una porción de manzanas y/o salchichas o galletas para perros. Se pondrán dos palitroques en la mitad del círculo. El participante tirará la pelota para derribar los palitroques y el perro se la retornará, recibiendo un premio por la devolución. El participante pasará la pelota a su compañero de izquierda o derecha, mientras la terapeuta reubicará los palitroques y se continuará con la actividad.

***Cierre:***

- **Evaluación:** Se conversará con los participantes acerca de las actividades realizadas. Se profundizará sobre algún recuerdo por los objetos, o algún chascarro que haya provocado el lanzamiento de pelotas. Se preguntará por la afición al bowling, etc.
- **Imaginería:** Se pedirá a los participantes que cierren los ojos y evoquen la experiencia más significativa y agradable que hayan vivenciado durante la sesión para que la guarden en una parte de su cuerpo, por ejemplo: atesorarla en el corazón. Podrán guardar la experiencia en cualquier parte del cuerpo, menos en la cabeza, a fin de promover la afectividad y evitar la racionalización.

#### **Sesión IV. 19 de agosto**

##### ***Objetivo:***

- Favorecer la expresión del humor.
- Favorecer la interacción y comunicación con otros.
- Promover la expresión de sentimientos hacia los compañeros de residencia.

##### ***Ejercicio 1:***

- **Te quiero, te abrazo:** El técnico ordenará al perro colocar su cabeza en el regazo de la persona, ésta lo acariciará con una mano, luego la otra y luego las dos, podrá abrazarlo si lo desea. Si la persona tiene movilidad limitada el perro se situará a un lado de su silla para que pueda extender sus brazos y acariciarlo. Se le pedirá que diversifique los cariños; caricias circulares, movimientos largos, cortos, etc.; que manipule la piel del perro con sus manos, como si fuera una masa, incorporando toques diferentes (suave, brusco, cosquilleo). Si es necesario se cambiará el perro al otro lado de la silla y se repetirá el ejercicio.

##### ***Ejercicio 2:***

- **Para la posteridad:** Se proveerán de sombreros varios, collares y elementos de cotillón, para que cada participante se disfrace y disfrace al perro para sacarse una foto con él, de la forma que él quiera: recostado en su regazo, bailando, a su lado, manos en su pecho, sentados, echados, etc.

##### ***Cierre:***

- **Evaluación:** Se conversará con los participantes acerca de las actividades realizadas.
- **Imaginería:** Se pedirá a los participantes que cierren los ojos y evoquen la experiencia más significativa y agradable que hayan vivenciado durante la sesión para que la guarden en una parte de su cuerpo, por ejemplo: atesorarla en el corazón. Podrán guardar la experiencia en cualquier parte del cuerpo, menos en la cabeza, a fin de promover la afectividad y evitar la racionalización.

#### **Sesión V. 29 de agosto**

##### ***Objetivo:***

- Aumentar el sentido de valía personal.
- Facilitar expresión de las emociones.
- Promover la expresión de sentimientos hacia los compañeros de residencia.

### ***Ejercicio 1:***

- **Juego de la Biroka:** se pondrán los nombres escritos de los integrantes del círculo en papeletas que se dejan en el piso. El perro, bajo las órdenes del técnico, recogerá una y la llevará a alguien del grupo. El perro deberá elegir una tarjeta del piso y llevarla donde la persona que corresponda para saludarla, la persona lo acaricia y premiará con un pedazo de manzana/salchicha. Los demás le brindarán un aplauso. Luego el perro elegirá otra papeleta, hasta saludar a todo el grupo.

### ***Ejercicio 2:***

- **Juguemos juntos:** Se presentará un objeto al participante, una pelota o un juguete especializado para perros, y se le pedirá que se lo arroje al perro dentro del círculo o lo más lejos que pueda desde su sitio. El perro cobrará el objeto y se lo retornará, recibiendo su premio y caricias. El participante entregará el objeto a la persona que está a su derecha y lo alentará a tirar el objeto más lejos aún. Se podrá abrir el círculo en un extremo si es necesario para tener más espacio.

### ***Cierre:***

- **Evaluación:** Se conversará con los participantes acerca de las actividades realizadas.
- **Imaginería:** Se pedirá a los participantes que cierren los ojos y evoquen la experiencia más significativa y agradable que hayan vivenciado durante la sesión para que la guarden en una parte de su cuerpo, por ejemplo: atesorarla en el corazón. Podrán guardar la experiencia en cualquier parte del cuerpo, menos en la cabeza, a fin de promover la afectividad y evitar la racionalización.

## **Sesión VI. 2 de septiembre**

### ***Objetivo:***

- Aumentar el sentido de valía personal.
- Facilitar la expresión de las emociones.
- Favorecer la interacción y comunicación con otros.

### ***Ejercicio 1:***

- **Caminemos juntos:** Se saludará al perro con caricias en forma libre. Luego los técnicos enseñarán a cada participante a caminar alrededor del círculo exterior y en línea recta con el perro a su costado izquierdo. Ante la orden “junto”, el perro caminará a la velocidad del

participante, y se detendrá si éste lo hace. Cada vez será premiado por el participante con caricias.

### ***Ejercicio 2:***

- **Visitando nuevos amigos:** El participante cogerá la trailla y acompañado por el técnico en TAA y/o tratante caminarán por el centro paseando el perro bajo la orden “junto”. Recorrerán las piezas, saludando a las personas postradas si las hubiera. Ante los encuentros le contará quién es el perro, su raza, etc., y alguna característica de su carácter para que pueda conocerlo más.

### ***Cierre:***

- **Evaluación:** Se conversará con los participantes acerca de las actividades realizadas.
- **Imaginería:** Se pedirá a los participantes que cierren los ojos y evoquen la experiencia más significativa y agradable que hayan vivenciado durante la sesión para que la guarden en una parte de su cuerpo, por ejemplo: atesorarla en el corazón. Podrán guardar la experiencia en cualquier parte del cuerpo, menos en la cabeza, a fin de promover la afectividad y evitar la racionalización.

## **Sesión VII. 5 de septiembre**

### ***Objetivo:***

- Aumentar el sentido de valía personal.
- Facilitar expresión de las emociones.
- Promover la expresión de sentimientos hacia los compañeros de residencia.

### ***Ejercicio 1:***

- **Simón manda:** El participante aprenderá junto al técnico las palabras que son indicadores de ciertas actitudes del perro: sentarse, echado, quieto, junto etc. y lo premiará cuando las cumpla. Según el nivel físico del participante, podrá ponerse de pie y le dará las órdenes verbales con los gestos correspondientes, mientras será animado por las terapeutas y demás participantes. El número de órdenes irá en función de las habilidades del perro.

### ***Ejercicio 2:***

- **Destrezas (Agility):** Se les explicará a los participantes la disciplina de agility, apoyándose en material visual si es posible. Luego se armará un circuito donde los participantes harán un roll

play de entrenador de agility y guiarán al perro con ayuda del técnico para que salte y sortee obstáculos en el patio de la residencia, etc.

***Cierre:***

- **Evaluación:** Se conversará con los participantes acerca de las actividades realizadas.
- **Imaginería:** Se pedirá a los participantes que cierren los ojos y evoquen la experiencia más significativa y agradable que hayan vivenciado durante la sesión para que la guarden en una parte de su cuerpo, por ejemplo: atesorarla en el corazón. Podrán guardar la experiencia en cualquier parte del cuerpo, menos en la cabeza, a fin de promover la afectividad y evitar la racionalización.

**Sesión VIII. 9 de septiembre**

***Objetivo:***

- Potenciar la afectividad.
- Promover la expresión de sentimientos hacia los compañeros de residencia.
- Favorecer la vinculación retrospectiva y temporal de contenidos vitales en el individuo.

***Ejercicio 1:***

- **Saludo por parte del perro:** El perro recorrerá el grupo saludando uno a uno a los participantes que lo vayan llamando. Se dejará un espacio de caricias más libre según la calidad del vínculo que el participante haya desarrollado con el animal.

***Ejercicio 2:***

- **Adivina buen adivinador:** En una canasta se pondrán varias bolsas con objetos que el perro entregará a cada participante. Éste mirará el interior de la bolsa sin extraer el objeto, que puede ser un cepillo de dientes, una esponja, un monedero, un librito, un paquete de pañuelos desechables, un labial, una peineta, etc. El participante deberá mirar el objeto de la bolsa y dar 3 características físicas o de uso, sin nombrarlo, para que los otros participantes lo adivinen. El que adivine recibirá la próxima bolsa y así sucesivamente, sin repetir a los participantes.

***Cierre:***

- **Evaluación:** Se conversará con los participantes acerca de las actividades realizadas.
- **Imaginería:** Se pedirá a los participantes que cierren los ojos y evoquen la experiencia más significativa y agradable que hayan vivenciado durante la sesión para que la guarden en una

parte de su cuerpo, por ejemplo: atesorarla en el corazón. Podrán guardar la experiencia en cualquier parte del cuerpo, menos en la cabeza, a fin de promover la afectividad y evitar la racionalización.

## **Sesión IX. 12 de septiembre**

### ***Objetivos:***

- Facilitar expresión de las emociones.
- Favorecer la interacción y comunicación con otros.
- Fomentar el humor.
- Favorecer la vinculación retrospectiva y temporal de contenidos vitales en el individuo.

### ***Ejercicio 1:***

- **Fiesta de disfraces:** Después de saludar al perro, se acercarán los participantes a un mesón donde estará dispuesto el cotillón, tanto para los participantes como para el animal. Cada uno se probará ante un espejo todos los implementos que quiera: pelucas, sombreros, anteojos, antifaces, hasta que encuentre alguno que le satisfaga. Luego escogerá algo para ponerle al perro y se tomarán una foto, en la que se incluirán todas las personas que el participante pida (técnicos, auxiliares, terapeutas, etc.). Se conversará por qué eligió ese disfraz o esos colores, etc.

### ***Ejercicio 2:***

- **Vuelta a la normalidad:** Los participantes le sacarán el disfraz al perro, lo peinarán y premiarán con manzana/salchicha, dándole las gracias por su ayuda o participación. Se puede hacer de manera informal, pero cada participante debería despedirse, a su manera, antes de salir del salón.

### ***Cierre:***

- **Evaluación:** Se conversará con los participantes acerca de las actividades realizadas.
- **Imaginería:** Se pedirá a los participantes que cierren los ojos y evoquen la experiencia más significativa y agradable que hayan vivenciado durante la sesión para que la guarden en una parte de su cuerpo, por ejemplo: atesorarla en el corazón. Pueden guardar la experiencia en cualquier parte del cuerpo, menos en la cabeza, a fin de promover la afectividad y evitar la racionalización.

## **Sesión X. 16 de septiembre**

### ***Objetivos:***

- Aumentar el sentido de valía personal.
- Facilitar la expresión de las emociones.
- Favorecer la interacción y comunicación con otros.
- Favorecer la vinculación retrospectiva y temporal de contenidos vitales en el individuo.

### ***Ejercicio 1:***

- **Conocerse es quererse:** El perro recorrerá el círculo saludando a los integrantes del grupo y cada uno de ellos lo acariciará y le dirá, dirigiéndose al animal, algunas palabras sobre lo que sintió durante la experiencia con él/ella durante las sesiones.

### ***Ejercicio 2:***

- **Amigos para siempre:** Se realizará una actividad de camaradería donde compartirán vivencias, danzas y canciones en torno a la temática de las fiestas patrias. Los perros vestirán mantas y sombreros de huaso y se decorará la residencia con los colores patrios. Para finalizar, el perro le entregará a cada uno de los participantes una foto enmarcada de los dos.

### ***Cierre:***

- **Evaluación:** Se agradecerá la participación de los usuarios, expresando las fortalezas de cada uno de los participantes y del grupo de residentes. Se expresará el gran aprendizaje que han tenido terapeutas, técnicos TAA, gracias a los participantes. Se valorará la disposición a asistir a las sesiones y se cederá la palabra a quien quiera intervenir.
- **Imaginería:** Se pedirá a los participantes de la intervención (residentes, terapeutas y técnicos en TAA), que cierren los ojos, mientras una de los terapeutas dirige la actividad, y evoquen la experiencia más significativa y agradable que hayan vivenciado durante la sesión para que la digan en voz alta y además la guarden en una parte de su cuerpo, por ejemplo: atesorarla en el corazón. Podrán guardar la experiencia en cualquier parte del cuerpo, menos en la cabeza, a fin de promover la afectividad y evitar la racionalización.