



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

**“Identidad, envejecimiento y alzhéimer
desde la fototerapia y las reminiscencias”**

Revisión de la implementación de un grupo psicoterapéutico

Facultad de Psicología
Máster Interuniversitario en Psicogerontología
Trabajo Final de Máster
Curso 2016-2017

Tutor académico de la Facultad: Josep Vila Miravent

Autora: Patricia Pinto Aguilar

Fecha: septiembre 2017

“Una de las tareas de cuidar a una persona con demencia (y personas mayores en general)

consiste en aprenderse esas historias importantes y explicárselas a los usuarios con el objetivo de mejorar su autoestima y salvaguardar la identidad durante las etapas de confusión creciente”.

** El paréntesis en la cita es de la autora del presente TFM.
(Brooker, 2013, p. 60)*

“Las fotografías son efecto experiencia capturada y la cámara es el arma ideal de la conciencia en su talante codicioso”.
(Sontag, 2006, p. 16)

AGRADECIMIENTOS

La migración que realicé de Santiago de Chile a Barcelona España y que tuvo como motivación inicial especializarme como psicogerontóloga, terminó siendo un proceso no sólo de crecimiento profesional, sino más bien generó un cambio en mi trayectoria biográfica, el que implicó movimientos profundos a nivel subjetivo e interpersonal, los que se gestaron por el estudio y por la experiencia de habitar un país tan diverso y distinto a mi país de origen.

Durante el proceso de estudio en el Master de Psicogerontología de la Universidad de Barcelona, tuve la oportunidad de conocer y compartir con excelentes profesores, de los/las cuales agradezco la motivación e interés de transmitir y compartir sus conocimientos y experiencias profesionales, estando siempre atentos/as a aclarar y profundizar contenidos cada vez que lo solicitábamos. Agradezco sobre todo a Josep Vila, quien, como tutor de este Trabajo Final de Máster, me acompañó en el diseño y reestructura de este escrito, y que en su asignatura nos invitó a reflexionar sobre nuestro quehacer laboral desde una perspectiva ética y de derechos enmarcada en el Modelo Centrado en la Persona.

También quiero agradecer profundamente a los compañeros y compañeras del Máster, con quienes pude compartir conocimientos e instancias académicas, así como experiencias y proyectos de vida.

Las páginas siguientes son la relectura del Taller de Fototerapia, que tuve la oportunidad de realizar en la Residencia Gran Gracia, en la que conocí y compartí con la psicóloga de la residencia Laia Carreras, quien fue mi tutora de la Práctica y que me integró en todas las actividades y enseñó su oficio, el que realiza con la mayor de las entregas.

Finalmente, y siendo lo más significativo para mí, agradezco profundamente el honor de haber acompañado y haber sido acompañada durante la práctica, por a las mujeres residentes que participaron del Taller de Fototerapia, de quienes me llevo en el corazón aprendizajes y buenos momentos que no olvidaré.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	4
I. RESUMEN	7
II. INTRODUCCIÓN	8
III. MARCO TEÓRICO A LA BASE DEL LOS GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS “IDENTIDAD Y ENVEJECIMIENTO, DESDE LA FOTOTERAPIA Y LAS REMINISCENCIAS”.	13
1. Envejecimiento y dependencia desde las políticas públicas españolas.....	13
1.1 Marco legal sobre la dependencia en España.....	13
1.2 La residencia geriátrica en España.....	15
2. Envejecimiento y demencia.	16
2.1 Cambios cognitivos, memoria y demencia.....	17
2.2 Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP).	19
3. Lo biográfico, la identidad en el envejecimiento y demencia tipo alzhéimer.	24
3.1 Lo biográfico.....	24
3.2 Pérdidas y envejecimiento.	25
3.3 Identidad, envejecimiento y demencia tipo alzhéimer.....	27
4. Conceptualización teórica del grupo psicoterapéutico geriátrico.....	31
4.1 Previo al grupo psicoterapéutico.	31
4.2 Encuadre del grupo psicoterapéutico.....	32
4.3 Elementos que pueden emerger en grupos psicoterapéuticos.....	33
4.4. Beneficios y dificultades en el grupo psicoterapéutico.....	34
4.5 Altas y cierre del grupo psicoterapéutico.....	36
IV. CARACTERIZACIÓN DE LOS GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS “IDENTIDAD Y ENVEJECIMIENTO DESDE LA FOTOTERAPIA Y LAS REMINISCENCIAS”.....	37
1. Objetivos.....	37

2. Aproximación metodológica.....	38
3. Tipo de diseño.....	38
4. Técnica de producción de datos: fototerapia y reminiscencia.....	39
4.1 Fototerapia.....	39
4.1 Reminiscencias.....	43
5. Contexto de los grupos psicoterapéuticos: la residencia asistida pública.....	46
6. Criterios de selección de los participantes.....	48
7. Principios éticos y encuadre durante realización del taller.....	50
8. Procedimiento planificado y cambios necesarios.....	52
9. Técnica de análisis de resultados de los grupos.....	53
9.1 Lo biográfico como técnica de análisis.....	53
9.2 Pauta observacional de los grupos: Dementia Care Mapping (DCM).....	55
10. Descripción de cada sesión de los grupos psicoterapéuticos:.....	57
V. REVISIÓN DEL PROCESO DE LAS PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS	
“IDENTIDAD Y ENVEJECIMIENTO, DESDE LA FOTOTERAPIA Y LAS	
REMINISCENCIAS”.....	64
1. Grupo “el lobo feroz”.....	65
2. Grupo “la amistad”.....	85
3. Fotografías de las sesiones y exposición.....	101
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	103
1. Aspectos de la identidad personal de las participantes.....	103
2. El proceso de las participantes, resultados de la pauta observacional.....	108
3. Evaluación de los grupos desde la perspectiva de las mismas participantes.....	113
VII. CONCLUSIONES.....	119
VIII. REFERENCIAS.....	125
IX. ANEXOS.....	133
Anexo 1. Entrevista biográfica semi-estructurada, previa a intervención.....	133

Anexo 2. Escala de autoconcepto de Tennessee (Fitts, 1965) y adaptado por Rose (2001)	134
Anexo 3. Cuestionario Twenty Statements Test -TST- (McPartland, 1971).	136
Anexo 4. Escala de satisfacción con la vida SWLS (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)....	137
Anexo 5. Pauta de observacional (en base al DCM)	138
Anexo 6. Entrevista de evaluación del grupo, post intervención.	141
Anexo 7. Consentimiento informado	142

I. RESUMEN

Debido al aumento de la tasa de envejecimiento y de enfermedades neurodegenerativas, como la demencia tipo alzhéimer, es necesario seguir investigando los diversos aspectos de la persona, siendo la 'identidad' un elemento fundamental de la subjetividad, que aún está en discusión en torno a su curso y efectos, producto del paso de los años y las enfermedades. Junto con esto, se menciona la necesidad de generar intervenciones dirigidas a las personas mayores, que sean reconocidas por sus beneficios y que promuevan la creatividad e innovación en sus planteamientos. Es por lo anterior, que este trabajo revisó la implementación de dos grupos psicoterapéuticos destinados a mujeres de la tercera y cuarta edad y usuarias de una residencia asistida y pública en Barcelona. Dichos grupos, tuvieron como objetivo promover el reconocimiento y expresión de distintos aspectos de la identidad personal, por medio del uso de una metodología cualitativa e interpretativa, de enfoque biográfico y utilizando las técnicas de la fototerapia y las reminiscencias. Los principales hallazgos de los grupos reflejaron que las participantes, independiente de si presentan o no alzhéimer, pudieron reconocer y generar relatos en torno a cuatro aspectos de su identidad personal vinculados a la residencia: los objetos y lugares valorados, las relaciones interpersonales relevantes, así como la autoconcepción e imagen personal. Asimismo, fue posible observar que los niveles de bienestar, implicación y calidad relacional de las participantes, tendieron a mejorar durante el proceso de esta intervención.

Palabras claves: Envejecimiento, Demencia, Alzhéimer, Residencia Pública, Grupo psicoterapéutico, Fototerapia, Reminiscencias.

II. INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países la tasa de envejecimiento es un continuo, datos actualizados señalan que la población española sobre los 65 años representa un 18,4%, (8.657.705 personas), de las cuales un 6% son octogenarios. Para el 2061, se espera que el un 38,7% tengan sobre los 65 años, es decir, más de 16 millones de personas (Abellan, Allala y Pujol, 2017). Una de las ciudades españolas con la mayor cantidad de personas de la tercera y cuarta edad es Barcelona, con un 21% del total de su población (INE, 2016).

Es importante recordar que el envejecimiento viene aparejado de una serie de transformaciones y pérdidas vinculadas a la salud física, mental, la interacción interpersonal y también a lo sociocultural, promoviendo que las experiencias en torno al envejecer sean diversas y heterogéneas (Árraga y Sánchez, 2007; Iacub, 2011; Salvarezza, 2011, 2013). En unas décadas más, ya no sólo se necesitará mayor apoyo, recursos e intervenciones biopsicosociales debido al aumento de personas mayores, sino también porque viven más tiempo, y requieren, por lo tanto, más y nuevos tipos de cuidados.

La mayor cantidad de personas mayores y la longevidad de esta población, va aparejada a la diversidad de enfermedades físicas y malestares asociados a la salud mental, así como también a **enfermedades neurodegenerativas**. Estas últimas, son actualmente una de los temas de mayor interés para el ámbito científico y las disciplinas sociosanitarias. Investigaciones en gerontología, neurología, psicología y otras disciplinas, demuestran la necesidad de indagar en las diversas enfermedades neurodegenerativas, en su curso, la complejidad de los síntomas, los factores de riesgo y protectores, así como las causas y los efectos que tienen para la persona, su familia y su entorno.

En términos generales, las enfermedades neurodegenerativas afectan de manera progresiva e integral, y “se caracterizan por alterar el funcionamiento cognitivo, emocional y conductual de las personas afectadas” (Jurado, Mataró & Pueyo, 2013, p. 9). En términos de prevalencia, del 10% al 20% de las personas sobre 65 años se ven afectadas por un déficit cognitivo mayor a lo esperado según su grupo etario y nivel educacional, por ejemplo, una demencia (Jurado, et. al, 2013). Lo anterior, está enraizado en la necesidad de

comprender las diferencias y similitudes entre el envejecimiento y el que se vincula a las enfermedades crónicas.

Durante el proceso de envejecimiento, la mayor parte de las personas experimentan un declive de las funciones cognitivas, proceso que en general es gradual y que no afecta las actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, debido a las experiencias y la historia biográfica de la persona, estos declives cognitivos pueden generar cuestionamientos o malestar subjetivo, dificultades en las relaciones interpersonales o en las actividades cotidianas. Lo anterior, puede llegar a provocar cambios en la trayectoria biográfica de la persona mayor, por ejemplo, podría requerir cuidados parciales o totales por parte de sus familiares o cuidadores profesionales, necesite ingresar a un centro de día o a una residencia especializada.

Datos actualizados, describen que el índice de **demencia** como un tipo de enfermedad neurodegenerativa, ha ido en aumento en la medida que envejece la población, pasando en España, de un 25,4% a un 28,1%, sólo en 4 años (INE, 2016). En relación al tratamiento de la demencia, son predominantes las propuestas biomédicas y farmacológicas, las que tienden a restar importancia a la experiencia del individuo. Sin embargo, de forma paulatina se está considerando a las personas con demencia como actores activos, con derechos y opinión. Aunque parezca obvio, aún es necesario recordar que las personas que están en situación de dependencia producto de una demencia, se les debe considerar y tratar como seres humanos más allá de su enfermedad, es decir, “siguen siendo humanos espiritual y emocionalmente maduros y potencialmente conscientes de sí mismos, capaces de mirar a la enfermedad directamente a los ojos y de conservar algún control sobre sus propias vidas” (Young, Manthorp y Howells, 2010, p. 32). El cómo se ha sido durante la vida, y cómo se es desde la irrupción de enfermedades crónicas como la demencia por alzhéimer, aproxima a la visión de que la identidad puede ser un proceso cambiante, que se construye durante toda la trayectoria biográfica, y que se ve impactada por los acontecimientos vitales significativos.

La **identidad** como concepto, ha sido importante a lo largo de la historia, y en las ciencias sociales ha adquirido valor y centralidad a nivel de su análisis e investigación en

diversas poblaciones, entre ellas, personas en proceso de envejecimiento que presenten o no demencia (Torres, 2000). En relación a lo anterior, todos los cambios, pérdidas y transformaciones a nivel subjetivo, cognitivo, interpersonal y social, que se suscitan en personas mayores, inciden en la autoconcepción que tenga la persona sobre sí misma (Árraga y Sánchez, 2000). Dichos cambios, que se dan a nivel multidimensional, “pueden ser detonantes de cambios de lectura sobre su identidad, que tensionan y ponen en cuestión al sí mismo, lo que puede incrementar inseguridades, fragilizar mecanismos de control y afrontamiento, demandar nuevas formas de adaptación o modificar proyectos” (Iacub, 2011, p. 9).

Diversos autores señalan que la identidad en las personas mayores es heterogénea, producto de las experiencias biográficas, la personalidad, la salud física y las enfermedades, así como por el contexto sociocultural (Iacub, 2013). Junto con lo anterior, se sostiene que no hay una perspectiva única sobre el curso de la identidad en personas que presentan demencia tipo alzhéimer, por lo que es relevante seguir investigando para comprender “cómo las personas con demencia experimentan su sentido del yo, porque esto tiene implicancias sobre cómo las personas hacen frente a la enfermedad, cómo se relacionan con otros, incluyendo amigos, familiares y profesionales de la salud, y qué tipos de intervención podría ser apropiado para ellos” (Cadell y Clare, 2010, p. 114). A su vez, estas autoras señalan que nuevas investigaciones aclaren las evidencias existentes, para así abordar preguntas pendientes sobre el yo y la identidad en la demencia. Asimismo, reiteran que la identidad en las personas que presentan alzhéimer sigue siendo un tema en discusión.

En relación con lo anterior, Beard (2004) menciona que son escasas las investigaciones que se han preocupado por conocer la experiencia subjetiva y las vivencias personales en torno a la enfermedad, desde la perspectiva de las propias personas que presentan alzhéimer. En cambio, menciona el autor, se tiende a validar más el relato de cuidadores o del personal médico que rodea a dichas personas. A su vez Beard (2004), menciona que los estudios e intervenciones desde el modelo biomédico tienden a separar las dimensiones físicas, psicológicas y culturales del envejecimiento, ignorando así el significado personal y las construcciones sociales. Es por esta razón, que este autor investigó el impacto del diagnóstico del alzhéimer en la construcción de la identidad. Los

resultados de su estudio, mostraron que el contexto del diagnóstico y las técnicas para manejar la enfermedad, son cruciales para las experiencias subjetivas. Asimismo, Beard, junto a otros (Brooker, 2013; Kitwood, 1993; Mills, 1997; Surr, 2006; Usita, Hyman y Herman, 1998), mantiene la hipótesis de la preservación identitaria a pesar de las pérdidas asociadas a la enfermedad, destacando el dinamismo de la identidad y la diversidad de estrategias de afrontamiento que utilizan las personas que presentan alzhéimer, con el fin de dar sentido a sus vidas. Uno de los cambios que pueden vivenciar las personas mayores, presenten o no demencia es la institucionalización. Frente a este cambio biográfico, las personas pueden comenzar a perder las oportunidades sociales y sensoriales, debido a que sus experiencias se reducen a esos ambientes. Tales vivencias en torno al cuidado, también moldean profundamente el sentido de la identidad, el concepto del cuerpo, la autoestima y el control sobre la vida. Es así, como el entorno y los recursos insuficientes, pueden provocar desesperanza y desamparo aprendido, no sólo debido a la enfermedad médica.

Una de las técnicas psicoterapéuticas que se ha enfocado en trabajar con personas mayores y sus aspectos biográficos como la identidad, son las **reminiscencias**, las que han sido utilizadas por profesionales como forma de tratamiento. A su vez, esta técnica ha sido investigada para conocer los beneficios que tiene en el envejecimiento cotidiano, así como en aquel que se complementa con problemáticas de salud mental o enfermedades neurodegenerativas. La terapia de reminiscencia es una de las más populares intervenciones psicosociales en la atención de la demencia, y está bien evaluada por los profesionales y participantes que la han utilizado. Además, hay evidencias que sugieren que es eficaz para mejorar el estado de ánimo en las personas mayores sin demencia (Woods, Spector, Jones, Orrell, Davies, 2009). Es por lo anterior, que la técnica de la reminiscencia ha tenido mucha aceptación como actividad que fomenta la atención centrada en la persona (Brooker, 2013).

La **fototerapia** es otra técnica psicoterapéutica que se ha utilizado para comprender aspectos de la trayectoria biográfica de las personas. Ya en la década de los 80 un autor consideraba que la fotografía en un setting terapéutico, bajo la dirección de un terapeuta entrenado, puede reducir o aliviar síntomas psicológicos dolorosos, siendo un método que facilita el crecimiento y el cambio psicológico (Stewart, 1979). Y en la actualidad, la fototerapia ha ido tomando más adeptos, considerándose como un conjunto de técnicas que

permiten canalizar y profundizar el conocimiento, así como facilitar la comunicación entre terapeuta y paciente (Weiser, 2010). En pacientes que presenten demencia y que les es difícil la comunicación verbal, Romaniuk (1983. En Krassoievitch, 2014), menciona que el uso de álbumes fotográficos, le ha sido útil para obtener datos biográficos, una impresión clínica de la memoria y descubrir problemas actuales de la persona mayor.

A partir de tales experiencias, podrían ser necesarias las intervenciones como la fototerapia, la que puede utilizarse para impulsar la autoconstrucción, autoestima y control a través del dominio de la técnica, y a su vez, permite expresarse de manera concreta y simbólica. A pesar de tales oportunidades de la fototerapia, siguen siendo escasas las intervenciones e investigaciones sobre el uso de la fotografía en la población de personas mayores (Weiser, 2009), sobre todo de aquellas personas que presentan demencia.

Es por todo lo dicho precedentemente, que se hace necesario seguir investigando y generando intervenciones focalizadas en tres aspectos fundamentales. Primero, centrarse en los cambios y experiencias que se generan durante el proceso del envejecimiento, sea o no en personas que están en situación de demencia tipo alzhéimer. En segundo lugar, es importante conocer cómo los cambios biográficos, entre ellos la irrupción de la demencia, inciden en los distintos aspectos de la identidad personal. Por último, describir y analizar el uso de técnicas psicoterapéuticas utilizadas con personas mayores que presenten o no demencia. En relación a lo anterior, el presente Trabajo Final de Máster de Psicogerontología, busca hacer una revisión de la implementación de dos grupos psicoterapéuticos sobre identidad, envejecimiento y alzhéimer, que fueron destinados a mujeres de la tercera y cuarta edad de una residencia y centro de día de Barcelona.

En el primer apartado de este TFM se presentará una revisión de los principales antecedentes y referencias teóricas, que sustentan los grupos psicoterapéuticos implementados. Luego, se ofrece una caracterización de los grupos, desde los objetivos perseguidos, la metodología, las técnicas psicoterapéuticas utilizadas como la fototerapia y reminiscencias, hasta la descripción de cada sesión realizada. Posteriormente, se realiza una revisión del proceso de cada participante, para a continuación discutir los principales resultados. Finalmente se exponen las principales conclusiones de la revisión de los grupos.

III. MARCO TEÓRICO A LA BASE DEL LOS GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS “IDENTIDAD Y ENVEJECIMIENTO, DESDE LA FOTOTERAPIA Y LAS REMINISCENCIAS”.

En este apartado se realizará un recorrido por las principales teorías que permiten sustentar los planteamientos de los grupos psicoterapéuticos, implementados en una residencia pública y asistida de la ciudad de Barcelona. Primero, se revisará el contexto de políticas públicas españolas en torno al envejecimiento y dependencia. Luego, se revisarán los conceptos de envejecimiento y demencia tipo alzhéimer desde el Modelo de Atención Centrado en la Persona. Posteriormente, se destacarán los conceptos de lo biográfico, y se revisarán las principales teorías en torno a la identidad en el envejecimiento y alzhéimer. Finalmente, se retomarán los principales aportes la psicoterapia de grupo.

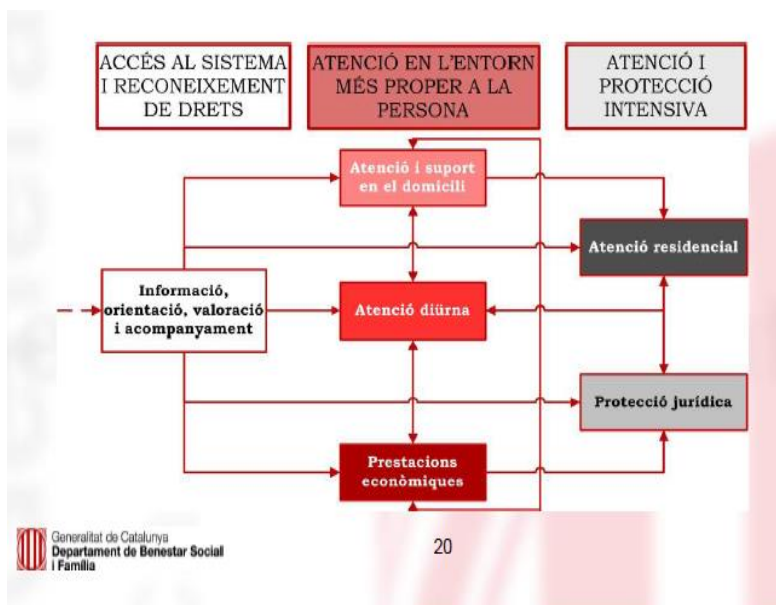
1. Envejecimiento y dependencia desde las políticas públicas españolas.

La aparición o agravamiento de enfermedades, durante el proceso de envejecimiento y que van interfiriendo la vida diaria de las personas mayores, han generado la necesidad cada vez mayor, de buscar apoyo externo para el cuidado. Es el grado de dependencia, pero también las posibilidades reales en términos de la amplitud, fortaleza de la red social y los recursos económicos, factores claves que inciden en la búsqueda de servicios y recursos de cuidado externos al núcleo familiar, los que facilitarían el cuidado de la persona mayor.

1.1 Marco legal sobre la dependencia en España.

Para dar respuesta a los ciudadanos españoles que no contaban con la totalidad de su autonomía personal y que requerían diversos tipos de atención sociosanitaria, se promulgó en el año 2006 la Ley 39, para la “promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” (Boletín Oficial del estado. BOE, 2006). Esta ley, define una estructura organizativa en torno al envejecimiento y la dependencia. En Cataluña, es el Departamento de Bienestar Social y Familia, quien tiene el deber de gestionar territorialmente los recursos y servicios. El objetivo principal de esta ley, es asegurar los derechos de las personas a vivir dignamente durante todas las etapas de su

vida, ofrecer cobertura a las necesidades personales básicas y sociales en un marco de justicia social y de bienestar. Para cumplir con el derecho a obtener los servicios, el Departamento de Bienestar Social y Familia diseñó un Plan Estratégico de Servicios Sociales, en el que se estructuró una red de dispositivos y prestaciones, que se pueden apreciar en la siguiente gráfica:



Fuente: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales y Familia de la Generalitat de Cataluña (2016).

Para que las personas mayores puedan acceder a dichos servicios y dispositivos, requieren ser valoradas por un equipo especializado, que determinará el grado de dependencia de la persona, a través del Instrumento de Clasificación internacional de Funcionamiento para la discapacidad y la Salud -CIF- (OMS, OPS e IMSERSO, 2001). Este instrumento, permite clasificar a la persona en 3 grado de dependencia: **grado I** presentan dependencia moderada, y requieren de ayuda en las Actividades de la Vida Diaria Básica (AVDB) al menos una vez al día, **grado II** presentan dependencia severa y necesitan ayuda para realizar varias AVDB dos o tres veces al día, aunque sin apoyo permanente, y por último **grado III** situación de gran dependencia, necesita ayuda para

realizar varias AVDB y varias veces al día, debido a la pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, por lo que requiere de apoyo permanente.

Los servicios, a los que deberían acceder las personas mayores beneficiadas según su grado de dependencia, son los siguientes:

- **Diversos tipos de prestaciones económicas.**
- **Servicios de prevención de las situaciones de dependencia.**
- **Servicio de teleasistencia:** por medio del uso de tecnologías de comunicación e información, se da respuesta a situaciones de emergencias, inseguridad, soledad y aislamiento de la persona.
- **Servicios de ayuda domicilio:** para realizar actividades de la vida diaria básicas.
- **Centro de Día y de Noche:** se otorga atención integral a la persona en situación de dependencia, con el fin de mantener o mejorar el nivel de autonomía y apoyar a las familias y/o cuidadores. Se basan en un enfoque biopsicosocial, realizan asesoramiento, prevención y rehabilitación. Estos centros se dividen, según sean personas mayores o menores de 65 años; si necesitan atención especializada o requieren atención en centros nocturnos.
- **Servicios de Atención Residencial:** este trabajo se centrará en este tipo de servicios, por lo que se detallará con mayor profundidad.

1.2 La residencia geriátrica en España.

Según la Ley 39 (BOE, 2006), la residencia geriátrica se define como un servicio que es prestado por las Administraciones Públicas, tanto en centros propios, como concertados. En las residencias se ofrece desde un enfoque biopsicosocial, prestaciones continuadas de carácter personal y sociosanitario. Estos lugares, están habilitados según el tipo, el grado de dependencia y la intensidad de cuidados que precise la persona, y pueden tener carácter de permanente o transitorio.

En Barcelona, las residencias se dividen en dos tipos: por un lado, los **hogares residencia**, que son centros destinados a personas mayores autónomas que pueden realizar las AVDB, pero requieren de cierto apoyo a nivel personal y de organización. Y por otro

lado las **residencias asistidas**, que son centros destinados a personas que requieren asistencia integral para realizar las sus AVDB, y que se encuentran en una situación de alto grado de dependencia, por lo que requieren atención y supervisión constante, y que por circunstancias sociofamiliares necesitan la sustitución del hogar. Es importante recalcar que el ingreso de una persona mayor a una residencia siempre debe ser voluntario (Diputación de Barcelona, 2008).

Respecto a la atención que se ofrece en las residencias asistidas, esta es integral y de enfoque biopsicosocial, y con un equipo es multidisciplinar. La cantidad de horas del personal de atención directa, dependerá de la ratio de residentes y según el grado de dependencia. Además, las residencias, deben cumplir con una serie de lineamientos legales, técnicos, clínicos y administrativos con el fin de garantizar no sólo las prestaciones y servicios, sino también su calidad con el fin de velar por los derechos y deberes de residentes, familiares y/o cuidadores (Diputación de Barcelona, 2008).

2. Envejecimiento y demencia.

En el presente trabajo se concibe el envejecimiento y la enfermedad de alzhéimer, en relación directa con el contexto sociocultural y a las narrativas que circundan entre la persona y su entorno. Es por esto, que se concibe el envejecimiento como un proceso dinámico, en que se suscitan una gran cantidad de cambios a nivel psicológico, físico y social, reflejando las diversas vejezes y la heterogeneidad de los cambios, entre ellos las enfermedades, que inciden en la identidad de las personas en proceso de envejecimiento.

En coherencia con la postura anteriormente descrita, este trabajo adhiere a las palabras de Michael Bury, quien define a la enfermedad crónica, como es la demencia por alzhéimer, “como una experiencia social, encarnada y procesual, que demuestra que la búsqueda del significado implica una reconstrucción narrativa activa frente a la interrupción biográfica” (Bury, 1982, p. 169). En coherencia con la anterior descripción, Thomas Kitwood describe al individuo que presenta demencia, como una persona en todos los sentidos, es un agente que puede provocar cosas en el mundo, un ser consciente, relacional e histórico (Kitwood, 1993). Una de las transformaciones e interrupciones biográficas que emergen durante toda la vida, pero sobre todo durante el proceso de

envejecimiento son los cambios cognitivos, los que pueden o no desencadenar en una demencia de tipo alzhéimer.

2.1 Cambios cognitivos, memoria y demencia.

Los cambios cognitivos, son aquellos “procesos mentales que nos permiten elaborar la información que recibimos del entorno y utilizarla para dar respuesta a nuestras necesidades” (Villar & Triadó, 2007). Tomando en consideración la perspectiva de Bury (1982), los cambios cognitivos ocurren de forma singular y durante todo el desarrollo de la persona, sin embargo, durante el proceso de envejecimiento sufren distintas transformaciones, alterando sistemas o subsistemas.

De los procesos cognitivos, la memoria es uno de los elementos que se ve más impactado en la emergencia y desarrollo de la demencia de tipo alzhéimer. La memoria, está compuesta por subsistemas complejos, diferentes y relacionados entre sí, los que tienen como función recibir, recoger, almacenar y recuperar información (Belloch & Paredes, s/f. En Buendía, 1994).

Una de las clasificaciones de los sistemas mnémicos es según su temporalidad y rol, entre las que encontramos la memoria sensorial, de trabajo y de largo plazo, las que a vez contienen subsistemas. Dentro de las funciones de la memoria, están aquellas que permiten a la persona adaptarse a las características y necesidades del entorno, posibilitando la adquisición de aprendizajes y del lenguaje, así como la ejecución de tareas (Villar & Triadó, 2007). A partir de estudios transversales, se ha observado que “en general los problemas de memoria se dan en aquellas situaciones en las que interviene la percepción y atención (memoria ligada al contexto): implican procesamiento más complejo o requieren nuevos aprendizajes” (Dolores, s/f. En Fernández-Ballesteros, 2004, p. 205). En estudios longitudinales, se ha mencionado que durante el envejecimiento pareciera haber un declive mayor de la memoria de trabajo, sobre todo de las funciones relacionadas con la velocidad y agilidad del procesamiento (Pousada & De la Fuente, s/f. En Villar & Triadó, 2007). Respecto a la memoria de largo plazo, se menciona que en general no hay grandes déficits y que la dificultad mayor se observa en la recuperación más que en el reconocimiento de la

información, afectándose mayormente lo episódico y procedimental (Dolores, s/f. En Fernández-Ballesteros, 2004).

Junto con las características y funciones ya mencionadas, la memoria también favorece la construcción y recreación de la historia biográfica de las personas, siendo este un elemento relevante para el presente trabajo. Es así como la memoria, “determina nuestra identidad, nuestra percepción e interacción con los demás (...) guía nuestro desempeño, modela nuestra conducta y moldea nuestra personalidad” (Acrich de Gutmann, s/f. En Salvarezza, 2013, p. 279).

La línea de investigación biomédica y neuropsicológica muestra como los cambios estructurales y funcionales del cerebro pueden afectar la memoria. Sin embargo, también factores ambientales como la jubilación, la disminución de estimulación cognitiva por menores exigencias del medio o por falta de costumbre, el uso de herramientas y nuevas tecnologías, inhibe u obstaculizan la ejercitación y uso de la memoria. Así mismo, estados subjetivos como el estrés, la ansiedad y la depresión, son factores que también dificultan el funcionamiento mnésico satisfactorio. Junto a esto, se agrega el nivel de autoexigencia y las significaciones que la persona atribuye a un fallo de memoria, las que también pueden afectar su funcionamiento, tanto para almacenar o recuperar la información (Instituto de Salud Pública de Madrid, s/f). Los cambios en la memoria afectan el desempeño e independencia de las personas en diversas actividades cotidianas esenciales para la vida, como el autocuidado, la toma de decisiones, la comunicación, las relaciones sociales, en general, la relación entre el mundo interno con el exterior.

La pérdida de memoria, también puede ser un síntoma más de un cuadro mayor, como es en el caso de la **demencia**, definida por organismos internacionales como:

“un síndrome causado por una enfermedad del cerebro -usualmente de naturaleza crónica o progresiva- en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones. El conocimiento no se nubla. Las deficiencias de las habilidades cognitivas están comúnmente acompañadas, y ocasionalmente precedidas, por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación” (OMS, 2013).

La definición otorgada por la OMS ofrece una visión vinculada a lo biomédico, es por esto que para los fines de este trabajo será complementada con el aporte de Leopoldo Salvarezza, quien comprende a las demencias como:

“reacciones que pueden sobrevenir en distintos tipos de personalidad y que están relacionadas con la imposibilidad de mantener un manejo omnipotente del tiempo con el objeto de negar los límites y la propia finitud, deteniéndose la irrupción de recuerdos en la conciencia a través de los olvidos de la memoria, desconociendo la realidad mediante las fallas de la percepción, desconectándose del mundo por medio de los trastornos del lenguaje y del juicio, aislándose a través de las pérdidas en la capacidad de abstracción” (Salvarezza, 1995).

2.2 Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP).

Para fomentar el buen trato y las relaciones humanas dentro de marcos institucionales sociosanitarios, se promueven los Derechos Humanos de las personas usuarias. En específico y relacionado a las personas de la tercera y cuarta edad que presentan demencia, surgen propuestas como el Modelo Atención Centrada en la Persona (ACP). Esta perspectiva, tiene sus orígenes en el trabajo y la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers. Sin embargo, fue Thomas Kitwood, quien uso por primera vez el término ‘centrado en la persona’ en el ámbito de la demencia, teniendo como foco la comunicación y el contacto directo. Kitwood durante su trayectoria, proporcionó un soporte teórico y práctico en torno a la ACP en el ámbito de la demencia.

Durante las últimas décadas del siglo XX, la ACP formó parte de un movimiento que buscaba y promovía que las personas que presentaban demencia, pudieran beneficiarse de las intervenciones psicológicas, se promulgaba que ellas tenían derechos humanos igual que los demás, y que era necesario desestimar e ir en contra de las prácticas deshumanizantes asociadas a esta población (Brooker, 2013). Así mismo, desde el año 2000 se está intentando que los principios de la ACP incidan ya no sólo intervenciones directas con personas que presentan demencia y su entorno inmediato, sino también que las ideas fuerzas de la ACP se inserten a nivel de las políticas públicas entorno al envejecimiento y las demencias. Países como Inglaterra y España, ya han ido incorporando en sus planteamientos institucionales, las concepciones de la ACP. Sin embargo, queda

mucho camino por correr para estas naciones, y más aún para aquellas en las que se desconoce o está recién insertándose este tipo de perspectivas teórico-prácticas en torno a la demencia. La dificultad en su implementación, se puede encontrar en que la perspectiva de la ACP, es mucho más que conceptos teóricos, sino que más bien es un “código ético que abarca todas las relaciones no sólo de las personas con demencia, sino también de los profesionales y de los cuidadores familiares” (Brooker, 2013, p. 39), de ahí mismo, la dificultad de intentar cambiar la perspectiva de los actores claves.

Los siguientes, son los principales conceptos teóricos de Kitwood que están a la base de la ACP, y que formaron los cimientos para el diseño, implementación y análisis de los ‘grupos psicoterapéuticos sobre identidad, envejecimiento y alzhéimer’, (Brooker, 2013):

- **Condición de persona (personhood):** posición o estatus del ser humano otorgada por los demás en el contexto de las relaciones y el ser social. Implica reconocimiento, respeto y confianza. Siendo su persecución, el principal efecto de aplicar la ACP.
- **Modelo enriquecido de la demencia:** en contra de la concepción de la demencia, desde el modelo biomédico que principalmente ofrece definiciones, causas y efectos basándose principal o solamente en los cambios neurobiológicos, Kitwood propone el reconocimiento de múltiples factores que inciden en la experiencia de la persona que presenta demencia, y que refuerzan la idea de singularidad e identidad: daño neurológico (DN), salud (S), la biografía (B), la personalidad (P) y la psicología social (PS), que sería el entorno en que vive la persona. Este modelo, permite maximizar el bienestar, porque también se posiciona en y desde otros aspectos de la persona que presenta demencia, no sólo desde la enfermedad. Kitwood resume el modelo enriquecido de la demencia en la siguiente ecuación:

$$\text{Demencia} = \text{DN} + \text{S} + \text{B} + \text{P} + \text{PS}$$

- **Psicología social maligna (PSM):** este concepto permite describir las interacciones y actos más habituales observados en centros asistenciales, y que debilitan la condición de persona, ignorando o desestimando sus necesidades y derechos, aumentando los niveles de malestar, e incidiendo en su funcionalidad. Lo maligno de este tipo de actos, no es sólo por quien lo ejerce, sino también porque se tiende a propagar rápidamente entre el personal. Este concepto, encuentra sus principios en perspectivas psicosociales como el edadismo (Butler, 1969). Episodios en los que se produce la PSM son por ejemplo, los ritmos inadecuados, intimidar, desatender, infantilizar, etiquetar, desautorizar, culpar, manipular, desempoderar, dominar, interrumpir, cosificar, estigmatizar, ignorar, excluir o ridiculizar.
- **El punto de vista de la persona con demencia:** es la experiencia de la persona en torno a la atención que recibe. Junto con esto se puede incluir, la necesidad de comprender, desde las narrativas o por medio de la observación de la persona, cómo vivencia su proceso de envejecimiento, la demencia. Así como conocer su biografía y necesidades actuales. Para estos fines, Kitwood diseñó y utilizó el Dementia Care Mapping (DCM), el que será descrito en apartados posteriores, y tiene por objetivo evaluar la atención, desde la perspectiva de las personas con demencia.
- **La nueva cultura de la atención:** que promueva las ideas de que trabajar con esta población es una opción creativa y dinámica; que la demencia se considera una limitación con la que hay que vivir y no únicamente un proceso que se debe manejar; que el conocimiento que provenga de las mismas personas que presentan demencia o de sus cuidadores cotidianos, tiene igual importancia que la de las neurociencias; que las personas son iguales (en términos de derechos y deberes), independiente de su capacidad cognitiva; que la principal función de la atención es promover la condición de persona, respetar la singularidad e individualidad independiente de su diagnóstico; y que finalmente las conductas denominadas problemáticas se entienden como intentos de comunicación.

Una definición contemporánea de la Atención Centrada en la Persona con demencia, fue realizada por Brooker (2004), quien utilizó los principios y conceptos fundamentales descritos por Kitwood, para señalar que la ACP debería incluir cuatro áreas fundamentales, que se resumen en la palabra VIPS:

V	Conjunto de valores de toda vida humana, independiente edad o capacidad cognitiva.
I	Un enfoque individualizado que reconoce la singularidad de la persona.
P	Interpretar el mundo desde la perspectiva del usuario del servicio.
S	Proporcionar un entorno social que satisfaga las necesidades psicológicas básicas.

Actualmente se ha extrapolado los principios de la ACP, a la atención ya no sólo de la persona que presenta demencia, sino a las personas de la tercera y cuarta edad en general, este modelo ha sido denominado Atención Gerontológica Centrada en la Persona (AGCP). Desde esta perspectiva, al igual que desde la ACP, se señala que los modelos tradicionales y biomédicos de atención gerontológica y en demencias, tienden a concebir a la persona mayor en un rol pasivo, receptor de servicios, y sitúa a los profesionales, en un rol de expertos, quienes tendrían el conocimiento para prescribir y definir, qué es lo más adecuado para el tratamiento (Martínez, 2011).

La AGCP, tiene como foco “una atención que se dirija no solo a dar respuesta, a las necesidades derivadas de la dependencia, sino que vele por sus derechos, preferencias y deseos. No es otra idea que la de concebir los cuidados desde la dignidad y el apoyo a la autonomía” (Zabaleta, 2011. En Martínez, 2011, p. 5).

En el siguiente cuadro, se describen las diferencias entre el modelo centrado en el servicio, comúnmente llamado biomédico y el modelo centrado en la persona:

Las diferencias entre el modelo ACP y el biomédico centrado en el servicio, se observan en la siguiente gráfica:

MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA	MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO
Sitúan su foco en las capacidades y habilidades de la persona.	Se centran en los déficits y necesidades; tienden a etiquetar.
Su intervención es de macronivel (plan de vida).	Intervienen a micronivel (conductas determinadas, patologías).
Se comparten decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales.	Las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales.
Ven a la gente dentro de su comunidad y de su entorno habitual.	Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales.
Acercan a la gente descubriendo experiencias comunes.	Distancian a la gente enfatizando sus diferencias.
Esbozan un estilo de vida deseable, con un ilimitado número de experiencias deseables.	Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones.
Se centran en la calidad de vida.	Se centran en cubrir las plazas que ofrece un servicio.
Crean equipos de PCP para solucionar los problemas que vayan surgiendo.	Confían en equipos estándares interdisciplinarios.
Responsabilizan a los que trabajan directamente para tomar buenas decisiones.	Delegan el trabajo en los que trabajan directamente.
Organizan acciones en la comunidad para incluir usuarios, familia y trabajadores.	Organizan reuniones para los profesionales.
Responden a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso personal.	Responden a las necesidades basándose en la descripción de los puestos de trabajo.
Los servicios pueden adaptarse y responder a las personas. Los recursos pueden distribuirse para servir a los intereses de la gente.	Los servicios no responden a las necesidades individuales. Están limitados a un menú fijado previamente. Mantienen los intereses profesionales.
Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo.	Las nuevas iniciativas solo valen si pueden implantarse a gran escala.
Utilizan un lenguaje familiar y claro.	Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos.

Fuente: Martínez, 2011.

Uno de los referentes a los que alude la AGCP, son los principios de la ética aplicados a las atenciones de salud gerontológica. Estos principios, se relacionan con el interés de este artículo que es, problematizar las dinámicas y el trato que se establecen, entre el personal de atención directa y la persona mayor que vive en una residencia geriátrica asistida. Los principios son señalados (Martínez, 2011) y son los siguientes:

- **No maleficencia:** obliga a los profesionales de los servicios gerontológicos, a no hacer daño (físico, psicológico o social) a la persona mayor ni a sus familiares, así como a realizar buenas prácticas en la intervención. En la práctica profesional diaria esto se traduce en la obligación de realizar aquellas intervenciones que están

indicadas, por suponer beneficios para las personas, y evitar las que están contraindicadas por generar daño o riesgos de lesión para éstas.

- **Justicia:** obliga moralmente a los profesionales de los recursos de atención a personas mayores a no discriminar a ninguna persona por razones sociales y a distribuir los recursos de forma equitativa entre las personas de similar necesidad.
- **Autonomía:** dicta a los profesionales de los centros de atención social a promover y respetar las decisiones de las personas usuarias. Ello implica reconocer el derecho de las personas mayores a tener y expresar sus propias opiniones, así como a identificar y llevar a cabo intervenciones basadas en sus valores, creencias y proyectos de vida.
- **Beneficencia:** insta a los profesionales de los recursos de atención a personas mayores a hacer el bien a éstas. Esto se traduce en procurar el mayor beneficio para la persona partiendo del concepto subjetivo del bien de la propia persona mayor, y si este es desconocido, de la mayor calidad de vida objetiva esperable.

3. Lo biográfico, la identidad en el envejecimiento y demencia tipo alzhéimer.

Este trabajo se enfocó en diversos aspectos de la biografía y en elementos asociados a la identidad de mujeres de la tercera y cuarta edad que presentan o demencia tipo alzhéimer, y que son usuarias de una residencia asistida y pública, por lo mismo se hace necesario comprender qué se entiende por lo biográfico y la identidad en el envejecimiento y en la demencia.

3.1 Lo biográfico.

Lo biográfico se comprende como “un universo de géneros discursivos consagrados, que tratan de aprehender la cualidad evanescente de la vida oponiendo, a la repetición abrumadora de los días, a los desfallecimientos de la memoria, el registro minucioso del acontecer, el relato de las vicisitudes o la nota fulgurante de la vivencia, capaz de iluminar el instante y la totalidad” (Arfuch, 2010, p. 17). Lo biográfico, por tanto, enfatiza siempre la singularidad del relato, pero buscando el matiz de procesos colectivos y sociales que puedan emerger en la narrativa personal. El fin último de lo biográfico, es promover la

construcción de un relato la mayor de las veces oral, aunque también puede ser escrito, mediante el cual se transmite a otro la imagen única y singular que tiene una persona respecto a su propia vida, el relato es un reflejo identitario. Al relatar la historia de vida se incorporarán acontecimientos, personajes, perspectivas y el bagaje emocional que ha ido emergiendo durante su biografía, por lo mismo el relato se ajusta siempre a la versión interpretativa de los hechos. El qué y cómo se relata la historia de vida, depende de una serie de factores: la época, contexto, el estado anímico de la persona, a quién se le relata y por qué motivos, las posibles interferencias o “fallas” de memoria y las reiteradas reinterpretaciones (Villar & Triadó, 2006). Estas y otras razones reflejan lo dinámico del proceso de narración de la historia de vida, debido a la reconstrucción, reinterpretación y reacomodo de los recuerdos y de la versión de las experiencias vividas.

En síntesis, la vida humana, sus personajes, tiempos y sucesos asociados a ella, contienen un valor biográfico y existe en tanto es parte de lo estético, ético y político, es decir, la biografía tiene la particularidad de comprenderse como una subjetividad situada (Arfuch, 2010).

3.2 Pérdidas y envejecimiento.

Los procesos biográficos son experiencias que se producen en un entorno de interacción social, permiten interpretar y sedimentar el curso de vida. En esta línea, los autores Riemann y Schütze (s/f. En Maines, D. 1991), hacen referencia a que el sufrimiento ocurre en la esfera de las biografías individuales y que puede cambiar la forma de relacionarse consigo mismo (identidad) y también modificar las dinámicas relacionales y sociales. En el transcurso vital se suscitarían una serie de acontecimientos o pérdidas, que podrían llegar a transformarse en hitos o marcas biográficas. Ejemplos de ellos son el nacimiento o muerte de un ser querido, la jubilación o la emergencia de una enfermedad, como puede ser el alzhéimer. Estos acontecimientos en algunos casos pueden cambiar el curso biográfico, modificando las estructuras existentes, generando en algunos casos quiebres y nuevos sistemas de orden de la vida.

Para Baltes (1996) las pérdidas y sus efectos dependen no sólo de la edad, sino de lo que se considera o no saludable y adaptativo, según el contexto y la cultura. Sin embargo, la jubilación; la funcionalidad y autonomía por enfermedad o discapacidad; así como la muerte de personas significativas son eventos que comúnmente en las sociedades occidentales pueden ser catalogados como pérdidas que ocurren frecuentemente durante el envejecimiento (Stefani, 2004). Estas pérdidas, podrían incidir profundamente en el curso de vida, por tanto, en la subjetividad de la persona modificando la estructura biográfica, generando quiebres o nuevos órdenes de vida (Riemann & Schütze, 1991). Debido a lo anterior, dichas pérdidas pueden llegar a ser gatilladoras o potenciadoras de distintas formas de malestar psíquico, y de transformaciones en aspectos de la identidad personal.

Un ejemplo de transformaciones radicales que afectan la identidad, son los cambios corporales. Estos ocurren durante todo el curso de la vida, sin embargo, es durante la pubertad, adolescencia y en la vejez, donde se denuncia un cuerpo en plena transformación. El cuerpo en la mayoría de los adolescentes “se inscribe en un proyecto pulsional de vida” (Salvarezza & Iacub. En Salvarezza, 2013, p. 264), movilizado por ciertos ideales sociales y su erotización. Por el contrario, para muchas personas mayores el cuerpo, “significa la cancelación de los proyectos o el revestimiento de los mismos por aspectos tanáticos” (Salvarezza & Iacub. En Salvarezza, 2013, p. 264).

Existen distintas viejeces y formas de envejecer, por lo mismo no todas las personas mayores se relacionan con su cuerpo de la misma manera, siendo por una parte la mirada del Otro -familia, medios de comunicación- la que determinará su utilización, destino y significado (Salvarezza, 2013). Esta mirada, muchas veces es discriminatoria, estigmatizadora o aniquiladora, pudiendo generar la expulsión del viejo del campo de los ideales sociales e individuales. De esta manera el cuerpo viejo, tanto de la estética como de la salud, queda marginado de la sociedad. La subjetivación de ese cuerpo viejo desechado, puede generar o pronunciar, el malestar subjetivo en la persona mayor, el que comúnmente podría asociarse a estados depresivos. Como menciona Muñoz (2002. En Árraga y Sánchez, 2007), la experiencia del envejecimiento, los duelos asociados a muertes de personas queridas y la declinación del funcionamiento corporal, implican cambios

significativos en el estilo de vida de la persona y en los conceptos que tiene sobre sí misma, es decir, sobre su identidad. Dichas pérdidas se concentran durante el envejecimiento, siendo afrontadas de diversas maneras, potenciando o no la acomodación a dichas pérdidas. En este sentido, la adaptación es un “concepto clave, ya que los acontecimientos de la vida normales producen cambios en las concepciones de uno mismo y en la identidad” (Árraga y Sánchez, 2007).

3.3 Identidad, envejecimiento y demencia tipo alzhéimer.

El presente trabajo, se posiciona y comprende al sujeto desde su marco de existencia, es por esto que los grupos psicoterapéuticos implementados, promovieron que las mujeres de la tercera y cuarta edad que participaron, pudieran reconocer y narrar acerca de distintos aspectos de su identidad personal, fomentado por el uso de las técnicas psicoterapéuticas de la fototerapia y la reminiscencia.

Entre los elementos que pueden incidir en la identidad personal, hay autores subrayan el contexto social y conceptos como el edadismo (Butler, 1969) o demencialismo (Brooker, 2013). Otras líneas teóricas colocan el acento en los fenómenos neuropsicológicos, principalmente asociado a los cambios cognitivos. Asimismo, se han descrito y conceptualizado que los rasgos de personalidad o las variantes de la estructura psíquica, son aspectos que inciden en la identidad durante el proceso de envejecimiento. Independiente de la concepción teórica, todas ellas modelan y crean diversas maneras de entender la identidad.

Tal como propone el gerontólogo argentino Leopoldo Iacub, para los fines de este trabajo, se comprendió el envejecimiento desde la perspectiva del propio sujeto, considerando los factores previos de personalidad, su estructura psíquica, su historia personal dentro de una cultura y época específica, así como los cambios biológicos que han vivido al paso de los años. A su vez, para comprender y analizar las narrativas realizadas por las participantes de los grupos psicoterapéuticos, se mantuvo la siguiente definición de **identidad**:

“La mismidad (identidad) permite articular diversas dimensiones de unidad (personal, nacional, cultural) al tiempo que posibilita que, dentro de dichas categorías, se pueda significar de muy diversos modos la noción de persona, con sus imágenes esperables o rechazables, lo que representa la extensión de una vida, la edad y el género, entre otros aspectos que modelan las nociones de la identidad en diversas culturas y momentos históricos” (Iacub, 2011, p. 28).

Como complemento a la definición anterior, al comprender al ser humano como un individuo, entendiendo que tiene una trayectoria, personalidad única, así como un estado de salud física y mental, recursos económicos y sociales determinados, y que estos inciden en las respuestas que puedan tener ante irrupciones biográficas, como son la demencia, este trabajo adscribe también a la concepción de que la **demencia** es “una parte más del conjunto, en vez de un rasgo definitorio de la identidad” (Brooker, 2013, p. 49).

Como se mencionó, la identidad se puede comprender desde diversas líneas teóricas, en este caso entenderemos que la identidad puede funcionar como una “interface entre una definición del sujeto enunciado por predicados sociales y predicados singulares” (Iacub, 2011, p. 50). En este sentido, comprendemos que la identidad está constituida y se desarrolla a través de la identidad sociocultural y su andamiaje con la identidad personal.

La imbricación entre la identidad personal y social, se produciría por medio de la **identidad narrativa**, es decir, una tendencia subjetiva a producir significados que otorguen sentido y continuidad, a pesar de que las experiencias discontinuas y diferentes que experimenta la persona (Cadell y Clare, 2010). De esta manera, la identidad personal “se construye con relación a ciertos límites que forjan un mapa conocido, ya sea por los afectos con los que se relaciona o los contextos en que se desenvuelve” (Iacub, 2011, p. 91). Es así como la identidad narrativa, posibilita integrar los significados identitarios y proveer nuevos sentidos a la experiencia vital, ante situaciones de disrupción o discordancia entre el relato de sí y el contexto (Ricoeur, 1991; McAdams, 2001. En Iacub, 2011), como podría cuando irrumpe una enfermedad crónica como la demencia tipo alzhéimer, la que cambia el curso de la trayectoria biográfica de la persona.

Junto con lo anterior, es necesario especificar el concepto de identidad en las personas que presentan alzhéimer, el que se mantiene en un punto de álgida discusión teórica y práctica.

Una perspectiva negativa frente a la identidad en las personas con demencia, considera que cuando la persona sufre de daños a nivel cerebral y la cognición ha desaparecido, queda sólo el cuerpo (Behuniak, 2011). En la misma línea, autores las han señalado que las personas que presentan alzhéimer van perdiendo el sí mismo o que van siendo desprovistas de contenido (Fontana y Smith, 1989). Asimismo, otros autores han sostenido que el yo se desintegra hasta que no queda nada (Davis, 2004). Una visión extrema desde la postura contraria, señala que el yo se mantiene intacto a lo largo de la enfermedad (Fazio y Mitchell, 2009; Sabat y Collins, 1999).

En cambio, otros autores, mantienen la visión de que la pérdida de memoria no equivale necesariamente a la pérdida de identidad, sino que se va moldeando a partir de los cambios biográficos. Siendo esta la perspectiva a la que se arrima este trabajo. Autores desde la Atención Centrada en la Persona, señalan que la identidad “consiste en saber quiénes somos y en la sensación de continuidad con el pasado. También se identifica con tener y mantener una historia vital, ya sea por parte de la propia persona con demencia o, si ya no es posible, por la gente que conoce y la aprecia. La infantilización, las etiquetas y la desautorización debilitan la identidad; mientras que el respeto, la aceptación y la celebración la refuerzan” (Brooker, 2013, p. 93). La definición de identidad mencionada, demuestra la importancia que tienen la interacción y las dinámicas en la subjetividad, y específicamente en la identidad de la persona que presenta demencia. Es por esta concepción, que las relaciones establecidas tanto con los familiares, como con los cuidadores deberían estar enfocadas en “salvaguardar la identidad durante las etapas de confusión creciente” (Brooker, 2013, p. 60). En la misma línea, otro autor sostiene que “la construcción de la identidad es un logro deliberado, aunque cambiante para las personas que presentan demencia, más que simplemente una enfermedad donde la autoidentidad se desvanece cada vez más” (Beard, 2004, p. 417). Asimismo, Thomas Kitwood señaló que la

personalidad, no suele cambiar como resultado de la demencia, sino que hay maneras distintas de reaccionar ante el estrés (Kitwood, 1993).

Desde la perspectiva anterior, la identidad sería fluctuante porque se ve alterada y teñida por los diversos acontecimientos y procesos de la persona, tanto a nivel subjetivo, interpersonal, sociopolítico, como cultural. Siendo las enfermedades crónicas, como la demencia, uno de los eventos biográficos que puede atacar de manera violenta la identidad de una persona, producto de las diversas transformaciones que genera. Por ejemplo, en el caso del alzhéimer la pérdida de la memoria, hace emerger nuevos obstáculos y a todo nivel (Beard, 2004), pudiendo llegar a producir una disrupción biográfica (Bury, 1982).

La tercera perspectiva en torno a la identidad en las personas mayores que presentan demencia tipo alzhéimer, mantiene una postura intermedia entre las dos anteriormente presentadas. Estos autores, señalan que el yo se mantendría hasta cierto punto, aunque estaría implicado de alguna forma producto de la enfermedad (Addis y Tippett, 2004; Cohen-Mansfield, Papura-Gill y Golander, 2006).

Producto de la diversidad de perspectivas en torno a la identidad en personas que presentan demencia tipo alzhéimer, dos investigadoras (Cadell y Clare, 2011), hicieron una revisión de los artículos que investigaron sobre el impacto de la demencia en el self y la identidad. Las autoras, concluyen que en la mayoría de los estudios revisados hay al menos alguna evidencia para la persistencia del sí mismo, tanto en el nivel leve, como en estadios moderados a graves de la enfermedad. Sin embargo, las autoras también señalan que varios de los estudios, describen que efectivamente se produce algún grado de deterioro en aspectos del sí mismo o de la identidad, así como en la posibilidad de expresión verbal, por parte de las personas que presentan demencia tipo alzhéimer.

En síntesis, se comprende en el presente trabajo la identidad personal como “el conocimiento que cada individuo tiene sobre sí, el autoconcepto o autoimagen orientado a una definición de sus propios significados y realidades (Escobar, 2000, p. 170). A la vez, se mantiene la idea de que la identidad y sus características están adscritas a la historia, experiencia personal, y también a las pertenencias grupales (Mendoza, 2005). Por lo

mismo, se concibe que la identidad se forma, se mantiene y se altera, a su vez, a través de la interacción y las irrupciones biográficas como las enfermedades crónicas, en este caso la demencia tipo alzhéimer. A su vez, se comprende que la construcción de la identidad, es un proceso que se mantiene, y a su vez se modifica, durante toda la vida (Orona, 1990), perdurando gracias al uso de diversas estrategias de autopreservación (Beard, 2004).

4. Conceptualización teórica del grupo psicoterapéutico geriátrico.

Para el diseño y realización del grupo psicoterapéutico ‘identidad, envejecimiento y alzhéimer’, se tuvo en consideración el marco de la psicoterapia de grupo desde una perspectiva psicoanalítica, es decir, como “una forma de psicoterapia por el grupo y del grupo, incluyendo a su conductor” (Foulkes, 1986, p. 49). Mediante una discusión y comprensión abierta, se espera que los integrantes liberen sus inhibiciones excesivas, y se develen conflictos inconscientes, para facilitar su resolución por medio de la comunicación, evitando así su actuación (Foulkes, 1986). De esta forma, se espera que los integrantes, perciban el grado en que están condicionados e influidos, por su grupo primario. Así como aprovechen la oportunidad, de comparar su forma de ser, y de relacionarla con la del resto del grupo (Krassoievitch, 2014). En la psicoterapia de grupo se tiene en cuenta lo individual, sin embargo, la interpretación se hará siempre, en el aquí y ahora del grupo (Guillem y Loren, 1985), es decir, se conoce, comprende y considera, las dinámicas pasadas y primarias, pero se enfatiza la situación actual del paciente y la del grupo.

4.1 Previo al grupo psicoterapéutico.

La valoración de la persona y del grupo al que accederá, es fundamental de realizar previa a la constitución del grupo. Es necesario en un inicio, indagar en aspectos de la personalidad, así como realizar una valoración de la fortaleza yoica de los pacientes, para saber si es suficientemente adecuada, para enfrentar situaciones que pueden ser desestructurantes o regresivas a nivel grupal. Es por esto que autores, sugieren evitar incluir a personas psicóticas, borderline o sociópatas, así como con necesidad auto o heteroagresiva (a no ser que el grupo esté destinado para atender a dichas personas). Además, autores, mencionan que los integrantes de un grupo, requieren contar con la capacidad necesaria para establecer relaciones de objeto (Zimmermann, 1969. En Palacios,

1975). Los autores Guillem y Loren (1986), también señalan que el grupo, estaría contraindicado para personas que presenten conflictos agudos, como duelos recientes o traumas actuales, a quienes se les recomendaría iniciar primero, una psicoterapia individual. Importante también, es que quienes ingresen a grupo, lo hagan por su propia voluntad.

Las entrevistas iniciales podrían ser individuales o en grupo, su decisión depende del terapeuta y de su perspectiva técnica y teórica. Lo importante, como menciona Foulkes (1986), es recabar información sobre la personalidad y dinámica psicodiagnóstica; los conflictos intrapsíquicos e interpersonales; la perspectiva de resolución de dichos conflictos; así como observaciones clínicas relevantes. Además, este autor (Foulkes, 1986), hace hincapié en generar un análisis sobre el funcionamiento y dinámica del grupo general, focalizándose en las interacciones, comunicaciones, etc. Posterior a la valoración, se establecerá el contrato terapéutico y se definen las normas generales, como el horario, calendario y costos en caso de que corresponda (Palacios, 1975). El terapeuta debe respetar antes que nadie las normas del grupo, informar con tiempo los cambios, las cancelaciones, duración del grupo, llevar un cuidadoso registro de las sesiones de asistencias, retrasos, hechos importantes, cambios, etc. Además, se recomienda llevar registro del diagrama de posición, de los miembros en el círculo. El momento más indicado de tomar notas sobre lo ocurrido en el grupo, es inmediatamente posterior a la sesión (Foulkes, 1986).

4.2 Encuadre del grupo psicoterapéutico.

Respecto a los objetivos, metas y normas, en los grupos psicoterapéuticos geriátricos, es importante que el terapeuta tenga un rol más activo e incluso en momentos más directivo, sobre todo al comienzo. El terapeuta, siempre debe adaptarse a las necesidades y capacidades de los integrantes del grupo, así como debe mantener una actitud paciente y flexible, debido a los constantes cambios a nivel biopsicosocial que pueden acontecer a la persona mayor (Krassoievitch, 2014). Frente a esto, Robertazzi (2005), menciona que en los grupos psicoterapéuticos con personas mayores, el modelo debe ser sumamente flexible. Para esta autora, el modelo de grupo debe permitir “utilizar las herramientas habituales, sin dejar -al mismo tiempo- de centrarse en el tema de consulta para la resolución de los problemas, pues suponía *poca vida* para el grupo en cuestión”

(Robertazzi, 2005, p. 136). Debido a lo anterior, la técnica en grupos psicoterapéuticos geriátricos, también debe tener en consideración la esperanza de vida, e incluir dentro de sus variables, la posibilidad inminente de que la persona deserte del grupo, debido a problemas de salud, accesibilidad, por el fallecimiento de un ser querido o debido a su propio fallecimiento. Robertazzi (2005) a su vez, señala que otra diferencia de los grupos psicoterapéuticos geriátricos, son que, debido a problemas de memoria de algunos integrantes, se hace necesario recurrir a ciertos andamiajes externos o de memoria auxiliar. Además, el terapeuta en estos grupos, tiene algunos desafíos producto de las dificultades para escuchar, retener, movilizarse y escribir que tienen algunos integrantes del grupo, lo que implica nuevas estrategias adaptar la técnica y metodología a las necesidades los integrantes del grupo.

4.3 Elementos que pueden emerger en grupos psicoterapéuticos.

Durante el proceso de psicoterapia de grupo, es posible que emerjan distintos fenómenos como los mencionados por Kadis, Krasner, Winick y Foulkes (1982. En Krassoievitch, 2014). Estos autores hacen alusión a que el grupo se comunica en tres niveles:

En relación al **contenido manifiesto**, se menciona que los temas que emergen frecuentemente en los grupos psicoterapéuticos geriátricos, están vinculados a las enfermedades físicas actuales; diversas pérdidas que han tenido durante su vida; reminiscencias asociadas a acontecimientos relevantes del pasado; dificultades con las familias tanto de origen como las actuales; situaciones cotidianas asociadas a la dependencia, y reflexiones o temores respecto a la muerte propia y/o de otros.

Respecto a la comunicación a **nivel interpersonal**, hablan de los *subagrupamientos*, que se relacionan con socializaciones fuera del grupo de algunos de los miembros. En residencias o instituciones, sobre todo de personas mayores, el subagrupamiento no sería tan problemático porque ayudaría a evitar el aislamiento. Sin embargo, es necesario generar un encuadre claro, para que dicho encuentro fuera del grupo, no se transforme en algo, que pueda perjudicar a uno de los integrantes del subgrupo o del resto del grupo. Otro fenómeno grupal mencionado por los autores ya mencionados, y que se suscita a nivel

interpersonal, son las *revelaciones de sí mismos*, las que podrían generar alivio y satisfacción, siempre cuando se produzcan en un clima contenedor y de respeto.

Dentro de los niveles de comunicación a nivel grupal, está el **latente**, en el que ocurren diversos fenómenos, el primero de ellos, es la *transferencia*, que estaría influenciada por el grupo primario y que se establece de forma múltiple con el terapeuta, los integrantes y con el grupo como totalidad. Un segundo fenómeno son las *resistencias*, las que suelen ser más intensas al comienzo por el temor a lo nuevo, y a la exposición frente al grupo. Las resistencias, pueden verse reflejadas en la transferencia; en los silencios; en los retardos o ausencias; en las conversaciones triviales; así como en los actos agresivos. Luego señalan, los *mecanismos de defensa*, como otro fenómeno que operan inconscientemente, con el fin de evitar que se generen cambios individuales o grupales.

4.4. Beneficios y dificultades en el grupo psicoterapéutico.

El proceso psicoterapéutico de grupo, puede llegar a ser muy beneficioso y promover cambios favorables para sus integrantes. Frente a esto, Yalom (1986. En Vinogradov y Yalom, 1989), identificó 11 factores o mecanismos de cambio que son curativos, y que permiten que las psicoterapias de grupo sean beneficiosas para grupos de diversa edad, entre ellos personas de la tercera o cuarta edad. Estos factores curativos son los siguientes:

1. **Infundir esperanza:** interés y credibilidad del terapeuta en que la técnica y teoría pueden beneficiar a los integrantes del grupo, favorece la permanencia.
2. **Universalidad:** los miembros del grupo perciben que hay temores, actitudes y conductas similares a las suyas dentro del grupo.
3. **Ofrecer información:** por parte del terapeuta al grupo, sobre la salud mental, dinámica interpersonal, trastornos psicológicos y funcionamiento psíquico.
4. **Altruismo:** que se genera entre los miembros del grupo.
5. **Recapitulación emocional correctiva del grupo familiar primario:** de aquellas vivencias pasadas que no han sido elaboradas.
6. **Técnicas de socialización y destrezas interpersonales.**

7. **Conducta de imitación:** otorgar la función de espejo se da por parte del terapeuta y también entre los miembros del grupo.
8. **Aprendizaje interpersonal:** a nivel de relaciones; experiencias emocional correctivas vinculadas a lo no resultado de su pasado; así como la comprensión del grupo como un microcosmos social, en el que ocurren actitudes, conductas y dinámicas que ocurren en el exterior del grupo.
9. **Cohesión de grupo:** por medio de expresión de sentimientos positivos y también negativos, como hostilidad bien encuadrada.
10. **Catarsis:** o manifestación emocional, la que promueve la cohesión del grupo.
11. **Factores existenciales:** vinculados a las reflexiones sobre las problemáticas asociados la existencia humana, como la soledad, conducción de la vida, la muerte propia y de otros.

Por su parte, Brink (1977. En Krassoievitch, 2014) identifica cuatro factores o elementos, que es importante que estén presentes en los grupos psicoterapéuticos geriátricos, o que el terapeuta pueda promover su desarrollo:

1. **Interacción social:** posibilita mejorar la socialización, interacción y cohesión del grupo. Sin embargo, puede verse entorpecida al confrontar o al emerger insight no buscados, siendo una respuesta defensiva.
2. **Orientación a la realidad:** permite reducir la fantasía dentro del grupo y orientarse en situaciones más cotidianas y actuales.
3. **Revisión de la vida o reminiscencias:** permite exponer y conocer los relatos biográficos de cada integrante del grupo. Una de las precauciones que debe tener el terapeuta y el grupo, es que las actividades se orienten a responder cómo fueron elaborados y resueltos los momentos, situaciones críticas o problemáticas. El no hacerlo, potencia el riesgo de provocar resistencias, basadas en la impotencia y desesperanza.
4. **Remotivación:** la que debe ser constante por parte del terapeuta y los integrantes del grupo, a motivar la utilización de los recursos psicológicos disponibles, frente a los problemas actuales.

Tan necesario como rescatar los factores beneficiosos, es identificar las **dificultades** que se pueden producir durante de la psicoterapia de grupo, para así prevenir situaciones conflictivas. Una situación que podría ser difícil de afrontar para el grupo psicoterapéutico, es la salida de uno de sus integrantes sea por alta terapéutica, abandono, problema de salud, accesibilidad, problemas económicos o por su propio fallecimiento. Junto con lo anterior, el desconocimiento gerontológico que puede tener el profesional y la inexperiencia, pueden generar falsas expectativas, desesperanza o dependencia por parte de los integrantes del grupo, afectando así su proceso psicoterapéutico (Krassoievitch, 2014). Es por esto, que el terapeuta debe estar preparado para enfrentar los factores externos que puedan afectar el proceso, así como elementos contratransferenciales que pueden entorpecer, el funcionamiento del grupo (Zimmermann, 1969. En Palacios, 1975).

4.5 Altas y cierre del grupo psicoterapéutico.

Los egresos por alta de los integrantes del grupo, deben ser progresivos pues puede potenciar efectos regresivos del grupo (Palacios, 1975), es por esto que las altas deben hacerse según las necesidades y objetivos de los procesos terapéuticos de cada persona (Foulkes, 1986). Al finalizar el grupo, es necesario hacer una evaluación sobre la asistencia, así como de los cambios que se han suscitado durante el proceso y sus razones (Foulkes, 1986). Además, en la etapa de cierre del proceso psicoterapéutico de grupo es necesario tener en consideración que como menciona Palacios (1975), se producirá un duelo que se asimila a una depresión, sin embargo, ésta será terapéutica y también reparatoria. En el caso de los grupos psicoterapéuticos geriátricos, el cierre del grupo debe ser paulatino y cuidadosamente preparado, para evitar duelos difíciles posterior al término del espacio psicoterapéutico, puesto que la mayoría de los integrantes han vivenciado situaciones de pérdida importantes pasadas, pero posiblemente también durante el tratamiento (Krassoievitch, 2014).

IV. CARACTERIZACIÓN DE LOS GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS “IDENTIDAD Y ENVEJECIMIENTO DESDE LA FOTOTERAPIA Y LAS REMINISCENCIAS”.

En este apartado, se realizará una descripción del grupo psicoterapéutico identidad y envejecimiento desde la fototerapia y las reminiscencias, que se llevó a cabo en una residencia y centro de día de Barcelona. Se mencionarán los objetivos que se propusieron en un comienzo, luego se realizará una descripción de la metodología y del diseño utilizado. Además, se describirá la función y beneficios de las técnicas psicoterapéuticas de la fototerapia y las reminiscencias, así como el contexto en que se realizaron los grupos, las estrategias de selección de los participantes, los principios éticos que rigieron este proceso. Junto con lo anterior, se describirán las sesiones realizadas y por último se describirá las técnicas que se utilizó para analizar los resultados que emergieron de los grupos.

1. Objetivos.

El **objetivo general** de los grupos psicoterapéuticos ‘identidad, envejecimiento y alzhéimer desde la fototerapia y las reminiscencias’, destinados a personas de la tercera y cuarta edad, usuarias de una residencia asistida y pública de Barcelona, fue promover el reconocimiento y expresión de aspectos de la identidad personal, por parte de las integrantes, por medio de las técnicas de la fototerapia y las reminiscencias. Además, se establecieron los siguientes **objetivos específicos**:

- Aprender a utilizar la fotografía como una herramienta lúdica y terapéutica.
- Promover la emergencia de una narrativa en torno a diversos aspectos identitarios.
- Identificar y compartir con el grupo los principales cambios relacionados con diversos aspectos de la identidad.
- Evocar emociones y sentimientos a partir de las rememoraciones y las fotografías realizadas por las participantes, en relación a diversos aspectos de la identidad, en encuadre contenedor, respetuoso y empático.
- Desestigmatizar y desprejuiciar la condición de envejecimiento, y los cambios asociados a este proceso.

2. Aproximación metodológica.

Tanto para el diseño, implementación y análisis de los ‘grupos psicoterapéuticos identidad, envejecimiento y alzhéimer’, se tuvo en consideración la **metodología cualitativa**, que se centra en las relaciones sociales, tomando en consideración la pluralidad y diversidad de los sujetos, asociado a las formas, estilos de vida, subculturas, concepciones entendimientos particulares de lo que les sucede a sí mismos, y de lo que ocurre en su exterior, en su particularidad temporal y local (Flick, 2004). El fin último del paradigma cualitativo es conocer en profundidad las experiencias, intentando captar las sutilezas en la singularidad del sujeto, inserto en un contexto socio-histórico determinado. Se considera pertinente el uso de una metodología cualitativa para el diseño, realización y análisis de los grupos psicoterapéuticos, porque el foco estuvo en comprender aspectos identitarios asociadas al envejecimiento, por medio de técnicas psicoterapéuticas que se enfocan en la historia y vivencias personales, aunque siempre vinculándolas con sus contextos socioculturales. En concordancia a lo anterior, la posición epistemológica que se mantuvo durante el diseño, realización y análisis de los grupos psicoterapéuticos, consideró que el “conocimiento es subjetivo, individual, irrepetible y, en consecuencia, establece una relación estrecha con el objetivo investigado” (Guardián-Fernández, 2007, p. 67).

3. Tipo de diseño.

Para comprender los procesos identitarios relacionados al envejecimiento desde la perspectiva de las personas mayores de la residencia, se utilizó el **paradigma interpretativo**. Su fundamento, radica en la “necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes” (Vasilachis, 2006, p. 48). Desde este paradigma, la realidad no es preexistente, sino más bien es una construcción social producida por la interpretación que hace cada sujeto en relación a su realidad, reproduciéndola y transformándola. El conocimiento es siempre situado, y la interpretación es desarrollada y conectada a una posición particular, la que permite y limita a la vez, una visión de la realidad (Fernández, 2006). La metodología cualitativa, goza de un plus al trabajar desde el paradigma interpretativo, pues se privilegia “lo profundo sobre lo superficial, lo intenso sobre lo

extenso, lo particular sobre las generalidades, la captación del significado y del sentido interno, subjetivo, antes que la observación exterior de presuntas regularidades objetivas” (Vasilachis, 2006, p. 49). El conocimiento de los sujetos es interpretado por el investigador/a, quien su vez provoca cambios, efectos e implicancias políticas en dicha realidad y en los resultados del trabajo investigativo.

4. Técnica de producción de datos: fototerapia y reminiscencia.

Para producir datos, en este caso relatos en torno a diversos aspectos de la identidad de las mujeres de la tercera y cuarta edad, que participaron en los grupos psicoterapéuticos, se utilizaron dos técnicas: la fototerapia y las reminiscencias, las que se describirán a continuación.

4.1 Fototerapia.

Previo a dar a conocer qué es la fototerapia, cómo se utiliza y cómo sirve como medio para trabajar psicoterapéuticamente distintos aspectos identitarios de las personas mayores de la residencia, se describirá qué se entiende por fotografía.

En términos generales, la **fotografía** permite describir literalmente la apariencia visual de un objeto, persona o acontecimiento, así como construir subjetivamente y presentar una idea o visión específica del mundo. Además, si la fotografía es un retrato, permite devolver a una persona una imagen de sí misma, que puede o no representar la realidad (Short, 2013). La interacción con las fotografías, sea mirándolas, hablando sobre lo que vemos en ellas o contando historias que nos evocan dichas imágenes, permiten contactarse con las emociones y compartirlas con otros. De esta manera, al observar una fotografía se activa la creatividad, la que se conecta con las emociones, intuiciones y representaciones del mundo. A partir de esto, el acto fotográfico puede resultar terapéutico, porque activa procesos creativos e imágenes internas, favoreciendo por ejemplo la resiliencia y el empoderamiento (Viñuales, 2016).

La fotografía como acto, lleva a pensar en tres conceptos fundamentales: la reproducción de la realidad, la construcción visual de una nueva realidad, y el rastro como deseo de inscripción, que deja posterior a la captura de una parte de esa realidad. Para estos

fines, se comprende el concepto de imagen fotográfica desde la perspectiva de Marián López, no como “un espejo neutro sino un útil de transposición, de análisis, de interpretación, incluso de transformación de lo real” (López, 2011, p. 87). Junto con esta maleabilidad de la imagen fotográfica, se comprende que la imagen es un símbolo, cultural, social y personal, razón por la que las fotografías siempre hacen alusión a su autor/a, y hablan de dicho sujeto. La fotografía a su vez, tiene una doble capacidad, la de hablar sobre la presencia de las cosas, personas, lugares, situaciones, y de sí mismo/a, y a su vez refleja y hace notoria la ausencia de ellos. Es por esta razón, que se dice que la fotografía es huella de lo que ha sido “de un tiempo que ya no existe, o de un sujeto que ya no es el mismo sujeto” (López, 2011, p. 90), por lo tanto, la fotografía nos enfrenta con la pérdida, lo que ya no está presente.

Por su parte, para Roland Barthes, la fotografía es la reproducción análoga de la realidad y no contiene en sí misma un signo, en cambio existen en ella elementos retóricos como la composición y el estilo que son susceptibles de funcionar independientemente como mensaje secundario o connotación (Barthes, 2004). Lo anterior, es concordante con los principios de la Atención Centrada en la Persona, la que busca que los sujetos puedan plasmar algo de su historia, de su propia subjetividad, en este caso por medio de la fotografía.

La fotografía se puede utilizar a favor de procesos terapéuticos, educativos, relacionales, artísticos o de autoconocimiento (Viñuales, 2016). Desde la psicoterapia, la fotografía muestra simbólicamente las relaciones y dinámicas de las personas, permitiendo llegar a imágenes preverbales o inconscientes, siendo así, un medio para sortear defensas y acceder a dinámicas subjetivas (Krauss, 1983. En Viñuales, 2016).

La **phototerapia** como concepto, se ha comprendido desde diferentes perspectivas. Desde el mundo anglosajón, un representante es Doug Stewart, quien señala que el uso de la fotografía en un setting terapéutico, bajo la dirección de un terapeuta entrenado, puede reducir o aliviar síntomas psicológicos dolorosos, siendo un método que facilita el crecimiento y el cambio psicológico (Stewart, 1979). Otra autora es Judith Weiser, quien comprende la **phototerapia** como un conjunto de técnicas que permiten canalizar y

profundizar el conocimiento, así como facilitar la comunicación entre terapeuta y paciente (Weiser, 2010). En esta línea, Fryrear y Corbit (1983. En Viñuales, 2016), mencionan que la fototerapia favorece diversas acciones terapéuticas, como las siguientes:

- **Evocación de estados emocionales:** la que bajo un encuadre basado en la ética de los cuidados y con normas claras, promueve la contención, empatía, así como el conocimiento personal y grupal.
- **Obtención de verbalizaciones:** en relación a dinámicas, procesos propios y familiares, tanto conscientes, como inconscientes. La fototerapia en este sentido, actúa como potenciador de recuerdos o experiencias, es decir, favorece las reminiscencias al pasado.
- **Modelaje:** permite modelar un comportamiento o actividad deseada.
- **Manejo de una nueva herramienta:** en este caso el aprender a utilizar la cámara y las fotografías con fines terapéuticos, implica la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos, capacidades, formas de comunicación y nuevas estrategias de resolución de problemas.
- **Diagnóstico:** la fototerapia le permitiría al usuario imaginar lo que la persona pensaba en el momento de la fotografía sea ella misma u otra persona, favoreciendo la interpretación y creatividad, además, le permite al terapeuta conocer contenidos e interacciones de dicho sujeto.

La fototerapia también tiene su desarrollo en Inglaterra, donde también se comprende que el acto fotográfico, implica un proceso que tiene en sí mismo un valor terapéutico. Una de las pioneras de la fototerapia durante la década de los 70 fue Joe Spence, de profesión fotógrafa y escritora. Spence recibió el diagnóstico de cáncer de mama a los cuarenta y tantos años, y decidió utilizarse a sí misma foto-terapéuticamente, como una forma de terapia complementaria tratamiento para el cáncer. Spence creó fotografías (autorretratos), en forma de autoterapia, con el fin de documentar su proceso de enfermedad. Este trabajo, le permitió, además, sentar las bases como activista en movimientos en temáticas de mujeres, cáncer y discapacidad. El trabajo creativo de Spence, tuvo más adelante un reconocimiento mundial, producto de la exposición itinerante

denominada “Imagen de la salud”, y que reunió todas las fotografías en torno a su proceso (Dennet, 2009). Ante este proceso creativo y terapéutico, Spence señaló que cuando comenzó a hacerse autorretratos, pudo iniciar un camino de dialogo consigo misma, la posibilidad de re-visar la enfermedad y de hacerse nuevas preguntas sobre sí misma.

Las terapias creativas, entre ellas la fototerapia, son una forma de expresión de la subjetividad, y permiten, a las personas que les es difícil o imposible comunicarse verbalmente, proyectar su mundo interior. De esta manera, el terapeuta puede introducirse en áreas que le son inaccesibles mediante la verbalización (Wheller, 2009). Lo anterior, es un beneficio de la fototerapia, ya que amplía sus posibilidades de uso en personas que les es difícil expresarse verbalmente, como puede ser el caso de las personas mayores que presentan demencia tipo alzhéimer en estados más avanzados de la enfermedad. Rosy Martin, fotógrafa británica que trabajó la fototerapia en la década de los 80, señala que hacer fotografías durante las sesiones, permite hacer visible aspectos y partes del sí mismo que permanecen ocultos en el cotidiano, facilitando la construcción de nuevas narrativas, resultados y transformaciones (Granato, 2011). El hecho de que la fototerapia inste a la construcción de relatos sobre sí mismo, es coherente con el objetivo de los grupos psicoterapéuticos implementados, que buscan que las mujeres participantes puedan reconocer y expresar distintos aspectos de la identidad de la persona.

El proceso fotográfico que está implicado con la subjetividad, está compuesto según Tisseron (2000) por tres pasos: el encuadre, disparo y revelado. Ante los cuales, Viñuales (2016) incorpora, además, la intención y sublimación.

- **Intención:** permite a la persona que fotografía entrar en contacto con la realidad. La intención, está compuesta por un conjunto de motivaciones y procesos inconscientes, que predisponen la posición (y las posibilidades) del fotógrafo, así como refleja su forma de vincularse con el mundo. Se relaciona con el qué fotografiar.
- **Encuadre:** implica una decisión sobre qué parte de la escena, acontecimiento o persona voy a fotografiar. Del encuadre es posible extraer las propiedades estéticas, el sello personal, la importancia que da la persona que fotografía, a los elementos,

detalles o propiedades específicas, las que son siempre distintas, dependiendo de quién fotografía. Además, permite reflejar las nociones de continuidad y fragmentación del espacio. Se relaciona con el cómo fotografiar. El encuadre se vincula con la formalización y apropiación simbólica del mundo.

- **Sublimación:** es una conexión intuitiva entre el fotógrafo y la imagen capturada, la que se genera al captar estímulos no reconocibles a simple vista. Se relacionan con la percepción y compromiso del fotógrafo.
- **Disparo:** implica una decisión de qué aprehenderé del mundo, en qué momento capturar y recortar la imagen.
- **Revelado:** es un proceso de mayor elaboración, que permite decidir qué y cómo queremos que salga en la fotografía, también está el proceso de postproducción. El dejar encerrados componentes de una experiencia en una «caja negra», sea de la máquina fotográfico como de la psíquica, está siempre guiado por el deseo de conservar intactos los componentes no asimilados, para así hacer posible más tarde su asimilación, con la esperanza de despertar, revelar e integrar, con ocasión del descubrimiento de la imagen, todos los componentes de la experiencia, emotivos, cenestésicos, sensoriales, que se encontraban encerrados en la caja negra psíquica, por falta de espacio y tiempo para mostrarse (Tisseron, 2000).

4.1 Reminiscencias.

La reminiscencia, proporciona de forma estructurada una oportunidad para la resolución de algunos conflictos que acompañan los cambios de rol de las personas mayores (Greene, 1986. En Krassoievitch, 2014), y sus cambios a través del paso de los años. La reminiscencia como técnica puede ser de utilidad, sobre todo en pacientes institucionalizados, porque el sujeto puede experimentar conflictos internos entre su concepción de la conducta deseable y las presiones sociales en cuanto a normas y valores (Krassoievitch, 2014). Es por esto, que la reminiscencia permite que la persona retome un sentido de control y dominio sobre las cosas o las circunstancias, que posiblemente ha perdido o ha visto disminuidas durante el envejecimiento, sobre todo en casos de institucionalización. La reminiscencia como técnica, puede utilizarse de manera individual o en grupal, en grupo promueve la socialización, comprensión entre los miembros,

esparcimiento y autoconocimiento (Ebersole, 1978. En Krassoievitch, 2014), de esta manera cada integrante del grupo se percibe a sí mismo y a los otros, como agentes de ayuda. En una revisión de diversos estudios sobre las reminiscencias, los autores identificaron que esta técnica, permite mejorar la comunicación, aumentar el sentido de identidad personal, promover las relaciones interpersonales, para mejorar el estado de ánimo y el bienestar, favorecen la estimulación de recuerdos, así como también puede servir para mejorar la individualización del cuidado (Woods, Spector, Jones, Orrell, Davies, 2009).

Desde la concepción de otros autores, en sí misma la reminiscencia no es un factor de cura, sino más bien es la base sobre la que podrán desarrollarse ciertos factores que podrían llegar a ser beneficiosos para la persona. En relación a esto, Yalom (1986. En Vinogradov y Yalom, 1996) hace alusión a diversos factores curativos asociados a la reminiscencia utilizada en grupos psicoterapéuticos:

- **Aprendizaje interpersonal:** los integrantes del grupo hacen descripciones sobre sí mismos, basándose en experiencias pasadas, y obteniendo retroalimentación actual por parte del resto de los integrantes del grupo.
- **Cohesión:** será factible de producirse cuando el grupo es más bien homogéneo, pero la cohesión grupal también dependerá del uso que cada miembro le dé a sus recuerdos, así como de las habilidades que tenga el terapeuta, quien tiene como objetivo dar lugar significativo a las reminiscencias individuales o grupales.
- **Universalidad y factores existenciales:** el compartir en un grupo los problemas existenciales profundos, podría ser un elemento que permitiera reducir la ansiedad y aceptación serena ante eventos inevitables.
- **Ofrecer información:** ante la emergencia de reminiscencias, es posible otorgar elementos que favorezcan el entendimiento de dicha reminiscencia, sin embargo, dicha interpretación, debe ser esperada y aceptada por el grupo.
- **Desarrollo de técnicas de socialización:** la socialización interna puede mejorar las destrezas en las interacciones y aumentar la estima social, previniendo o disminuyendo así el aislamiento social.

La reminiscencia, a su vez, parece ofrecerse como un mecanismo mediante el cual se pone al descubierto conflictos no resueltos del pasado. Para que la técnica de las reminiscencias pueda lograr ese efecto subjetivo, es necesario que el terapeuta al igual que los integrantes del grupo, estén atentos a actitudes o acciones defensivas de los integrantes del grupo (Poulton y Strassberg, 1986. En Krassoievitch, 2014), las que pueden obstaculizar procesos psíquicos.

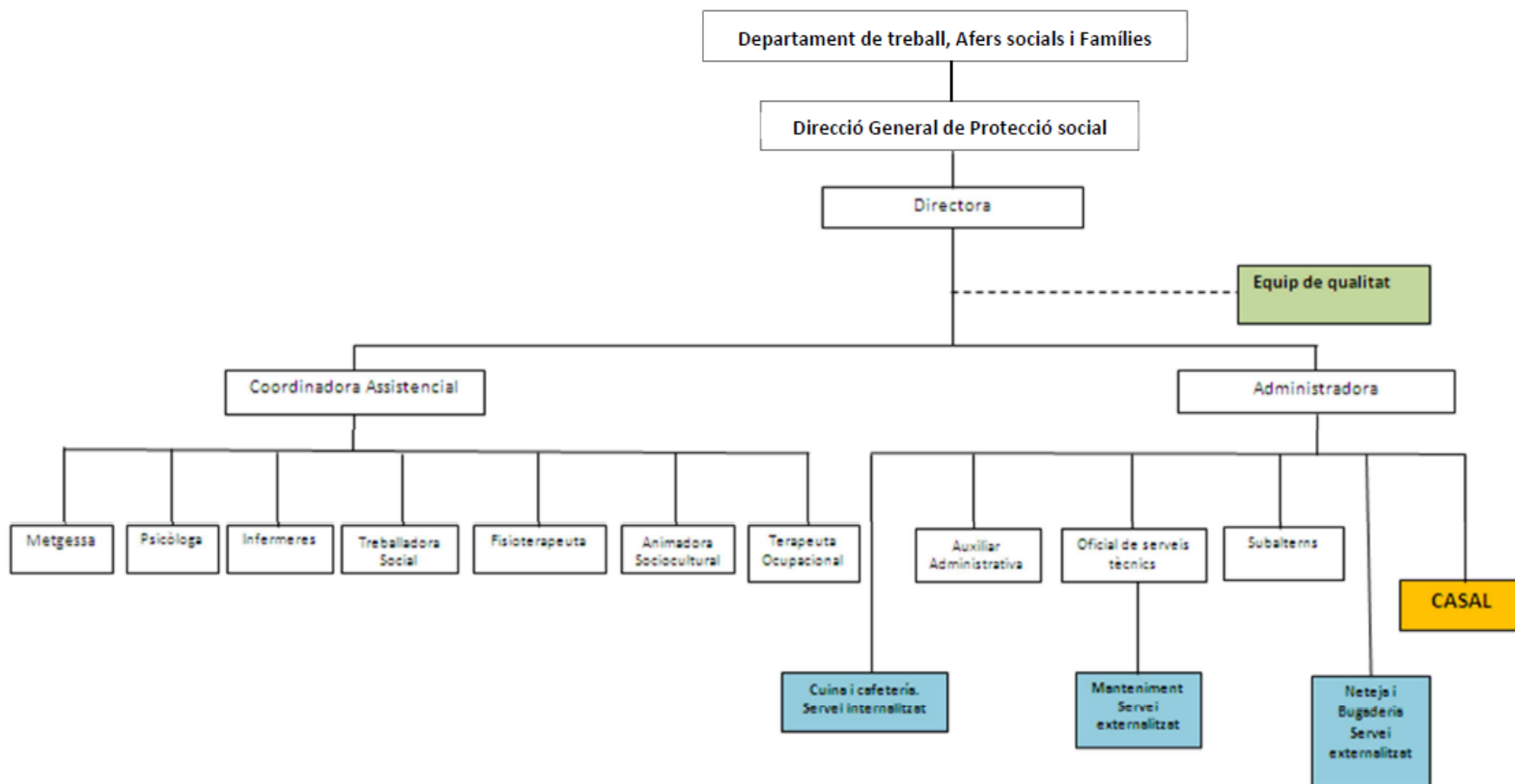
Algunas dificultades o interferencias con las que se puede encontrar el terapeuta en el grupo, son que la reminiscencia no logre su objetivo, se transforma en una forma de oposición o de crítica, que sea imposible conectarla con el presente, o si el modelo ofrecido conlleva respuestas desadaptativas por parte de los integrantes del grupo (Krassoievitch, 2014). Otro autor, menciona que es importante estar atento y tratar con cuidado aquellas reminiscencias que están compuestas por pensamientos obsesivos e intrusivos, pues pueden generar sentimientos de culpa y reacciones de pánico (Sherman, 1985, En Krassoievitch, 2014), pudiendo ser difícil de tratarlas en dicho espacio. En la misma línea, el terapeuta deberá estimular a los integrantes más pasivos, a promover la identificación y relaciones de objeto entre los integrantes del grupo mediante ejercicios estructurados, por ejemplo, preguntado por acontecimientos pasados, sentimientos actuales, promoviendo que el resto del grupo opine respecto a lo que le evoca, generar preguntas abiertas, etc. A sí mismo, el terapeuta debe ayudar a los integrantes del grupo a centrar la atención sobre los sucesos recordados, para que de esta forma la reminiscencia sea clara, precisa y carente de ambigüedades, solo así podrá ser relacionada adecuadamente con la situación presente. Es importante que el terapeuta potencie el trabajo en el aquí y ahora del acontecimiento recordado mediante la interpretación de la reminiscencia, con el fin de intentar una integración del yo, resolver ciertos conflictos subjetivos, entre otros objetivos psicoterapéuticos, que también fueron promovidos mediante la fototerapia (Krassoievitch, 2014).

5. Contexto de los grupos psicoterapéuticos: la residencia asistida pública.

Los grupos psicoterapéuticos sobre identidad y envejecimiento, se llevaron a cabo en las dependencias de una residencia asistida para personas mayores, en la ciudad de Barcelona, la que en términos administrativos pertenece al Departamento de Trabajo, Acciones sociales y de Familia, de la Dirección General de Protección Social de la Generalitat de Cataluña. Se inauguró en el año 1987, y actualmente cuenta con 66 plazas para residentes y 14 para los servicios diurnos. Este centro está destinado a personas mayores que no tengan un grado de autonomía suficiente para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD), que necesitan constantemente atención o supervisión, y que por circunstancias sociofamiliares necesitan sustituir su hogar. El acceso, se realiza según la normativa de la Generalitat de Cataluña, las plazas disponibles dictaminadas por orden de lista regido por el organismo competente.

La residencia está compuesta por un equipo multidisciplinar, el cual realiza diversas actividades a nivel biopsicosocial, orientado según las necesidades de los usuarios/as. El centro cuenta con servicios de alojamiento de residentes, acogimiento de usuarios centro de día, mantención, alimentación, atención personal en las AVD y en los hábitos de autonomía (gerocultoras), prevención y mantención de actividades físicas (médico, enfermera, fisioterapeuta) y de intervención psicológica y estimulación cognitiva, dinamización sociocultural (animadora), lavandería, higiene personal, soporte social y psicológico, atención familiar y dar las garantías necesarias para la asistencia sanitaria. De manera complementaria, se ofrecen servicios de peluquería, podología, biblioteca, cafetería y servicios religiosos.

Organigrama de la Residència:



Fuente: Generalitat de Catalunya, 2016.

6. Criterios de selección de los participantes.

Las características que se consideraron para conformar los dos grupos psicoterapéuticos sobre identidad, envejecimiento y alzhéimer, fueron las siguientes:

1° grupo. Usuarios/as sin diagnóstico asociado a deterioro cognitivo.

- Hombres y/o mujeres pertenecientes a la residencia o centro de día (5 usuarios máximo).
- GDS 1 o 2.
- Que puedan comunicarse verbalmente y generar relato.
- Que no tengan problemas interpersonales entre ellos.
- Presenten motivación e interés a participar de la actividad grupal.

2° grupo. Usuarios/as que presentan diagnóstico demencia tipo alzhéimer.

- Hombres y/o mujeres pertenecientes a la residencia o centro de día (5 usuarios máximo).
- GDS 3 o 4.
- Que tengan posibilidad de comunicarse verbalmente.
- Que no tengan problemas interpersonales entre ellos.
- Presenten motivación e interés a participar de la actividad grupal.

Como estrategia de selección de los participantes, se definió con la psicóloga de la residencia quienes podrían ser los posibles participantes según las características solicitadas para conformar los grupos. Además, para tenerlo en consideración durante la realización del grupo, se conversó sobre algunas dinámicas relacionales y situaciones conflictivas actuales que podrían incidir en desarrollo de los grupos. Se acordaron los materiales a utilizar, el día y horario en que se realizaría los grupos, para evitar que se solaparan con otras actividades del equipo de la residencia.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas (ver anexo n° 1) a 14 usuarios/as (13 mujeres y un hombre) del Centro de Día y de la Residencia. Se entrevistó de forma individual, con el fin de conocer la motivación a participar en los grupos, las dificultades que puedan presentarse en los grupos (movilización, audición, visión, escritura, etcétera), se indagó brevemente en su historia de vida, y en aquellos elementos que pudieran emerger durante en el desarrollo de los grupos. Además, se informó sobre los objetivos y expectativas de su participación en los grupos.

Durante las entrevistas realizadas a las personas mayores, se administraron las siguientes escalas en formato pre y post intervención, para obtener una mayor cantidad de elementos asociados a lo biográfico y la identidad. Estas escalas, se utilizaron sólo en términos cualitativos, no para obtener resultados estadísticos:

- a) **Escala de autoconcepto de ‘Tennessee’** (Fitts, 1965). Para los fines de este trabajo, se utilizó una versión adaptada para personas que presenta demencia tipo alzhéimer realizada por Donna Rose (2001), -ver anexo n° 2-. Esta escala permite codificar aspectos asociados al autoconcepto como identidad, comportamiento y satisfacción, por medio de afirmaciones que describen diferentes dominios: psicológico, moral, personal, familiar y social.
- b) **Cuestionario ‘Twenty Statements Test, TST’** (McPartland, 1971), -ver anexo n° 3-. Mediante este cuestionario, se le solicita a la persona que se describa a sí mismo/a. Se le pide que escriba 20 frases que lo representen y que respondan a la pregunta ¿quién soy yo? De este cuestionario, se pueden obtener variadas categorías asociadas a la identidad (Escobar, Montes y Sánchez, 2015), como las categorías consensuales: asociadas al contenido que la persona expresa sobre sí misma, ejemplo son autoevaluaciones, autoestima, preferencias, creencias, aspiraciones. También pueden ser subconsensuales como indefiniciones, desconocimiento sobre sí mismos, metáforas, etc. Las categorías de referencia: entidades ajenas al sujeto que se está definiendo. Por ejemplo, referencias biopsicosociales, sociales, familiares, grupales, activas, genéricas. Y por último categorías de atributo: vinculado a los adjetivos asociados a la persona que se está definiendo.

- c) **Escala de Satisfacción con la vida, ‘SWLS’** (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985). En esta oportunidad, se utilizó una versión validada para la población española (Vásques, Duque, Hervás, 2012), -ver anexo n° 4-. Por medio de esta escala, se realizó una valoración de la satisfacción en relación a su vida actual, presentada por las participantes de los grupos.

Posterior a las entrevistas iniciales, 10 de las 14 personas tuvieron interés y aceptaron participar de los grupos. Las razones por las que los demás no quisieron participar fue por desinterés en la técnica a utilizar (fotografía), incompatibilidad del horario respecto a otras actividades de alta relevancia personal, por malestar físico producto enfermedades crónicas como artrosis, y otra persona no quiso participar por presentar desánimo y desmotivación desde hace varios meses.

Los 10 participantes se distribuyeron en dos grupos. El primer grupo estuvo compuesto por 5 personas mayores 4 mujeres y un hombre, este último un usuario del Centro de día, de 72 años, con diagnóstico de párkinson sin presencia de trastornos de salud mental ni demencia. A pesar de su gran interés en participar, no pudo asistir a ninguna de las sesiones porque tuvo una fuerte caída que conllevó a que estuviera hospitalizado y luego con reposo absoluto. Finalmente, el grupo de personas sin deterioro cognitivo (GDS 1 o 2) estuvo constituido por 4 mujeres, y el grupo de personas que presentan demencia tipo alzhéimer (GDS 3 o 4), estuvo compuesto por 5 mujeres.

7. Principios éticos y encuadre durante realización del taller.

Los grupos estuvieron diseñados bajo la perspectiva de la Atención Centrada en la Persona (ACP), es por esta razón que tanto los objetivos, estrategias y técnicas se planificaron teniendo como eje central a la persona mayor usuaria, considerando siempre su dignidad y promoviendo su autonomía. Respecto a la intervención, ésta fue siempre flexible y personalizada según las necesidades y características de los participantes, teniendo en consideración así los valores y principios de la perspectiva del ACP (Kitwood, 1993; Brooker, 2013).

Se buscó que fueran respetados los derechos de los participantes durante todo el proceso, al momento de la entrevista y aplicación de las escalas, se le solicitó firmar un consentimiento informado (ver anexo n° 7). Además, se promovió durante sesiones la idea de voluntariedad ante la intervención, confidencialidad, la libertad de retirarse si lo estima conveniente o necesario, etc. A la vez, se acordó con las participantes un encuadre grupal, el que tenía como objetivo el promover el respeto de los otros, así como la atención ante las necesidades y dificultades psicológicas, cognitivas o físicas que pueda tener alguno de los participantes, fomentando así el buen trato y empatía.

Se acordó la necesidad de cumplir con los horarios y normas del grupo. Sin embargo, se mantuvo una postura flexible y comprensiva ante cualquier necesidad o dificultad que presentó alguna de los participantes, que impidiera u obstaculizara su participación a alguna de las sesiones (olvidos, visitas inesperadas de familiares, visitas a profesionales de salud externos a la residencia, etcétera). Se tuvo atención de utilizar materiales y elementos adecuados a las necesidades de las participantes, como por ejemplo hablar con volumen adecuado al grado de audición de los participantes, recordar la realización del grupo días o minutos previos del inicio de cada sesión. A pesar de las precauciones, hubo detalles que no se pudieron controlar, como que a pesar de recordar se olvidaran no sólo de la hora o día de realización del taller, sino también de que efectivamente habían participado en él, lo que ocurrió principalmente con aquellas usuarias que presentan mayores problemas amnésicos producto del mismo envejecimiento o de la demencia tipo alzhéimer.

Al finalizar los grupos, se realizó una exposición con todas las fotografías realizadas por las participantes, y se le anexaron las citas asociadas a cada objeto, persona o momento fotografiado, sin embargo, un error fue escribir las citas con una letra muy pequeña, obstaculizando la lectura por parte de todas las participantes o de otras personas interesadas en leer dichos relatos.

8. Procedimiento planificado y cambios necesarios.

Fue necesario realizar varios cambios a lo largo de la implementación de los grupos lo que modificó la planificación inicial. En primer lugar, se pensó que sería posible tener más tiempo para realizar cada sesión, sin embargo, no fue posible por las diferentes actividades en las que participaban o el horario de llegada de algunas usuarias del centro de día. Se pensó también, que habría tiempo suficiente para iniciar cada sesión con una dinámica de grupo o de activación, y que luego de que se realizaran las fotografías en grupo, habría tiempo para volver a la sala, proyectar las fotografías y generar narración y diálogo en torno a cada fotografía, lo que tampoco pudo realizarse por la falta de tiempo. También en un comienzo se pensó reforzar las reminiscencias, incluyendo fotografías personales y asociadas al objetivo de cada sesión, lo que tampoco fue posible, también por el poco tiempo en cada sesión.

Otro cambio, fue que una de las últimas sesiones tuvo que ser suprimida por dos motivos: uno de ellos era porque el objetivo de esa sesión era que fotografiaran un objeto de las representara, sin embargo, la mayor parte de las participantes presentaban bajo nivel de estudio, pensamiento más concreto, o cierta dificultad para realizar abstracciones, lo que sólo fue posible percibir en las sesiones previas. Otra de las razones por la que se suspendió esa sesión, fue porque se pensó que sería significativo para las participantes preparar en conjunto la exposición final, la que reuniría todas las fotografías realizadas durante las sesiones incluyendo también sus citas. Por lo que en la penúltima sesión realizamos en conjunto la selección de fotografías e hicimos marcos a cada una de ellas, para en la sesión siguiente montar la exposición.

Lo que efectivamente se realizó fue que en todas las sesiones nos reunimos en la misma sala y en el mismo horario, diferenciado los grupos. Se realizaron 8 sesiones de 1 hora, de frecuencia semanal y se acordó realizar los grupos los días miércoles durante la mañana. Se comenzaba conversando sobre cómo estaban, y lo que haríamos esa sesión, luego se hacía preguntas-respuestas de orientación a la realidad (sobre todo con grupo de usuarias que presentan dependencia por demencia tipo alzhéimer), y posteriormente dedicábamos unos 40 minutos a recorrer la residencia con el fin de que las usuarias

fotografiaran lo que correspondiente a cada sesión. Durante este tiempo, fue necesario ir deteniéndonos posterior a cada fotografía realizada, para que las participantes pudieran describir por qué habían decidido realizar dicha fotografía, qué sentían al hacerlo y qué les rememoraba, sus relatos fueron grabados con su autorización, y fueron los que se utilizaron para acompañar las fotografías en la exposición.

9. Técnica de análisis de resultados de los grupos.

En este apartado se comentará sobre dos técnicas que se utilizaron para analizar el proceso de los grupos psicoterapéuticos, por un lado, el enfoque biográfico y por otro lado una pauta observacional diseñada para estos fines.

9.1 Lo biográfico como técnica de análisis.

Lo biográfico como enfoque permite investigar de forma sistemática la vida cotidiana, permitiendo hallar formas de actuar, de pensar, así como creencias y significaciones de las experiencias (Schütze, 2007), acentuando la diferencia y la singularidad (Arfuch, 2013). A su vez, el enfoque biográfico es una oportunidad para intentar dar cuenta de los determinismos sociales que podrían encauzar las trayectorias, considerando a los sujetos como interpretadores de sus propias historias biográficas. Según Alejandro Moreno “una historia de vida es una práctica de vida, una praxis de vida en la que las relaciones sociales del mundo en que esas praxis se dan son interiorizadas y personalizadas: hechas ideografía” (Moreno, 2003. En Guardián-Fernández, 2007, p. 206).

El enfoque biográfico, permite comprender cómo se entreteje lo subjetivo individual en la trama de la estructura social. A partir de esto, se entiende que “sólo a través del relato de su historia como un proceso individual que se desarrolla dentro de un contexto social, podría explicarse el fenómeno... se busca captar la realidad representada, el psiquismo consciente, así como evaluar la “reinterpretación secundaria” que le permite al sujeto analizar su propia biografía y comprender su cultura” (Muchinik. En Salvarezza, 2013, p. 325).

El relato biográfico expresado por la persona, dependerá en gran parte de su capacidad de percepción, memoria, flexibilidad y narración. Esto es relevante a considerar, sobre todo en aquellas personas que presenten un grado de deterioro mayor de la expresión verbal, producto de la demencia tipo alzhéimer.

De igual manera, la reconstrucción a posteriori da una coherencia en la trayectoria biográfica, que podría generar lo que Pierre Bourdieu llama la “la ilusión biográfica” (1986), en un artículo del mismo nombre publicado en 1986, en el cual Bourdieu duda de la autenticidad o incluso la utilidad del enfoque biográfico. Sin embargo, en este trabajo la duda respecto a la veracidad de lo dicho no es relevante, acercándonos así a mencionado por Carlos Piña respecto a su concepción respecto a la historia de vida “no es una recopilación que efectúa la o el sujeto que relata su vida, sino que es una invención, la elaboración de un discurso, donde las mentiras y los olvidos “valen” tanto como los recuerdos y las confesiones, en tanto a través de ellos se aspira a construir una imagen, una representación” (Piña, 1988. En Guardián-Fernández, 2007, p. 206).

La inasibilidad de la experiencia ajena, mejora o permite, la apertura a múltiples sentidos y significados, pues no intenta comprender la vida del otro de una determinada manera o de encasillarla en una clasificación, sino más bien apunta a lo singular, las vacilaciones, desvíos y hallazgos inesperados (Arfuch, 2013). De esta manera, al realizar el enfoque biográfico, busca no sólo los hechos, sino también las “huellas, ecos y asociaciones, signos e imágenes que habitan desordenadamente cada ser” (Arfuch, 2013, p. 53).

Las huellas biográficas al ser narradas a otro, intentan expresarse de manera coherente para que puedan ser comprendidas por el oyente, mediante dos principios: de **continuidad** y **causalidad**. El primero, se refiere a la organización temporal que mantiene la narración, lo que favorece una cierta secuencia. El principio de causalidad por su parte hace referencia a que los acontecimientos narrados se conectan unos a otros, permitiendo una explicación de los acontecimientos (Linde, 1993. En Villar y Triadó, 2006).

9.2 Pauta observacional de los grupos: Dementia Care Mapping (DCM).

El Dementia Care Mapping (DCM), es un instrumento creado en Inglaterra en el año 1997, por los investigadores del Bradford Dementia Group. Fue definido por Kitwood como un serio intento de tomar el punto de vista de la persona con demencia, utilizando una combinación de empatía y habilidad de observación (Kitwood, 1997). En concreto, este instrumento se utiliza para evaluar el desarrollo y los procesos en el rubro asistencial, con foco en la atención centrada en la persona que presenta demencia (Brooker, 2013). Este instrumento observacional, permite dar datos objetivos respecto a la persona que presenta demencia y su relación con el entorno en que habita, en específico da a conocer “cómo la persona con demencia se ve perjudicada por la presencia de una psicología social maligna en la que las relaciones interpersonales no favorecen el mantenimiento del estatus de -ser persona-” (Vila, 2010, p. 111).

Para los fines del presente trabajo, el DCM fue utilizado como referencia en ambos grupos psicoterapéuticos, para diseñar una pauta semiestructurada de observación, mediante la cual se pudiera obtener información sobre los estados subjetivos y dinámicas relacionales que se establecieron al interior de los grupos. Esta pauta observacional, fue aplicada al término de cada sesión por la psicóloga a cargo de los grupos psicoterapéuticos, y permitió construir un recorrido sobre los cambios que emergieron en las participantes a lo largo de las sesiones, tanto a nivel personal como interaccional.

La observación mediante el DCM, permite codificar información en cuatro niveles (Brooker, 2013):

1. **Bienestar o malestar emocional** que presentaron las participantes, y que fue posible de conocer mediante la observación de las expresiones del estado de ánimo, las actitudes no verbales, así como por el nivel de implicación personal dentro del entorno, en este caso del grupo.
2. **Naturaleza del comportamiento**, es posible describirlo por medio de 24 categorías predefinidas que ofrece el DCM. Estas categorías representan las ocupaciones, actividades o comportamientos que pueden llegar a ser más frecuentes en un centro o residencia. En la pauta diseñada para los grupos, se focalizó solamente en el grado de implicación.

- 3. Detractores o potenciadores personales**, este es un nivel que se evalúa a través de la interacción entre el personal de atención y los residentes, en este caso la interacción entre las integrantes del grupo y la psicóloga a cargo de los grupos. El DCM ofrece 17 potenciadores y distractores, que se dividen en 5 necesidades psicológicas básicas, las que si son satisfechas “ayudan a las personas con demencia a sentirse relajados, seguros, cómodos, valorados y útiles” (Vila, 2010, p. 112).

Las necesidades psicológicas básicas son definidas por Kitwood y descritas por Brooker (2005), y son las siguientes:

- *Confort*: mostrarse cómodo y cálido ante los demás. Se asocia a la ternura, proximidad y ofrecimiento de ayuda a otros.
 - *Identidad*: saber quién es y tener sentido de continuidad.
 - *Apego*: necesidad de sentirse cercano a otros.
 - *Ocupación*: sentirse implicado en la vida, con posibilidad de impactar en el entorno.
 - *Inclusión*: formar parte de un grupo.
- 4. Indicadores de calidad de vida**, entre los que se destacan la implicación positiva, diversidad ocupacional, niveles de angustia o agitación, implicación pasiva, etc.

10. Descripción de cada sesión de los grupos psicoterapéuticos:

Sesión	Objetivos	Actividades	Metodología	Conceptos teóricos	Materiales
1	<p>1. Que las participantes conozcan sus nombres, intereses y expectativas sobre el taller. Se anotarán nombres para identificarse entre ellos.</p> <p>2. Presentación de los objetivos del taller, metodología general y encuadre del grupo.</p> <p>3. Información sobre qué es la fotografía y para qué sirve.</p> <p>4. Aprender a usar la cámara fotográfica digital.</p>	<p>- Dinámica de grupo inicial: presentación, expectativas de los participantes, así como exposición de objetivos y encuadre del taller grupal. Se realiza breve ejercicio de activación y de orientación a la realidad.</p> <p>- Actividad:</p> <p>Presentación sobre qué es la fotografía y para qué sirve terapéuticamente. Fotografía y narrativa libre.</p> <p>Se eligió un nombre para el grupo.</p>	<p>En primer lugar, se presentarán los participantes y la psicóloga. Luego se trabajará sobre qué es la fotografía, para qué sirve y cómo se usa. Posteriormente se realizará actividad para que aprendan a fotografiar, se proyectarán, se hablará libremente sobre las fotografías que se hicieron durante la sesión. Finalmente se realizará actividad relajación breve de cierre.</p>	<p>Fotografía como posibilidad de describir la realidad (Short, 2013).</p> <p>Fotografía puede ser terapéutica, porque activa creatividad e imágenes internas, como la resiliencia y empoderamiento (Viñuales, 2016).</p> <p>Fototerapia, permite canalizar y profundizar conocimiento interno (Weiser, 2010)</p>	<p>Sillas, mesas</p> <p>Cámara fotográfica</p> <p>Grabadora</p>

2	<p>1. Trabajar la reminiscencia y fototerapia.</p> <p>2. Reforzar cómo se usa cámara fotográfica.</p> <p>3. Tema sesión: recordar o buscar, y fotografiar lugares relevantes y significativos dentro de la residencia.</p>	<p>- Dinámica de grupo inicial: Se pregunta uno a uno cómo se sienten hoy, y se realiza breve ejercicio de activación y de orientación a la realidad.</p> <p>- Se retoma la sesión pasada, y se refuerza cómo usar cámara fotográfica.</p> <p>- Actividad:</p> <p>Realizar fotografía del lugar favorito en la residencia, donde hacen lo que más les gusta, o donde se sienten bien o cómodos y generar una narración en torno a dicha fotografía.</p>	<p>Con el grupo de las participantes que no presentan alzhéimer, se conversó en sala primero los lugares que les gustaría fotografiar, luego recorrimos en conjunto dichos espacios. En el otro grupo, de las participantes que presentan dependencia por alzhéimer fue necesario ir recorriendo distintos lugares, para que a partir de lo que veían pudieran optar por alguno lugar de su preferencia, esto porque les fue más difícil recordar sin un estímulo directo.</p> <p>Con cada grupo, durante el recorrido se preguntó a cada participante, por qué ese lugar es significativo, y que les recordaba.</p>	<p>Es relevante que, en la atención individualizada, se consideren las preferencias personales, asociadas a las rutinas, actividades y lugares en los cuales los usuarios sienten seguridad, confianza y comodidad (Brooker, 2013).</p>	<p>Sillas, mesas</p> <p>Cámara fotográfica</p> <p>Grabadora</p>
---	---	---	--	---	---

<p>3</p>	<p>1. Trabajar la reminiscencia y fototerapia.</p> <p>2. Reforzar cómo se usa cámara fotográfica.</p> <p>3. Tema sesión: recordar o buscar, y fotografiar objetos más valorados por las participantes.</p>	<p>- Dinámica de grupo inicial: Se pregunta uno a uno, cómo se sienten hoy y se realiza breve ejercicio de activación y de orientación a la realidad.</p> <p>- Se retoma la sesión pasada, y se refuerza cómo usar cámara fotográfica.</p> <p>- Actividad:</p> <p>Realizar fotografía de objetos favoritos generar una narración en torno a dicha fotografía.</p>	<p>Con cada grupo recorrimos distintos lugares de la residencia, para que cada participante fotografiara el o los objetos que más le gusten y más utilizan, y que son más significativos para ellas. Durante los recorridos fuimos conversando sobre por qué esos objetos eran importantes y qué les rememoraban.</p>	<p>Los objetos conocidos son referencias fundamentales, ya que vinculan el presente con el pasado, lo desconocido con lo familiar. Además, en personas que presentan demencia avanzada se tiende a perder la capacidad de aprender a utilizar nuevos aparatos, mientras que con los antiguos las pautas están bien aprendidas (Brooker, 2013).</p>	<p>Sillas, mesas</p> <p>Cámara fotográfica</p> <p>Grabadora</p>
-----------------	---	---	---	--	---

<p>4</p>	<p>1. Trabajar la reminiscencia y fototerapia.</p> <p>2. Reforzar cómo se usa cámara fotográfica.</p> <p>3. Tema sesión: vínculos significativos que se forman en la Residencia.</p>	<p>- Dinámica de grupo inicial: Se pregunta uno a uno, cómo se sienten hoy y se realiza breve ejercicio de activación y de orientación a la realidad.</p> <p>- Se retoma la sesión pasada, y se refuerza cómo usar cámara fotográfica.</p> <p>- Actividad:</p> <p>Realizar fotografía con las personas más cercanas de la Residencia generar una narración en torno a dicha fotografía.</p>	<p>Con cada grupo fuimos recorriendo distintos lugares de la residencia, para que cada participante pudiera fotografiar o fotografiarse con las personas de la residencia que considera más cercanas. Con el grupo de las participantes que presentan demencia tipo alzhéimer, fue necesario ir por separado con cada una de ellas, buscando a las personas que podrían ser importantes, porque al preguntarles no daban una respuesta espontánea, por ejemplo, decían “todas son importante o no sé”.</p> <p>Durante el recorrido, se grabaron las narraciones, se les preguntó por qué esas personas son importantes para ellas y se focalizó en las dinámicas con las personas que se han se han fotografiado y con las personas significativas que tienen fuera de la residencia.</p>	<p>Entorno social: toda vida humana se cimienta en las relaciones. Sin embargo, hay indicadores claves que pueden mejorar el estado de bienestar de la persona y reforzar los vínculos, como la inclusión, respeto calidez, validación, permitir la autonomía y aprendizaje, y hacerlos sentirse parte de la sociedad (Brooker, 2013)</p>	<p>Sillas, mesas</p> <p>Cámara fotográfica</p> <p>Grabadora</p>
----------	---	---	---	---	---

<p>5</p>	<p>1. Trabajar la reminiscencia y fototerapia.</p> <p>2. Reforzar cómo se usa cámara fotográfica</p> <p>3. Tema sesión retratar a alguien del grupo, para ir acercándonos al autorretrato.</p>	<p>- Dinámica de grupo inicial: Se pregunta uno a uno, cómo se sienten hoy y se realiza breve ejercicio de activación. Orientación a la realidad.</p> <p>- Se retoma la sesión pasada, y se resuelven dudas sobre cómo usar cámara fotográfica.</p> <p>- Actividad:</p> <p>Realizar retrato a una compañera del grupo, generar una narración en torno a dicha fotografía.</p>	<p>En grupo fuimos recorriendo distintos lugares de la residencia, para que cada participante pueda fotografiar a otra compañera en el lugar que quiera.</p> <p>Durante el recorrido se les preguntó cómo piensa que se siente, que cambios cree ha tenido físicamente (uso de silla ruedas, bastón, audífonos, lentes, pañales, etc) y si se ve reflejado en ellos. ¿Cómo es el otro? Se tomará nota de las citas que reflejen las ideas sobre los cambios corporales, y las frases que reflejen empatía respecto al proceso de envejecimiento del otro.</p>	<p>Entorno social: toda vida humana se cimienta en las relaciones. Sin embargo, hay indicadores claves que pueden mejorar el estado y bienestar de la persona y reforzar los vínculos, como la inclusión, respeto calidez, validación, permitir la autonomía y aprendizaje, y hacerlos sentirse parte de la sociedad (Brooker, 2013)</p>	<p>Sillas, mesas</p> <p>Cámara fotográfica</p> <p>Grabadora</p>
----------	---	---	---	--	---

<p>6</p>	<p>1. Trabajar la reminiscencia y fototerapia</p> <p>2. Reforzar cómo se usa cámara fotográfica</p> <p>3. Tema sesión el autorretrato.</p>	<p>- Dinámica de grupo inicial: Se pregunta uno a uno, cómo se sienten hoy y se realiza breve ejercicio de activación. Orientación a la realidad.</p> <p>- Se retoma la sesión pasada, y se resuelven dudas sobre cómo usar cámara fotográfica.</p> <p>- Actividad:</p> <p>Realizar un autorretrato, y generar una narración en torno a dicha fotografía.</p>	<p>Se decidió en conjunto un lugar donde les gustaría realizar su autorretrato, se hizo uso de un espejo de tocador para que previa a la fotografía tuvieran un tiempo para mirarse detalladamente. Fue en ese momento donde comenzó a aparecer el relato en relación a los cambios corporales y subjetivos, producto del proceso de envejecimiento.</p> <p>Con el grupo de las participantes que no presentan dependencia por demencia tipo alzhéimer, el proceso fue distinto porque utilizaron la sesión para dialogar en torno a situaciones o eventos pasados y en común, haciendo uso así de las reminiscencias. Producto de esto, se tuvo que buscar otros momentos para realizar los autorretratos por separado. Se les preguntó qué sentían cuando se veían en el espejo, qué pensaban sobre ellas mismas y se focalizó en los cambios corporales, y subjetivos qué ha cambiado, qué se mantiene con los años. ¿Quién fui y quién soy?</p>	<p>La fotografía como retrato, permite devolver a una persona una imagen de sí misma, que puede o no representar la realidad (Short, 2013).</p> <p>La identidad “consiste en saber quiénes somos y en la sensación de continuidad con el pasado. También se identifica con tener y mantener una historia vital, ya sea por parte de la propia persona con demencia o, si ya no es posible, por la gente que conoce y la aprecia” (Brooker, 2013, p. 93).</p>	<p>Sillas, mesas</p> <p>Cámara fotográfica</p> <p>Grabadora</p> <p>Espejo</p>
----------	---	---	---	--	---

7	Preparación de la exposición y hacer cierre del grupo.	- Actividad: Preparar exposición	Nos reunimos en una sala, se les solicitó a las participantes de cada grupo que escogieran las fotografías que querían que estuvieran en la exposición (por lo menos una por cada sesión), y luego realizaron los marcos de algunas de las fotografías.	-----	Sillas, mesas Cartulinas de colores Tijeras Pegamento
8	Montar exposición	- Actividad: Montar exposición	Se trabajó con algunas de las participantes del grupo, para montar la exposición.	-----	Fotografías enmarcadas Cinta adhesiva Documento explicativo sobre los objetivos del grupo.

V. REVISIÓN DEL PROCESO DE LAS PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS “IDENTIDAD Y ENVEJECIMIENTO, DESDE LA FOTOTERAPIA Y LAS REMINISCENCIAS”.

En este apartado, se detallarán el proceso que transitaron las mujeres mayores en los grupos psicoterapéuticos ‘identidad, envejecimiento y alzhéimer, desde la fototerapia y las reminiscencias’. En primer lugar, se describirá brevemente la biografía de cada participante, luego se expondrá su recorrido fotográfico en torno a las sesiones de los grupos.

La descripción de las participantes incluye algunos de los aspectos biográficos más relevantes narrados por ellas. Dicha información, se obtuvo mediante las entrevistas biográficas semiestructuradas realizadas previo al inicio de los grupos, y que se complementaron con las respuestas dadas en escalas TST, SWLS y Tennessee, que se aplicaron tanto antes como al término de la intervención. Por medio de las entrevistas y escalas, se conocieron elementos biográficos de las participantes en torno a los siguientes aspectos: los motivos personales por los que ingresaron a la Residencia o Centro de Día; las características de las enfermedades actuales, los problemas de memoria y demencia tipo alzhéimer en caso de presentarla; problemáticas de salud mental; nivel de estudio y áreas laborales en las que se desempeñaron; aspectos vinculados a sus familias de origen y actuales; relaciones interpersonales que se establecen tanto con el resto de los usuarios/as o con el personal de la Residencia o Centro de Día, y por último se realiza una síntesis de los principales elementos asociados a la identidad y narrados por cada una de las participantes.

Posterior a la descripción biográfica de cada participante, se expondrá el recorrido fotográfico que realizó cada una de ellas. Además, facilitado por las técnicas psicoterapéuticas de la fototerapia y las reminiscencias, fue posible sumergirse en las narrativas de las participantes, en torno a 4 aspectos vinculados a la identidad personal y relacionados con la residencia: los **lugares** significativos para ellas en la residencia, los **objetos** que son significativos y que tienen un valor particular, las **personas** y relaciones interpersonales que son valoradas y por último el **autorretrato**, como espejo de la imagen personal y de la autoconcepción, tanto a nivel físico como subjetivo.

1. Grupo “el lobo feroz”

El primer grupo psicoterapéutico, denominado por una de las participantes como el “lobo feroz” haciendo alusión al cuento de la caperucita roja. Este grupo estuvo compuesto por 5 mujeres provenientes del Centro de Día o de la Residencia, quienes presentan diagnóstico de demencia tipo alzhéimer, en grado GDS 3 o 4. A continuación, se describe a cada una de las integrantes de este grupo psicoterapéutico, su recorrido fotográfico y las narrativas asociadas a cada fotografía.

1.1 Paquita.

Paquita tiene 75 años, nació en Barcelona y actualmente vive sólo en su piso en el barrio de Gràcia. Ingresó al Centro de día el 2016, porque presenta dos patologías médicas, demencia tipo alzhéimer, sin alteración del comportamiento y párkinson. A su vez tiene dos diagnósticos de salud mental, trastorno distímico y de ansiedad generalizada. Además, menciona que tuvo un trauma en su infancia, que la llevó durante su adolescencia y juventud a tratarse psicológica y psiquiátricamente, menciona que por eso ella tiene esa forma de ser “la pasé mal cuando estaba mi papá, sobre todo lo pasó mal mi madre, la hacía pasar por un agujero de una aguja, él es responsable...”.

Paquita estudió en un colegio de monjas, no era sobresaliente en los estudios, menciona “no he sido una gran estudiante, pero las ayudaba”. Luego estudió letras hasta los 16 años, aunque le hubiese gustado seguir estudiando y dedicarse a la enfermería, dice que es algo importante que no pudo realizar. Posteriormente trabajó como dependienta en una tienda, “aunque quería ser peluquera, salí de ahí para casarme”, señala. Al estar casada, trabajó medio tiempo como dependienta, sin embargo, tuvo que dejar su trabajo completamente para dedicarse al cuidado de su madre. De su familia de origen tiene muy buenos recuerdos “de mi madre, tío abuelo y abuelos estoy orgullosa”, la excepción es su padre, quien era violento y ejerció malos tratos hacia su madre y Paquita “de mi padre recuerdo lo malo de él, olvidamos lo que queremos olvidar, lo bueno se va, tengo sueños traumáticos, salía lo que está en el subconsciente, lo que había pasado cuando niña, no sé cómo borrarlo, pero no le tengo rencor”, señala. Paquita se casó cuando tenía unos

veintitantos, con su esposo han tenido buena relación “comemos juntos, compartimos... siempre fuimos felices”, señala. Tuvieron dos hijos un hombre y una mujer, con ellos mantiene una relación de confianza, y preocupación, aunque en momentos discuten por malos entendidos, y por el carácter de Paquita “todos bajo el ala”, señala. El esposo de Paquita vive en la misma Residencia, presenta un párkinson severo que lo mantiene la mayor parte del tiempo postrado, y con gran dificultad para expresarse, mantienen una relación cercana.

Paquita señala tener buena relación con el resto de los residentes, pero que son escasas las relaciones de amistad que puede generarse en dicho espacio, menciona “en general me llevo bien, no soy peleona, no me meto con nadie. En eso soy como mi madre, si me interesa alguien me acerco...”. Tiene una amiga, con quien conversa y tiene una relación más cercana “ella es un sol”.

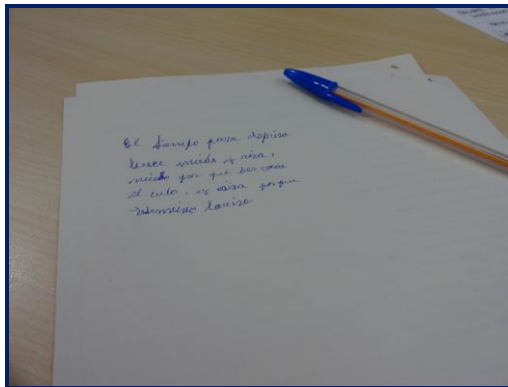
Paquita se caracteriza a sí misma como una persona “normal como los otros”, y parecida a su madre. Se considera sana físicamente, aunque no mentalmente, no por los problemas de memoria, sino por los “nervios”, que los asocia a la relación con su padre. No se considera atractiva, porque dice que sería pretencioso. Menciona ser una persona difícil y exigente consigo misma “pienso que podría ser mejor y más”, así mismo dice ser drástica “ni tibios, ni templados”. Refiere ser una mujer trabajadora, y que le gusta hacer cosas como crear, pintar y la poesía. Menciona que le gusta compartir, y que no le gusta estar mal con las personas “no soy polvoreda”, refiere respetar y ayudar a los demás, y que le entristece cuando no se lo permiten, ante esto mismo menciona, “me quedaría sin comer, para darle a otros, lo he visto en mi madre”. Se caracteriza como una persona creyente, decente y moral. Frente a esto último, menciona que procura apartarse de las personas cuando percibe que le harán daño “el río en el medio, decía mi madre”. En general refiere que considera buenas sus condiciones de vida y que se siente satisfecha sobre todo al pensar en su familia, excepto con las injusticias del mundo y con la relación y forma de ser que tuvo su padre.

Fotografié mi lugar favorito en la residencia: “La sala de espera con cuadros”.



- **Patricia:** “¿Por qué te gusta este lugar?”
- **Paquita:** “Porque es un sitio tranquilo, hay cuadros, y todo esto relaja a la persona, es muy importante y porque hay una planta, y eso también da mucha vida. Me recuerda a una exposición”. “La pintura me gusta mucho... una pintura siempre gana, mientras más la mira vas encontrando cosas más bonitas... Me encuentro muy bien entre medio de cuadros, me pasaría la vida mirando exposiciones. Viene de familia, el hermano de mi madre, un tío ha hecho unos cuadros, él ya murió y mi hijo es igual que él, también hace cuadros. Tengo la casa llena, parece una exposición... Y mi abuelo diseñaba muebles y era ebanista, y los muebles de la habitación de mis abuelos eran hechos por él... Mi abuelo mientras sus clientes le iban contando, iba dibujando y decía -es eso lo que le gustaría- y aquella señora encantada decía -sí hágamelo-, yo era pequeña...”

Fotografié mi objeto favorito en la residencia: “Un lápiz y papel para escribir poesía”.



- **Paquita:** “Para mí de lo que está aquí lo importante es un lápiz y un papel, porque me gusta mucho escribir y dibujar, escribir, sobre todo. He hecho y hago poesía, me gusta mucho la poesía. Y lo que pasa que eso me avergüenza un poco, porque tengo bastantes faltas de ortografía. Me gusta escribir, pero como más me gusta escribir es en catalán, porque es como siento, pero... es peor para mí porque tengo más faltas en catalán que en castellano, porque es muy difícil el catalán, no se acaba todo porque has nacido en un sitio, hay que estudiarlo”
- **Patricia:** “¿qué tipo de poemas te gusta escribir, de qué temas?”
- **Paquita:** “cualquiera... Mi hija a veces se han casado amigas suyas, y me han dicho tiempo atrás, de la chica del Perú, me dijo: -mama se va a casar Vivi-, y le dije ya lo sé, escríbele una poesía y le digo vale, y le hice una poesía, algo de las campanas ‘cuando suenas las campanas. Le gustó muchísimo, porque siempre me dicen hazme una poesía, hazme una poesía...”
- **Patricia:** “¿entonces por qué es importante para ti escribir poemas?”
- **Paquita:** “porque creo que es verdadero lo que dice, yo así lo creo”
- **Patricia:** “¿te recuerda algo escribir poemas?”
- **Paquita:** “sí que me gusta, tengo más facilidad en hacer esto, que quizás hacer otra cosa, que tal vez para otra persona sea más fácil. Por ejemplo, mi hija cuando iba al colegio, ahora ya no escribo nada, pero cuando iba al colegio Verónica me decía ‘mamá ayúdame con una poesía, que tengo que hacer escritura libre, y siempre que llevo algo dirigido por ti siempre gano’, siempre ganaba el primer premio jajaja”.

Retraté a persona importante para mí en la residencia: “Margarita, residente y participante de este grupo”.



Paquita: “Mi marido es importante aquí y en casa... pero yo con la que me siento mejor, aquí está: la Margarita, desde el primer momento hemos congeniado, ¿desde el primer momento hemos tenido buen feeling sabes?, eso que te sientes bien con una persona. Yo me hallo bien con todos, no tengo problemas, y si lo tengo procuro pasarlo por alto. Pero así... que me encuentre mejor, desde el principio de la forma de ver las cosas y de pensar ha sido con Margarita”

Mi autorretrato: “Parezco una tita muerta”.



- **Patricia:** “¿tú qué crees, has cambiado con los años?”
- **Paquita:** “y tanto... más que nada en el cuerpo... que, en vez de crecer a lo alto, crecemos a lo ancho... Y si tienes espejo lo verás claro. Y la ropa que te pones, tú te miras y parece que eres la misma, pero no lo eres... Cuando somos adultos crecemos, pero a lo ancho...”
- **Patricia:** “¿cómo era la Paquita cuando joven?”
- **Paquita:** una persona es difícil describirse a sí mismo... Cosas que hacen reír, por ejemplo, cuando conocí a mi marido... todo el mundo nos encojemos, él era bastante más alto que yo... entonces yo me veía más baja, yo quería ser más alta, entonces me compraba unos tacones de aguja, como dicen... pero todas las calles tenían adoquines... se cargaban los tacones... entonces se rompían... Así estaba más anivelada con él... Cuando mayores nos encogemos, pero nos ensanchamos.
- **Patricia:** **mírese en el espejo, ¿qué ves, ¿cómo te ves?**
- **Paquita:** parezco una tita muerta... me veo como soy yo, fea... fijate me he hecho mechas, y ya han salido los blancos, no me gusta el blanco (canas), han crecido que dan miedo, porque quiere decir que me hago más vieja... he salido horrorosa, parezco un barril...
- **Patricia:** **¿podrías decir algo bueno de ti?**
- **Paquita:** es que hay personas que se ven muy perfectas, yo no soy así, me veo muy vulgar, normal tirando pa fea... Tantos chicharrones tengo por aquí... Se ve todo, todo es verdad como me decía mi mamá... pillan a un embustero antes que a un cojo... Parezco un padre, un cura, si uno se ríe de uno mismo es mejor... Sabes no sé si a todo el mundo le pasa igual, no sé pero en las fotos me veo muy diferente, quizás puede ser que no sé, no me imagino como soy en realidad, a lo mejor yo me miro al espejo, me estoy peinando, arreglando, y me veo a lo mejor mis ojos interiores y son los que te cambian la imagen, ¿me entiendes? Siempre me ha pasado, o sea no he llegado a extremos, de aquella mujer que les conté que decía que no era ella”.

1.2 Pepita J.

Pepita tiene 87 años, ella no recuerda su edad menciona tener unos sesenta y tantos... Nació en la provincia de Córdoba y vivía hasta hace unos meses en el Barrio de Gràcia con una de sus hijas. Comenzó a asistir al Centro de Día producto de una demencia tipo alzhéimer en grado GDS 3/4, sin alteraciones del comportamiento, como señala su historial clínico, y hace un par de meses producto de la liberación de una plaza, comenzó a vivir en la Residencia. Frente a los problemas de memoria, Pepita señala, que “hay veces se olvidan las cosas... hay cosas que incomodan, una mala mata... a veces estoy de más mala memoria, los nervios o te pilla mal el cuerpo, sale sin esperarlo”. Frente a la dificultad que tiene de recordar, no manifiesta sensación de incomodidad o ansiedad, sino más bien lo interpreta como un problema más “una mala pata” y a la vez como una oportunidad para olvidar lo malo. Ante la posibilidad de perder la cabeza, menciona que “no lo pienso, pero lo perderé. Procuero que no pase, voy mejor, hacer como que no sabe nada”.

Pepita menciona que fue pocos años a la escuela, y aprendió a “escribir y leer un poquito, un poquito más que mucho”. Comenzó a trabajar desde muy joven, haciendo las labores de la casa a diferentes familias, pero por largos periodos “los conocía por muchos años, cuando les hacía falta me llamaban a mí, eran buena gente”. Respecto a su familia de origen menciona que tuvo muchos hermanos y que los mayores tuvieron la posibilidad de ir al colegio. Pepita fue la del medio, por lo que pudo ir un par de años a la escuela y luego retirarse para cuidar a sus hermanos pequeños. “hemos salid bien, me ha enseñado mucho de lo que sé (su madre), éramos felices con poquito, no faltaba nada... Ya somos la mitad, mi madre tuvo muchos hijos, nos apoyamos”. De su padre menciona que “era un trabajador, trabajaba con una familia rica, nos traía cosas...”. Varios de sus hermanos han fallecido, con los que están vivos se visitan rara vez.

Pepita tuvo 3 hijas, dedicó su vida para que ellas tuvieran una mejor vida “siempre estoy ahí, ellas iban al colegio y yo a trabajar... ellas son encantadoras... me quieren todos, mis hijas, mis yernos”. De su familia menciona “nos vemos, nos queremos, me dan consejo, pero no me dicen no hagas esto o esto otro. No nos metemos unos con otros, me dan mano sin que yo pida”. Pepita ha tenido buena relación con toda su familia, excepto

con su esposo, quien falleció hace algunos años. De la relación con él menciona “ahora hago lo que quiero”.

Al preguntar cómo es Pepita, ella menciona “no sé ni cómo soy”. Sin embargo, al seguir indagando refiere que es una persona buena, feliz, tranquila, muy fuerte, pobre pero muy honrada y sencilla “no tengo nada, pero soy feliz”, que no tiene manías, pero que es muy difícil. Se considera una persona que ha sabido salir adelante, que ha tenido que trabajar mucho para vivir bien, una mujer que va a su manera y que se las arregla bien “vivo al día, pero bien”. Además, menciona que se rodea de buena gente “mis hijas son encantadoras... me quieren igual que mis yernos”. Le gusta ayudar a los demás “hecho mano, no miro a quién ni cómo... hago cosas para que sea feliz la persona y yo también”. En cambio, no le gustan los chismes, disgustos, ni líos “me hago la tonta para no tener follones... me defiendo, soluciono las cosas a mi manera”. Por lo mismo, también tiende a alejarse de las personas que puedan hacerle sentir mal o le hagan daño, “a palabras que no me gustan, palabras rotas... si me hacen algo, me voy no quiero que me hagan daño”. En relación a lo cotidiano, menciona que gusta dar consejos, así como también hacer cosas nuevas, “sus trabajitos, pintar, dibujar, aunque no lo haga muy bien”. En cambio, menciona que aquello que no le gusta prefiere ni pensarlo. Y a la vez se caracteriza como una persona que no recuerda muchas cosas. Pepita refiere “ser así, de una manera, llevarlo lo mejor posible... así somos, no puedo cambiar” señala al finalizar su caracterización.

En general Pepita dice que las condiciones en las que vive son buenas y que está mayormente satisfecha con su vida, sobre todo ahora que no vive con su esposo (con quien tenía una mala relación, basada en los malos tratos), ella misma menciona: “tanto no, soy feliz a mi manera. No tengo marido, ni quien me quite. Hago porque quiero, me dejan. Echo mano a otros... Algunas cosas (cambiaría), por tonterías (las personas) a veces se enfadan. No nos disgustemos. Hago lo quiero ¿eres libre?, soy libre, ya no tengo marido, mi madre daba consejos. Salgo adelante.”.

Fotografié mi lugar favorito en la residencia: “El comedor del Casal”.



- **Patricia:** “¿por qué te gusta este lugar?”
- **Pepita J:** “están leyendo, un periódico... es bonito, pasan cosas, se ríe uno mucho... Yo he venido aquí pero un rato, pero no sé qué hice aquí, no me acuerdo cuando, pero estuve aquí. Este lugar me gusta, es bonito, no sé por qué me gusta, pero me gusta, es muy majo. El comedor mismo, hay mucha gente y está bien. Hay gente mira afuera, tienen distracciones. El ratito que están aquí, están disfrutando. Es lo que yo pienso”

Fotografié mi objeto favorito en la residencia: “Los dibujos que coloreo”.



- **Pepita:** “Ay! que yo no tengo idea... A mí me gusta eso un lápiz para hacer cosas, y dibujar, eso es una cosa que me distrae mucho. Y no sé qué decirte más porque hay muchas cosas...”
- **Patricia:** “tú me dices que tú gusta dibujar y pintar...”
- **Pepita:** “sí eso mismo, si puedo y tengo medios, me gusta hacer cosas de esas”
- **Patricia:** “tu estaban con la Yolanda en las manualidades, ¿te gusta?”
- **Pepita:** “sí eso de pintar, dibujar, o yo que sé, hay muchos nombres”
- **Patricia:** “¿por qué te gusta dibujar y pintar, que te pasa con eso?”
- **Pepita:** “me pasa que me distraigo mucho, y además porque hago lo quiero, yo a mi manera me invento cosas, me hace ilusión... Me invento alguna cosa y lo hago, sea más bueno, más malo, no le doy importancia, la importancia es que me distraigo mucho”

Retraté a una persona importante para mí en la residencia: “Emma y Rosa, residentes”



- **Patricia:** “Narcisa y Pepita... Vamos a dar una vuelta por la residencia, y vamos a mirar a las personas que están, y con la que ustedes se sientan mejor, vamos a sacar la foto, ¿les parece?”
- **Pepita:** “Solas no estamos, siempre hay gente, hablamos y si no hablamos, ya está... si hay algo que nos contamos tonterías... jajaja... Esta foto será un recuerdo para toda la vida, hemos salido muy bien”

** Pepita en un comienzo no sabe o no recuerda quienes son personas más importantes para ella en la residencia, pero al caminar por su planta, siente mayor cercanía y quiere fotografiar a Ema y Rosa, personas con las que efectivamente tiende a compartir cotidianamente.*

Mi autorretrato: “Ahora soy dueña de mi cuerpo”.



- **Patricia:** “¿tú sientes que tu cuerpo ha cambiado?”
- **Pepita:** “siempre ha cambiado un poco, porque soy más vieja, no es igual como antes. Era un cuerpo de niña, ya no me engaña nadie, antes todo me lo creía... Pues ahora hago lo que quiero, ahora yo soy la dueña de mi cuerpo... entonces ya no me dejo dominar como antes... antes tenía que obedecer mi madre, la familia, ahora ya no tengo esas cosas, ahora veo que es lo mejor para mí, depende de lo que sea... Soy la dueña de mi cuerpo, y si me conviene algo, lo hago, sino no y ya está. No me dejo dominar como antes...”
- **Patricia:** “¿tu cuerpo ha cambiado con los años?”
- **Pepita:** “siempre se cambia mujer, cuando uno es más mayor, tiene otro cuerpo... Yo no me lo veo... pero yo me siento que soy diferente. Y ahora soy libre, ¡y antes no era libre!, si tenía que ir a la puerta, le decía mama o quien sea, lo sea... pero ahora no, yo dispongo de mi cuerpo, voy a donde quiero, hago lo que quiero, sino tengo ganas no voy...”
- **Patricia:** “¿mírate en el espejo, ¿qué ves?, ¿cómo te ves?”
- **Pepita J:** “Yo no veo nada... veo que estoy estropeada, que estoy estropeada (silencio)... ya está no puedo hacer nada, como soy, soy, me da igual... los ojos nos los tengo ni parecidos, eran azules y grandes, ahora se achica todo... Guapa no soy, pero está bien la foto, guapa, guapa, no... pero salió muy bien muy natural... Yo no salgo bien bien, nunca nunca no soy fotogénica, nunca salgo bien en las fotos. No sé porque nunca salgo bien en las fotos. Esas fotos están bien, muy natural, pero no es una gran cosa, fotogénica no soy... me veo natural, normal... pero bueno...”

1.3 Narcisa.

Narcisa tiene 89 años, no recuerda su edad. Nació en un pequeño pueblo de la provincia de Soria, y actualmente vive en el Barrio Gràcia, junto a uno de sus hijos. Es usuaria del Centro de Día desde el 2015, ingresó por presentar demencia tipo alzhéimer en grado GDS 3/4, sin alteraciones del comportamiento, como señala su historia clínica. Frente a los problemas de memoria, Narcisa refiere no presentarlos “no se me olvidan la cosa, vuelven...”, menciona no tener ninguna enfermedad física ni problemas de salud mental.

Narcisa refiere que estudio varios años en el colegio, no recuerda cuántos, pero que durante ese tiempo aprendió a escribir y leer. Menciona que lo que más le gustaba de su época escolar, eran los tiempos libres, “me gustaba por las amigas y el recreo”. Luego trabajó en una agencia de transportes, de camiones, donde ella se dedicaba a la limpieza de las oficinas. Posteriormente se casó, tuvieron 3 hijos, dos hombres y una mujer, menciona que con ellos “lo pasaba muy bien”, compartían y se apoyaban mutuamente. Su esposo falleció hace algunos años, tuvieron una buena relación. La muerte de su esposo, fue muy difícil de afrontar para Narcisa, porque había momentos en que olvidaba que él había fallecido.

En general Narcisa mantiene buenas relaciones interpersonales con el resto de los residentes y con el personal de la Residencia, comparten espacios comunes y conversan de alguna situación cotidiana, sin embargo, no ha conformado relaciones íntimas, “si estamos hablamos, pero amigas no”, señala.

Narcisa se define a sí misma como una persona guapa y buena, que procura tener todo bajo control. Se considera miembro de una familia feliz “son muy buenos”, por lo que se siente muy satisfecha con sus relaciones familiares, se ayudan mutuamente cuando tienen problemas y que hay confianza entre ellos. Se considera una persona amistosa, que no discute con nadie, le gusta cuidar a sus nietos y le gusta hacer lo que le manden. Menciona que la mayoría de los aspectos de su vida se asimilan al ideal, que sus condiciones son excelentes y que está satisfecha con su vida, que ha conseguido las cosas más importantes “todo va bien”, como ella señala.

Fotografie mi lugar favorito de la residencia: “El bar del Casal”.



- **Patricia:** “¿cuál es tu lugar favorito de la residencia?”
- **Narcisa:** “no sé escoger, me da igual, no me acuerdo...”
- **Patricia:** “de lo que tu vez ahora, ¿qué te gusta?”
- **Narcisa:** “todo... todo es igual, donde tú quieras. No, la idea es que tú elijas un lugar, puede ser para allá, por aquí... Bueno para allá (bar del Casal)”
- **Patricia:** ¿por qué este es tu lugar favorito de la residencia?
- **Narcisa:** “hay botellas, latas, un reloj, no sé qué más”
- **Patricia:** “¿te recuerda algo?”
- **Narcisa:** “no, se me ha pasado ya todo...”

Fotografie mi objeto favorito en la residencia: “Las revistas”.



- **Patricia:** “¿cuál es tu objeto más importante?”
- **Narcisa:** “todo”
- **Patricia:** “¿por ejemplo qué cosas son importantes?”
- **Narcisa:** “(silencio)... no me sale jajaja”
- **Patricia:** “pensemos juntas... cuando estás aquí qué te gusta mirar, tocar, leer...”
- **Narcisa:** “leer...”
- **Patricia:** “¿qué cosas, libros, revistas...?”
- **Narcisa:** “las revistas que son entretenidas... porque tienen de todo...”
- **Patricia:** “y ¿de qué temas son las revistas?”
- **Narcisa:** “las que veo en los negocios las compro”
- **Patricia:** “¿cualquiera?”
- **Narcisa:** “sí...”
- **Patricia:** “¿o te gusta las de telenovelas, de películas...?”
- **Narcisa:** “la primera que veo, me gusta leer y ver las fotos”

Retraté a una persona importante para mí en la residencia: “Montserrat, residente”



- **Narcisa:** “No sé quién hay aquí...”
- **Patricia:** “Narcisa y Pepita... Vamos a dar una vuelta por la residencia, y vamos a mirar a las personas que están, y con la que ustedes se sientan mejor, vamos a sacar la foto, ¿les parece?”
- **Patricia:** “¿alguien te parece conocido?” (estamos en su planta)
- **Narcisa:** “ésta...”
- **Patricia:** “la Montse... Montse, la Narcisa, te quiere sacar una foto, ¿puede?”
- **Narcisa:** “claro, pero que salga guapa jajaja...”

** A pesar de que en un comienzo Narcisa no sabía o no recordaba quien es importante o especial, al acercarse a Montserrat quiso fotografíarla., Narcisa comúnmente se sienta al lado de Montserrat y conversan de temas cotidianos.*

Mi autorretrato: “Diferente, diferente no, igual, pero de joven vieja y ahora encogida”.



- **Patricia:** “¿has cambiado?”
- **Narcisa:** “bastante, en todo, por ejemplo, que antes era jovencita y ahora soy mayor. ¿Antes hacía las cosas, y ahora no tengo ganas, ya está?”
- **Patricia:** “¿cómo era tu cuerpo antes, cuando eres jovencita?”
- **Narcisa:** “pues más fino... más delgada... Y ahora voy arrugada”
- **Patricia:** “¿qué te pasa con eso?”
- **Narcisa:** “me siento bien, tranquila”
- **Patricia:** “¿cómo era la Narcisa cuando era joven...?”
- **Narcisa:** “pues bien, guapa, ahora arrugada. Diferente, diferente no, igual, pero de joven tiesa y ahora encogida”
- **Patricia:** “¿cómo es la Narcisa ahora?”
- **Narcisa:** “mayor... cansada...”

1.4 Margarita.

Margarita tiene 90 años, nació en las Islas Baleares, y su último domicilio fue en el Barrio de Gràcia. Vive en la Residencia desde el 2013, ingresó al centro, porque presenta una demencia tipo alzhéimer, en grado GDS 2 o 3, sin alteraciones del comportamiento, como lo describe su informe clínico. Margarita percibe sus problemas de memoria y es algo que le afecta emocionalmente, “he perdido mucho, por eso estoy aquí. Antes perdía las cosas, ahora no busco nada, no hago nada, aquí encuentro las cosas... no lo noto tanto”. Sin embargo, menciona que, a pesar de su mala memoria, no está perdiendo su mente y logra ir viviendo el día a día “voy haciendo”, señala.

Margarita no presenta problemas psicosociales, ni de relaciones interpersonales con su familia, ni en la Residencia. Tiene una relación de amistad con una de las residentes, se acompañan mutuamente. Sin embargo, no mantiene relaciones de intimidad con el resto de los residentes, según su opinión no cuenta sobre su vida para que no se creen problemas o malos entendidos, “no cuento para que no cuenten... no me interesan los chismes”, indica. Con su compañera de habitación tiende a sentirse incómoda, porque tienen hábitos y rutinas diferentes “enciende la luz, es pesada, no le hago la puñeta, sólo le digo buenos días y buenas tardes”.

Margarita tiene escasos años de estudio, porque sus padres le solicitaban que los ayudara en el negocio donde ellos trabajaban, una zapatería a medida. Margarita menciona ante esto, “yo iba a entregar los zapatos y las monjas por ejemplo me enseñaron a leer y a escribir, el resto lo pasé en casa”. Cuando joven, trabajó en una fábrica de cristales para hacer envases, era un trabajo que le gustaba. Sin embargo, al casarse con José, tuvo que retirarse del trabajo para dedicarse al cuidado de sus hijos y de su hogar, “y por algo que no me acuerdo”, señala. Con su esposo han mantenido una relación de 70 años, fue su primer y último novio, su relación en general ha sido buena, se acompañan y apoyan mutuamente, “salimos a dar una vuelta”, menciona. Margarita está preocupada por su esposo, refiere que él está mal desde que ella ingresó a la Residencia, “lo veo peor, le gusta dormir, él la lleva mal, me gustaría estar más en la casa, se le ve sufriendo”.

Margarita tuvo dos hijos: Silvia de 50 y José María de 60 años. De su hija menciona que le apena que ella no se haya casado, ni que haya tenido hijos “está muy sola, me hubiera gustado que se hubiese casado”, señala. Con sus hijos mantiene una buena relación, sin embargo, Margarita señala que, con el paso de los años y su estancia en la residencia, tiene menos contacto con sus hijos “casi ni los veo, los veo menos que antes”. Menciona que tanto su esposo como hijos, son lo más importante que le ha pasado en la vida.

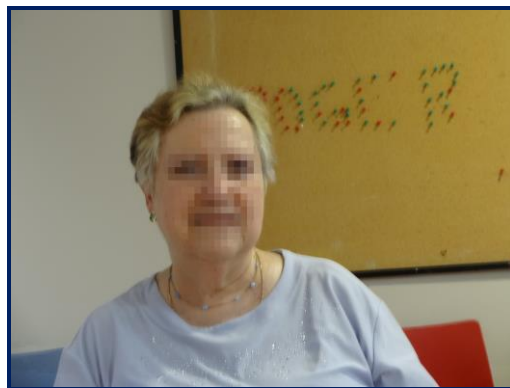
Margarita se define a sí misma como una persona independiente “que no se mete en nada, voy a la mía”. Menciona ser una persona “normal y corriente, pero distinta a la vez”, una mujer alegre, sociable, moral y decente, que no le ha hecho daño a nadie y que le gusta ayudar a los demás. Junto con eso refiere ser una persona sana “la mar de bien” aunque no como joven, así como el atractivo, se ha ido perdiendo. Se considera limpia y pretenciosa “me levanto una hora antes para arreglarme. Menciona tener buenas relaciones con los demás residentes y su familia, aunque tiene como excepción a su compañera de habitación. En general refiere tener buenas condiciones de vida y sentirse satisfecha con ella.

Fotografié mi lugar favorito de la residencia: “Una mesa del comedor del Casal”.



- **Patricia:** “¿Por qué este es tú lugar favorito de la residencia?”
- **Margarita:** “Aquí me la pasó bien, viene mi marido, nos sentamos, él me explica lo que ha hecho durante el día y luego pedimos un café y lo pasamos bien. Para mí este lugar es importante, porque es el rato en que lo veo a él, y hablamos él de lo suyo, y yo de lo mío. Y ya me voy arriba más tranquila, porque a veces estoy muy nerviosa y cuando él me explica, y yo le explico a él, quedamos más tranquilos. Me entero de lo que él hace, y lo que yo hago, porque él está solo como yo... Me gusta este lugar porque cuando viene mi marido, venimos para acá... Yo estoy aquí mirando una revista hasta que viene, tomamos algo, charlamos un rato, y según la hora que es salimos, o nos vamos para arriba, eso es todo. Es importante, porque él está en casa solo y yo estoy aquí. Este lugar me gusta porque estoy con él y me encuentro bien”

Retraté a una persona importante para mí en la residencia: “Paquita, usuaria del Centro de Día y participante de este grupo”



Margarita: “No lo sé. Quería decir ella (a Paquita), pero ahora pensarás que lo digo vas a pensar que la digo porque ella me dijo a mí... Si mi hubieras preguntado antes a mí, te habría dicho a la Paquita. Le tengo mucha confianza, le explico todo lo que tengo que explicar. Es muy buena... Yo lo quería decir, pero ella se adelantó”

Mi autorretrato: “He cambiado”



Patricia: ¿Qué ves Margarita, ¿qué piensas o sientes cuando te ves?”

Margarita: “uhh que he cambiado, que no soy la misma, soy normal y corriente, pero mira hay unas arrugas aquí, y el pelo no es lo de antes, aunque voy a la peluquería, no no es igual... Pero igual me encuentro bien, me levanto temprano, me aseo y me arreglo”

1.5 Ramona.

Ramona tiene 96 años, nació en el Barrio Gràcia en Barcelona, ingresó a la Residencia el 2013, producto de demencia tipo alzhéimer, sin alteración del comportamiento, y en grado GDS 2/3. Ante sus problemas de memoria, refiere que se le olvidan algunas cosas, pero no le genera ansiedad ni otras sensaciones negativas. Junto con lo anterior, Ramona ha sido diagnosticada con un trastorno depresivo no especificado. Frente a esto, es probable que ella tenga bastante claridad de porque “ha perdido la alegría” como ella misma menciona, y la respuesta se puede encontrar en los sucesos altamente violentos y traumáticos que vivenció ella y su entorno en la guerra civil y durante la dictadura de Franco, “lo pasé mal, la guerra... logré sobrevivir...”.

De su infancia recuerda haber tenido muchos amigas y amigos, le gustaba salir a pasear con ellos en bicicleta, la que ganó en un concurso de dibujo. Sin embargo, esos recuerdos se tiñen con los asociados a la guerra “ahora no me quedan amigos, murieron en la guerra”. Respecto a su familia de origen, de su madre menciona que era “mandona” y que con ella tuvo una relación más bien distante “todo era el niño, yo era un trapo sucio”. Ramona fue la mayor de tres hermanos, el del medio falleció cuando era bebé y el menor hace unos años atrás en el extranjero, evento que es recordado con pesar, pero a la vez con tranquilidad “él quería vivir allá, él lo quiso”. Ramona tuvo una relación muy cercana con su abuela paterna “mi niñez fue un poco triste, sin mi abuela creo que me muero... era su consentida, pero con condiciones”, menciona.

Ramona refiere que estudió escasos años en el colegio, aprendió a leer y a escribir, menciona que le hubiese gustado dedicarse a las bellas artes, sin embargo, no tuvo la oportunidad de seguir estudiando. Cuando joven trabajó como dependienta en una tienda, a los 23 años se casó y trabajó de forma remunerada hasta que tuvo a su primer hijo. Refiere que no quería casarse porque era muy independiente “me casé, trabajábamos juntos, no me gustaba él mucho, porque era presumido, y bueno estuve bien... tú con tus cosas y yo con las mías, le dije. ¿Eras libre? en pensamientos e ideas sí, libre no, no soy pájaro de volar”.

En la Residencia en general mantiene un trato cordial y contacto cotidiano, pero no ha establecido relaciones íntimas, por la falta de confianza “aquí, pocos amigos, las personas hacen cara delante y detrás otra cosa... amigos, amigos no”.

Ramona se caracteriza a sí misma como normal, en ese sentido una persona de carácter seco, pero justa, así mismo considera que es radical con sus decisiones “cuando digo no, nada puede hacerme volver atrás, aunque bajara dios, es no”. Recuerda que su padre era así también “e parezco a mi padre, era seco, me quería, pero no iba a darme un beso (distante)”. Refiere que ha perdido la alegría, y que es “más bien tristoná”, porque su vida ha sido difícil producto de la guerra “destruyó todo”, muchas personas queridas fallecieron en ese suceso. Menciona que se considera más bien callada “prefiero escuchar, antes que hablar, se aprende mucho escuchando”. Le gusta hacer cosas, manualidades, leer, dibujar y pintar “si un día de estos me quedo sin hacer nada, los nervios me comen”.

Fotografié mi lugar favorito de la residencia: “La sala de gimnasia” (fisioterapia).



Patricia: “¿Por qué este es tu lugar favorito de la residencia?”

Ramona: “Me gusta por la gimnasia, es importante para el cuerpo. Yo para mí me gusta mucho la gimnasia y la natación, lo demás mí no tanto. Me gustaba nadar más en el mar, que en piscina... El cuerpo se relaja, la gimnasia y la natación me relajan muy bien. Una vez quise ponerme estirada en el suelo y no pude jaja, tuve que pedir la mano para que me ayudaran... Yo iba a la piscina San Jorge y antes hacíamos gimnasia, yo iba sola (se emociona), todo pasó... Ahora puedo, pero si me ayudan un poco, porque yo ahora sola no”

Fotografié mi objeto favorito en la residencia: “Un cuaderno de dibujo”.



- **Ramona:** “Un cuaderno de dibujo, es importante porque a mí el dibujo me gusta mucho, primero esto. Y cuando tenía 7 años hice un dibujo para la radio de Barcelona, y me regalaron una bicicleta y la tuve hasta que tuve que tener a mi hija. Fui a todas partes con mi bicicleta...”
- **Patricia:** “tú tienes un cuaderno en blanco e hiciste un dibujo ¿qué dibujaste aquí?”
- **Ramona:** “es una montaña, y hay bueno algunas casas... y aquí lo mismo. Bueno aquí parece, yo he puesto para coger agua...”
- **Patricia:** “¿qué te pasa cuando pintas y dibujas, por qué es importante?”
- **Ramona:** “porque me gusta mucho. Cuando era niña hice un dibujo para la radio Barcelona, y ¿sabes qué hice?, una mesa y aquí dibuje, bueno lo hago mal ahora, un bote de miel y el niño (se chupa el dedo) ... jajaja”
- **Patricia:** “sacaba la miel con el dedo... jajaja. Entonces, te gusta dibujar y pintar, ¿por qué?”
- **Ramona:** “porque me complace, mirar una cosa y decir bueno ahora lo voy a hacer”

Retraté a una persona importante para mí en la residencia: “A mi compañera de habitación”.



- **Ramona:** “Nadie es importante aquí... mira yo tuve una experiencia muy mala, cuando trabajaba y nunca más he tenido una confianza en otra persona... Yo, hablo con uno, o con otro, si me preguntan yo todo lo haré bien, vamos, creo que lo hago bien, pero aquello de confianza, no, no. Quizás no lo hago bien, pero así soy...”
- **Patricia:** “¿hay alguna persona de la residencia, con la que a lo mejor no tengas tanta confianza, pero hables un poco más, o sea un poquito más importante?”
- **Ramona:** “la persona que duerme conmigo, quizás un poco más... no me acuerdo como se llama... A veces, a la hora de acostarse, yo me acuesto para dormir, pero la señora me dice: mira esto o aquello, y hablamos un poquito, pero por lo demás no, porque yo tuve una mala experiencia, y siempre voy con las manos así (a la defensiva) ... Mira yo hubiera dado todo porque era chica, trabajamos juntas, y me salió con unas cositas... que no me gustaron, ¡y ya! Y yo soy un poco rara, porque cuando me pasa una cosa así... estoy un tiempo que pongo las manos por delante, pero todos somos...”
- **Patricia:** “¿por qué la Ana María es importante para ti?”
- **Ramona:** “porque dormimos juntas, nos peleamos... jajaja. No me gusta eso de criticar a esta, criticar a la otra... Tú lo que necesitas yo te ayudaré, y supongo que si yo te necesito me ayudarás tú, y sí ha sido. Es que nos llevamos bien, porque si una cosa a mí no me gusta, le digo esto no... sin ofender. Y ella también, mira esto no... Y no nos hemos de enfadar por eso”.

Mi autorretrato: “Yo fui muy alegre, pero luego vino la guerra...”



- **Patricia:** “¿has cambiado?”
- **Ramona:** “sí, en todo, pues en la manera de hacer las cosas, en los dibujos, que hacía antes y los que hacía ahora, los libros que leo... Sí, antes en mi juventud era más pintada... ahora no, me pinto un poco, porque se me resecan los labios, sino ni colorete ni ojos ni nada...”
- **Patricia:** “¿y ha cambiado tu cuerpo?”
- **Ramona:** “claro, soy más vieja, en barriga, en andar, en hacer gimnasia... no se puede ser viejo, no querrás llegar, es la peor enfermedad que hay es ser viejo... Antes era joven, me iba a la playa, me bañaba, y ahora no me dejan ir... sola tampoco, no soy imprudente”

- **Patricia:** “¿mírese en el espejo, ¿qué ves, ¿cómo te ves?”
- **Ramona:** “por qué quieres que me mire, un bicho...”
- **Patricia:** “pero ¿por qué?”
- **Ramona:** “que te parece, ¿ya?”
- **Patricia:** “ya estás?, ¿cómo te ves Ramona en el espejo?”
- **Ramona:** “vieja, pero peor el que no llega... pero vaya, estoy tan cambiada, que no parezco yo, pelo blanco... Mi hija está contenta y yo no, de que tenga el pelo blanco... el que tenía era normal... castaño, como el tuyo... Bueno nos volvemos viejos, chica... Fíjate, ¿aquí una mancha verdad?, y aquí otro, ¡jalá! Bueno, esto me gusta más, una medalla que mandó mi hermano, y detrás “en tu cumpleaños te felicitamos...”. Mi hermano está en Colombia, hace poco que falleció... bueno él quería que cuando se muera, lo llevaran a España, pero todos los pueblos que hay que pasar, quieren cobrar... Aunque me gaste todo lo que tengo acá, no llegaré. Mi hermano está en mi mente, estando en España, o en Colombia... tienen sólo un nicho en la pared... y los demás todos en el suelo, y en la baldosa tiene su nombre y fecha... lo vi en fotos... Está bien ha estado bien, con la primera mujer, no estuvo bien, pero con esta bien... igual da que esté enterrado en España o en Colombia... Quién tuvo y retuvo, guarda para la vejez... Quien tuvo algo joven y bien, guarda algo para la vejez, de lo que fue en la juventud. Yo fui muy alegre, pero luego vino la guerra... estuve más de una hora en la plaza Universidad debajo de un banco sin poder salir, lo pasamos muy mal chica... muy mal... Todos los de mi juventud, a todos nos tocó igual... porque una guerra, no es buena aquí ni en ningún sitio...”

2. Grupo “la amistad”.

El segundo grupo psicoterapéutico, denominado por una de las participantes como “la amistad” debido a que como ella menciona, en este espacio ha podido tener la confianza de hablar y de conocer un poco más a las demás participantes. Este grupo, estuvo compuesto por 4 mujeres provenientes del Centro de Día o de la Residencia, quienes no presentan diagnóstico de deterioro cognitivo, ni demencia tipo alzhéimer, categorizadas en un grado de GDS 1 o 2. A continuación, se describe a cada una de las integrantes de este grupo psicoterapéutico, su recorrido fotográfico y las narrativas asociadas a cada fotografía.

2.1 Conchita.

Conchita tiene 87 años, nació y habitó toda su vida en el barrio de Gràcia en Barcelona. Ingresó a la Residencia el 2016 porque vivía sola y requería de apoyo para realizar algunas de sus actividades cotidianas. Los días previos a su ingreso a la Residencia, los recuerda con gran cariño, porque los vecinos y amigos de su edificio le organizaron una fiesta sorpresa de despedida. Conchita ya asistía hace dos décadas al Casal aldaño a la Residencia, asistía con su esposo, participaban de las actividades lúdicas y asistía junto a su esposo a los bailes que se realizaban semanalmente, tenían muchas amistades. Conchita, presenta problemas de memoria (GDS 2) asociados más bien a su propio proceso de envejecimiento, frente a esto Conchita reconoce tener dificultades para recordar algunas cosas, sin embargo, menciona que no es algo que la invalidez o le preocupe demasiado. En general presenta un buen estado de salud, con la excepción de que presentó hace unos años desprendimiento de retina a los 5 años, lo que ha implicado que su visión se haya ido disminuyendo notoriamente durante estos años.

Conchita fue la séptima de 14 hermanos, menciona que dejó los estudios a los 9 años para dedicarse a las labores de su hogar y a ayudar a su madre, cuidando a sus hermanos, “yo fregaba los escalones y cuidaba al nene”. Su madre fue muy sacrificada, tuvo muchos hijos y quedó viuda después de la guerra “mi madre con 6 hijos cosía de noche, y fregaba de día... hacíamos sopa y sardinas, no teníamos dinero”. Conchita a los 13 años comenzó a trabajar como aprendiz en una tabaquería, a los 21 años se casó y dejó

definitivamente de trabajar, ayudaba a su marido en algunas labores. Menciona que su esposo no quería tener hijos, pero ella sí, finalmente tuvieron una hija con quien tiene una excelente relación “no hemos discutido nunca”. Su esposo, con quien tenía una relación de mucha confianza y apoyo mutuo, falleció hace algún tiempo a los 87 años “murió de una atrofia muscular, fue perdiendo movilidad, murió bailando... me decía que harás de mí, le daba pánico ir a una residencia... me decía un beso y un chocolate”. Actualmente, mantiene muy buena relación con su familia hija y nietos, así como también con gran parte de las usuarias y con el personal de la residencia, se la ve siempre participando de casi todas las actividades y compartiendo con sus amigas.

Conchita se define a sí misma como una mujer “normal”, resalta constantemente que no le gusta enfadarse, que evita tener problemas, que es una mujer alegre, amistosa y chistosa, que le gusta compartir con los demás, participar de actividades “me gusta la juerga... jajaja”. Se siente conforme con su estado de salud y su imagen física. En general se siente contenta con la vida que tiene actualmente, la compara con su infancia y describe que durante ese tiempo fue muy difícil por la cantidad de hermanos, por la muerte de su padre, por la guerra y la pobreza.

Fotografié mi lugar favorito de la residencia: “Mi habitación”.



- **Conchita:** “Estamos en la habitación de la Conchita Graneros jajajajaja, me gusta todo y también nena, y aquello mira toda mi familia, el cuadro de las fotos de toda la familia, hasta estoy yo de un año y medio, era rubita, la rubita de arriba con mi mamá, un año y medio tenía. Ahí mis hermanos, aquí mi nieto con su mujer, mi hija con su marido, mis bisnetos allí. Y en esa mesa que hay tanta gente, todos los vecinos del piso me vinieron a hacer una despedida, me hicieron cena para despedirme porque me venía aquí. Y ahí mi marido arriba en una Nadal, ¿la ves? Mira y todos (suspiro)... Tengo también con el perrito, que vienen hoy (canoterapia)... Y aquí haciendo margaritas... Y aquí mi hija con mis bisnetos”.
- **Patricia: ¿por qué te gusta tu habitación?**
- **Conchita:** “porque me encuentro muy bien, muy bien, muy bien... Me gusta todo reina, y cuando lo de las fotos también, y mira acá estoy... Yo estoy aquí en la mañana, y cuando termino de comer también vengo un rato, luego miro la tele. Después bajo un rato, porque hay chicas abajo y jugamos a las cartas y hasta dominó, me pongo a todo. Pero este es el lugar más importante para mí...”

Fotografié mi objeto favorito en la residencia: “Mis fotografías personales y un peluche”



Conchita: “Mis fotos de mi familia, que también ya faltan todos menos yo, y otras fotos que me han hecho y mi bisnieto, bisnieta, mi hija y mi yerno, el nieto pequeño, y otro que está por aquí arriba es el mayor que está con sus hijos. Cuando miro las fotos digo ah... me gusta de verdad. Y es la que los vecinos me hicieron una despedida, una cena todos. Y ese peluche me tocó en el bingo, y me hizo ilusión, fue hace ocho días, no tengo mala pata para nada jajaja...”

Retraté a una persona importante para mí de la residencia: “La psicóloga”.



Conchita: “Yo una vez le saqué una foto a mi marido y a mi cuñado... y les corté la cabeza jajaja... los dos cogiditos y sin cabeza jajaja... La psicóloga, ¿cómo se llama?, la Laia. Yo estoy encantada de la Laia. Mira, no sé, la encuentro muy buena, muy clara y muy maja, conmigo bien... bien. Es que conmigo no se enfada nadie, yo no me enfado con nadie. La quiero y me gusta, no para novia no... jajaja como amiga, como amiga la quiero...”

Mi autorretrato: “Me veo mayor... los años no pasan en vano”.



- **Patricia:** “¿mírese en el espejo, ¿qué ves?, ¿cómo te ves?”
- **Conchita:** “uh reina... pues me veo mayor... los años no pasan en vano, y con el pelo blanco, como dice mi nieto que quiere que me lo pinte de negro jajaja...”
- **Conchita:** “mira está bien la foto, están también mis nietos, mi hija, mi yerno... el muñeco... me veo como una actriz de cine... jajaja”
- **Patricia:** “ya tienes listo el book de fotos...”
- **Conchita:** “ay, si reina jajaja...”
- **Patricia:** “¿cómo eres?”
- **Conchita:** “no te digo yo que nunca me he enfadado con nadie, y si veo que no me gusta pues me aparto. ¡Si veo una muy jaleosa, digo uy! nena no es pa tanto... Nunca me quejo, nunca nada nada...”

2.1 Carmen.

Carmen tiene 86 años, nació en la Provincia de Huesca, su último domicilio previo a su ingreso a la Residencia en el 2015 fue en el Barrio de Gràcia. Ingresó a la residencia porque vivía sola y requería cierto apoyo para realizar sus actividades cotidianas, además hace unos años tuvo accidente vascular que le afectó en parte su autonomía. Carmen presenta ha tenido enfermedades cardiovasculares y problemas para recordar algunas cosas actuales, ella misma lo percibe con pesar, a mayor ansiedad los olvidos son más frecuentes “me encuentro desorientada, me distraigo, me acuerdo de cosas antiguas, y menos de lo actual... es un bajón...”.

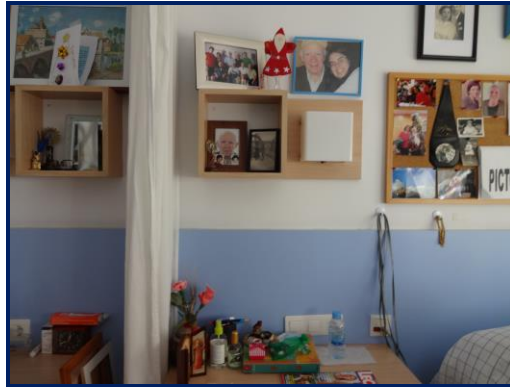
Respecto a su infancia, Carmen menciona que vivía en el campo junto a sus padres y hermano, todos han fallecido. Tuvo una vida de gran sacrificio, desde pequeña trabajó sembrando, cosechando y cuidando animales, ayudando a sus padres. Esto obstaculizó su asistencia a la escuela, aprendió a leer, escribir y algo de matemáticas, que le ayudó a saber sacar las cuentas. De su paso por el colegio, tiene buenos recuerdos de su profesora, compañeras “todas éramos amigas, todas nos llevábamos bien”. A los 19 años se trasladó a Barcelona, luego se casó y comenzó a trabajar como auxiliar de aseo en casas particulares “servía a familias de sociedad... era una esclava, trabajé en dos casas, en la primera fue muy fuerte, trabajé mucho, me levantaba muy temprano y acostaba muy tarde, mis hijos estudiaban, mi marido ayudaba en las cosas de la casa iba a comprar”. Carmen tuvo dos hijos hoy de 56 (mujer) y 57 años (hombre), y tiene 4 nietos. Su esposo falleció hace 6 años, generando un gran impacto para Carmen, pues tenían una buena relación, se acompañaban.

Carmen tiende a tener buena relación con el personal como con el resto de las residentes. Sin embargo, en momentos tiene discusiones o malos entendidos porque da a conocer su opinión, sobre todo cuando no está de acuerdo, generando en algunos momentos que las personas se alejen de ella “estoy acostumbrada a vivir mi vida sin molestar, pero digo algo y parece que me riño, pero bien, todos somos diferentes...”.

Carmen se define a sí misma como una mujer trabajadora, que ha priorizado el crecimiento y tranquilidad de sus hijos, “luchar, trabajar para dar estudios a los hijos. Lo he

hecho a gusto, orgullosa”, menciona. Junto con eso refiere ser limpia, ordenada, sociable y colaboradora “me hablo con todo el mundo, gasto alguna broma”, y junto con eso menciona ser directa, honesta y que le gusta plantear su opinión, pero que antes era más pacífica “tengo la obligación de decir lo que no me gusta”, producto de esta forma de ser a veces se enfada o tiene problemas con las otras residentes o con sus hijos.

Fotografié mi lugar favorito de la residencia: “Mi habitación”.



- **Patricia:** “¿Por qué te gusta este lugar?”
- **Carmen:** “En mi habitación pues tengo muchas fotografías, muchísimos recuerdos. Esta es muy importante, mi marido. Aquí con toda la familia, con mis nietos, mis hijos. Y aquí en esta fotografía está mi abuela, con una señora del pueblo, que venía de lavar del río, entonces llevaba la ropa en una canasta... Mi abuela se murió en mis brazos... Después aquí tengo a fotografía de mi marido y mi nieta, y en aquella otra de cuando nos casamos con mi marido, y en la otra todos los hijos y nietos en el pueblo. Esto es un premio que gané en Poble Nou, en la otra residencia, con la pelota alcanzaba bien en los hoyos que me ponían... y aquí en el colegio, cuando iba a las monjas...”. Todas las personas que estamos, ya estamos de mucho tiempo, y ya te has acostumbrado a ver la habitación de una persona, o la sala de una planta, o el comedor de otra, y entonces pues, no sé si me sé explicar, entonces todo eso guárdalo como un recuerdo. Por ejemplo, personalmente, lo tengo todo recogido, pero tampoco lo tengo muy brillantado, lo tengo a mi manera en la habitación. Porque, por ejemplo, me gustaría tener algo más, pero por sitio no lo tengo, pero que me lo veo ordenó y limpio sí, porque limpio y también limpian mucho. ¿Tu habitación es importante aquí?, pues claro, porque es donde descanso, donde duermo, donde voy al baño y hago mi limpieza, me aseo, me visto y todo eso”

Fotografié mi objeto favorito en la residencia: “Mis fotografías”.



Carmen: “Mis fotografías, cuando nos casamos con mi marido. Pasa que mi marido a los 8 años quedó sin madre, y claro la juventud de él fue bien, porque con mi suegro aprendió el oficio de carpintero, y de eso ya empezó a trabajar. Pero hasta que tuvo la edad para trabajar, tuvo que pasar por cosas no tan agradables, según qué momentos. Y claro ya festejando me contaba cosas, malas o malas no, pero que había pasado mucho y todo esto. Claro aquí también tengo a mi abuela, mi nieta con su abuelo... Bueno la foto más importante si te tengo que decir, es cuando nació mi hija, cuando tuve la primera hija... Quizás esa es la más... el ser madre, aquí estoy con mi hija y yo, las dos... Es importante ser madre, no sé si a lo mejor sabría explicarlo, pero fue muy importante pues fue... no sé parece que no me viene, tengo tantas cosas en la cabeza, y ahora en este momento no me viene así. No sé cómo explicar, he tenido que trabajar mucho con mis padres en el campo, y aquí están mi padre y mi madre. Y también tengo a toda mi familia, mis nietos, mis padres. A veces cuesta que te vengan cosas a la cabeza”

Retraté a persona importante para mí de la residencia: “Una voluntaria del Casal”.



Carmen: “Yo no sé, parece que para mí son importantes todas, todas son amigas, todas me han enseñado y me enseñan... si tengo que decir a una, no está en la residencia, pero hago con ella el bingo, me ayuda, se llama Fina... viene al bingo, es voluntaria de la Residencia... Es importante porque la conozco hace mucho, me ha acompañado alguna vez a alguna salida que hemos hecho y mira y no sé por eso. Es que me sale tan mal escoger a una sola... de todo lo que voy haciendo, todo me lo han enseñado de ellas, lo aprendo de ellas... una me dice una cosa, otra otra, me voy mirando... A la Fina la conozco hace mucho tiempo, siempre que voy a dar una vuelta me lleva ella, y para mí me ha regalado muchas cosas, y eso se agradece, lo agradezco. Pero ya te he dicho antes, querría que todas fueran igual, no sé si a lo mejor soy demasiado egoísta”

Mi autorretrato: “Me gusta ser normal, me lo han enseñado”.



- **Patricia:** “¿mírese en el espejo, ¿qué ves?, ¿cómo te ves?”
- **Carmen:** “Me miro al espejo yo? ay! que fea que soy... jaja. Bueno ¿cómo saldré mejor riéndome o sería?, porque mi físico es un poco... no tengo un físico bonito... Me veo bien... de mí de mí... de mi físico me parezco mucho a mi padre, muchísimo, tenía la carita así, los ojos igual, me parezco mucho a él, qué te parece, me acuerdo mucho de mis padres... Aquí tengo un álbum, cuando me voy a acostar, lo miro, lo remiro...”
- **Patricia:** “¿cómo te ves en las fotos?”
- **Carmen:** “Ah, pues están muy bien, oh que bien, mira si se ven cositas, y yo he salido muy bien, si parezco una gran señora, madre de Dios, muy bien hija... Bueno aquí también estoy bien, tal como soy reina, estoy guapa... En esta me estoy mirando para ver cómo estoy de guapa, para enamorar a alguien... jajaja”
- **Patricia:** “¿cómo eres?”
- **Carmen:** “cada persona la llevamos, ya en nuestra... o también depende de cómo has podido vivir la vida hasta que hemos llegado aquí, y eso lo has podido hacer de una manera o de otra. Yo personalmente, no sé si me es muy bonito decirlo, pero lo he llevado en mi vida, y en mi persona, yo he servido muchos años, y me han enseñado muchísimas cosas, y eso lo eso lo estoy valorando, porque para mí personalmente, procuro de las personas que rozo y las personas que puede ver y conocer diariamente, pues me gusta ser muy normal, porque es lo que me han enseñado. Normal, pues por ejemplo... no sé cómo explicarte, yo por ejemplo a lo mejor me sobrepaso un poco de mi persona y si hay alguna cosa que no me gusta tanto mía como de otra persona, digo oh! cómo podremos ser de esta manera... y eso lo llevo dentro, porque trato de no meterme en nada, ni en nadie, pero hay momentos en que sí que me meto, que eso yo lo reconozco, y me han tenido que corregir y me han tenido que decir que no...”

2.3 Fina.

Fina tiene 89 años, nació en Barcelona y su último domicilio fue en el Barrio de Gràcia. Vive en la Residencia desde el 2014, ya había estado en otras residencias previamente fue una decisión voluntaria y personal, lo hizo porque ya tenía dificultades para realizar sus actividades de forma autónoma y no quería ser una carga para sus hijas. Fina ha tenido reiterados problemas de salud, presenta una artrosis severa que conllevó la incapacidad total y la posterior jubilación anticipada “a los 60 años me dieron la inutilidad total por la artrosis”. Esta enfermedad a ha implicado más de una veintena de operaciones a distintas zonas de su cuerpo, así como el uso permanente de la silla de ruedas. Además, presentó tumores ováricos y desgastamiento de la retina que le impiden ver con claridad. Casi no presenta problemas de memoria (GDS 1), sólo de manera muy ocasional. A nivel emocional, Fina se considera una persona que ha tenido momentos con el ánimo muy bajo, sobre todo últimamente en que recuerda constantemente momentos dolorosos de su biografía “se acumulan recuerdos, sobre la guerra y la muerte de personas importantes (ha sido viuda dos veces) y termino llorando, luego digo mira lo que hice, ¿para qué...?”

Respecto a su historia, Fina menciona que estudió en una escuela de monjas, que le gustaba aprender y en general tenía facilidad, aprendió a leer y escribir. Sin embargo, se suscitó la guerra cuando ella tenía unos 10 o 12 años, lo que obligó su retiro de la escuela. Con el tiempo se dedicó a trabajar como “planchadora para casas importantes... hasta que me quedé en la casa”, luego se casó con su primer marido, de oficio carpintero, a quien ayudaba en el taller. Con su esposo tuvieron dos hijas, y a los 51 años él falleció de cáncer de pulmón, además menciona que él tuvo una vida muy difícil sobre todo en los años de dictadura, “cuando murió se fue todo a la ruina”. Luego Fina se volvió a casar con un hombre que considera una muy buena persona. En general Fina, ha tenido buenas relaciones, de apoyo mutuo con su familia, sobre todo con sus hijas, una de ellas la visita varias veces a la semana.

Fina mantiene buena relación con el personal y con el resto de las residentes, sin embargo, es más bien solitaria, y tiende a estar en silencio, ella misma lo menciona “soy prudente, hablo lo justo”. Le gusta mucho participar de las actividades artísticas hacer

manualidades y cantar en la Coral, tal como le gustaba hacer cuando era joven que participaba en centros culturales y artísticos. Sin embargo, producto de la disminución visual, le es difícil realizar algunas actividades, por lo que ha dejado de realizar varias de las cosas que le gustan, esto la avergüenza “no me gusta cuando me equivoco o lo hago mal”.

Fina se considera a sí misma como una persona “un poco sufridora, y un poco alegre”, que, a pesar de los problemas de salud, los duros momentos que ha vivido producto de la guerra, fallecimiento de personas importantes, se siente agradecida de su vida y que es capaz de “aguantar y pasar lo que sea, y que se siente satisfecha con su presente”. Junto con eso considera, que con los demás es una persona considerada, muy cercana a su familia, selectiva con sus amistades, le gusta cooperar si le es posible y realizar actividades artísticas.

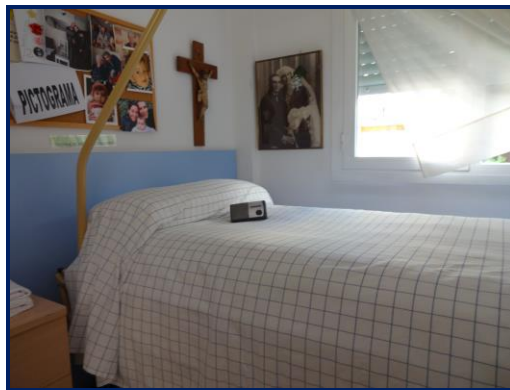
Fotografié mi lugar favorito de la residencia: “La sala de espera con cuadros”.



Patricia: “¿Por qué te gusta este lugar?”

Fina: “Este lugar es importante porque cuando viene mi hija con mi yerno, y me llevan al bisnieto es donde él disfruta, y yo lo disfruto verlo, anda por ahí y estoy a gusto. Y cuando vienen por aquí, yo bajo y vengo un poco antes, para esperarles y verlos venir, y todo eso. Cuando vienen disfruto de eso...”

Fotografié mi objeto favorito en la residencia: “Mi radio portátil”.



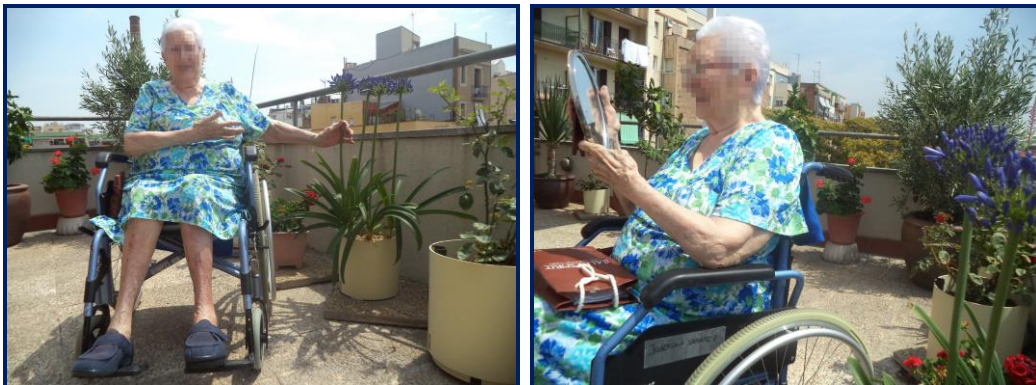
Fina: “Me gustan mucho los programas que hacen, el Teletaxi... hablan de todo, y hay canciones muy bonitas. Te dan opiniones de cosas, y adivinallas. Qué tal cosa es más grande de Barcelona, por ejemplo, a quién adivina le tienen premios. Y más que nada, para mí lo importante es escuchar las canciones, personas que dedican discos, a otros a familiares, o que se sea, y me gusta mucho”

Retraté a una persona importante para mí en la residencia: “La animadora”.



Fina: “Con la Yolanda... porque estoy contenta de ella, me ha tratado siempre muy bien, y nos avenimos bastante, y en este momento para mí sí es importante. El aprecio muchísimo, porque ella siempre ha sido muy amable, me ha gustado lo que ha hecho, ha tenido paciencia a veces conmigo porque no he podido hacer lo que eso y ella me ayudaba en lo que ha podido. Para mí es una gran persona...”

Me autorretraté: “Pienso que por la edad que tengo, igual estoy un poco bien”.



- **Patricia:** “¿Mírese en el espejo, ¿qué ves, ¿cómo te ves?”
- **Fina:** “Ahora estoy viendo unas arrugas que no tenía... ves no tengo ni patas ni gallo, y ahora me veo en la frente y ahora tengo algo... Ay, me veo muy vieja, muy vieja, hombre voy a hacer 90, no quiero presumir, pero sí me parece que me veo mejor de lo que yo creía que estaba, ahora mismo aquí tengo esta papada, porque como no me miro nunca... Porque hay ahí en el wáter ese espejo tan grande que no me veo...”
- **Patricia:** “¿qué sientes cuando te miras al espejo?”
- **Fina:** “uy!, que han pasado muchos años y que saben... eso es que veo... Pienso que por la edad que tengo, igual estoy un poco bien, es lo que me dicen, yo también lo creo...”
- **Patricia:** ¿cómo saliste en la foto, hace cuanto que no te sacabas un retrato?”
- **Fina:** “bien, hace tiempo que no me hacían fotos... Yo creo que la última fue en casa de mi hija en una fiesta que tuvimos, un cumpleaños de una de las nietas. Estábamos en grupo, mi hija, mi yerno, uno en cada parte, estábamos los tres... Hace 5 o 6 años... Y aquí no creo que nos hayan hecho fotos, bueno la que tengo sólo colgada en la habitación, nada más...”
- **Patricia:** “¿cómo eres?”
- **Fina:** “yo no aparento lo que soy, yo no soy mucho de nerviosa, pero me lo guardo sabes, porque hay veces que yo diría mira esto y lo otro..., según cómo... pero me sé aguantar. Así como hay personas que venga, venga, venga, y venga...”

2.4 Pepita R.

Pepita tiene 88 años, nació en la ciudad de Barcelona, y vivió varias décadas en el Barrio de Gràcia, previo a su ingreso por primera vez en la Residencia el año 2015. Pepita ha presentado problemas de salud vinculados a una artrosis que tiene hace varias décadas, afectando su movilidad porque ha sido operada de las rodillas, por lo mismo utiliza carrito para desplazarse. A la vez, su motricidad fina también se ha visto afectada producto de la atrofia en sus dedos, dificultando la realización de algunas actividades manuales y de autocuidado. Es por los problemas de salud que ingresa a la Residencia, “por eso estoy aquí, mis hijos no podían cuidarme”. A pesar de los problemas físicos, Pepita es una persona bastante autónoma, presenta un buen estado cognitivo, no tiene demencia, otras enfermedades neurodegenerativas, ni problemas de memoria que dificulten su vida cotidiana (GDS 1), aunque tiene un poco de temor de que su memoria se vaya perdiendo y piensa que puede su memoria se puede afectar más aún por no tener espacio para el diálogo. Pepita, fue diagnosticada de depresión, y hace un tiempo mantuvo ideación suicida sin intentos, actualmente no presenta motivación a la autoagresión, pero se mantiene de manera irregular el desánimo y falta de propositividad “a veces tengo días malos, no quiero que lo sepan”, siendo al parecer más bien un rasgo asociado a su personalidad o un elemento vinculado a su identidad producto de eventos biográficos altamente significativos, más que un estado pasajero.

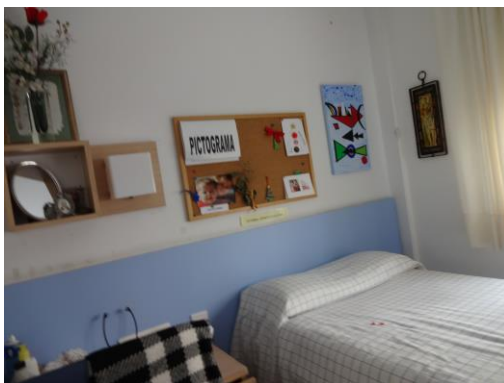
En relación a su biografía, Pepita menciona que cuando era niña casi no pudo estudiar sólo 2 o 3 años en los que aprendió a leer y escribir, porque comenzó “nos pilló” la guerra, sólo con el tiempo pudo ingresar a una escuela para aprender administración. A los 10 años, comenzó a trabajar en una editorial, a los veintitantos se casó y a los 27 años dejó de trabajar de forma remunerada, porque tuvo a su primera hija, y con los años tuvieron su segundo hijo. Su esposo era sastre y juntos montaron una tienda de sastrería, donde hacían prendas de vestir a medida “él me enseñó sastrería, y luego patronaje...”. Su esposo enfermó de cáncer a los 40 años, y desde ese tiempo Pepita tuvo que hacerse cargo de la tienda, así como también de otros aspectos de la vida familiar, pues su esposo comenzó a deteriorarse rápidamente “murió por falta de oxígeno, ahí me tuve que espabilar, ahí se derrumbó todo, tuve que ponerme al frente, pude hacerlo sola” señala. Posterior al

fallecimiento de su esposo, cerro la tienda de sastrería, y comenzó a realizar arreglos de prendas de vestir manera particular, con lo que podía mantenerse económicamente pues ya tenía era conocida en el barrio por la calidad de su trabajo “me iba bien, tenía visión lo que vendía”. Con sus hijos mantiene una relación cercana y de apoyo en problemas cotidianos, aunque no necesariamente de apoyo emocional, porque han presentado reiterados problemas y malos entendidos, producto de los caracteres de todos “nos llevamos bien, pero no se sienten bien aquí por eso no vienen, prefiero que se distraigan es muy complicado”. Además, sus hijos presentan enfermedades que obstaculizan más la cercanía, él presenta una diabetes que está afectando seriamente su visión, y su hija ha sido operada en varias oportunidades.

En general Pepita es de escasas amistades, de las cuales 2 de ellas están vivas y las ve ocasionalmente. En la Residencia en general se siente bien, pero reconoce que aún no se adapta “es que no es mi casa”, y frente a esto se siente resignada. Mantiene contacto con la mayoría de residentes, sin embargo, menciona que no tiene amistades en este espacio porque son muy diferentes, hay personas que están en un estado de gran deterioro y porque no se pueden establecer diálogos, ni espacios de desahago, además considera ser una persona vergonzosa a la que no le gusta ser entrometida o molestar, “soy muy seria, de mucho hablar, pero no puedo coger amistades, cada una por su lado”. Con quien sí mantiene un vínculo de confianza, es con la psicóloga de la Residencia, a quien sí le comparte sus preocupaciones.

Pepita, define como una persona que ha ido cambiando con el tiempo, y que le han obligado a hacer frente a situaciones complejas, soy una mujer “trabajadora y luchadora” refiere. Por ejemplo, la emergencia de la guerra o la muerte de su esposo, son momentos altamente relevantes en su vida, ante esto señala “antes era más fuerte, si no hubiese sido así no hubiera podido superar todo lo que pasé”. A pesar, de caracterizarse a sí misma como una persona fuerte, tozuda, mal genio y difícil, menciona que durante el proceso de envejecimiento ha habido un cambio, y actualmente considera que es más pacífica, que no quiere tener problemas e intenta ser más tolerante. Ante estos cambios menciona “tal vez es el lugar o la edad... el cambio de ambiente, de lugar. Estás más sola, no coges amistades, cada una a nuestra, antes he tenido buenas amistades y relaciones”.

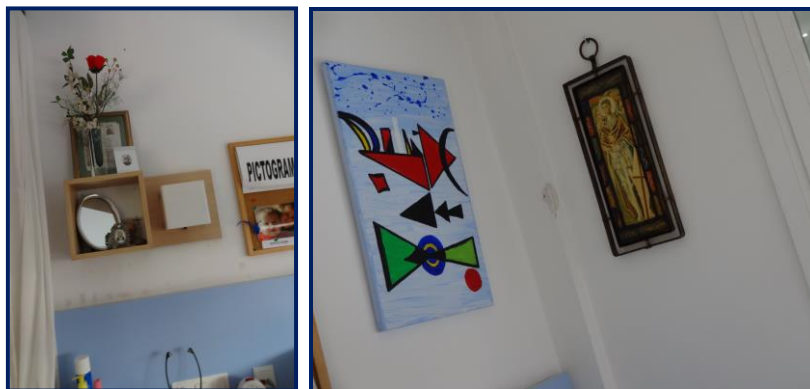
Fotografié mi lugar favorito en la residencia: “Mi habitación”.



Patricia: “¿Por qué te gusta este lugar?”

Pepita R: “Mmm no lo sé, si también la habitación, cuando estoy a la tarde sólo y estoy tranquila, viendo la tele... Descanso y pienso mucho en cosas, muchas, de ahora y de antes. Yo no quiero nada más, no quiero fotos, no quiero cosas, ahora la de mi madre la estoy arreglando, y la de mi marido. Cada uno tiene su gusto, su forma... Yo no quiero fotos, quiero pensamientos... Me gustan estas flores y Sant Jordi, este cuadro me lo hizo mi hija, no quiero nada más. Tengo estas flores, porque aquí no puedo tener nada, porque quiero tener flores, pero yo llevo los auriculares, el teléfono, y las tengo que andar trayendo porque a veces faltan cosas... Ocupo los cascos y no molesto a nadie, y en la noche hasta las 10, 11. Tenía para comprar unas flores y digo para qué, si no me caben”

Fotografié mi objeto favorito en la residencia: “Un conjunto de objetos personales”.



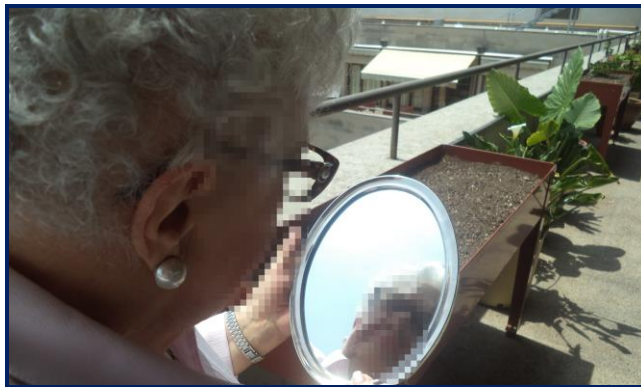
Pepita R: “Todo esto tiene su significado... Aquí la foto de mi marido y de mi madre, no quiero más fotos. Hay una oración y un ramo de flores. Ese jarro fue traído de Italia hace muchos años, y lo aprecio mucho. Ese cuadro lo hizo mi hija, y ese es Sant Jordi. Este jarro es italiano, y me lo trajo una seño de un viaje, y me apreciaba mucho, mucho, mucho, y ha muerto, murió muy rápido. Y hicimos muchas cosas. Y el cuadro también de Italia, es una oración muy bonita, y las chicas las fotografiaron para tenerlas ellas. Y la foto de mi madre era de cuando era pequeña. Todo este trozo me trae muchos recuerdos de mi madre y de mi marido, y mi nieto, pero aún lo recuerdo más en vida. Me gusta más recordar lo que hacíamos... cada uno tiene sus... recordar los buenos y también malos momentos. Yo tuve 15 años a mi marido enfermo y muchas cosas... Me daban imagen, no me daban vida, me hacían mucha compañía, la que me regaló el jarro. El jarro lo tengo hace años, el jarro sí que me lo llevo”

Retraté a una persona importante para mí en la residencia: “La psicóloga”.



Pepita R: “Son dos las personas importantes. Una es una señora María Pilar, no es catalana, es de Murcia, pero le gusta Cataluña y Barcelona mucho... y cada vez que salimos me pregunta, y esta casa, ¿de cuándo es?... vamos a muchos sitios. Y es con ella la que tengo confianza, y si tengo que explicar algo que es voluntaria que viene los lunes, viene cada lunes a hacer compañía, a andar y salir, llevo 7 u 8 años con ella. Es voluntaria de la Cruz Roja, es con ella con quien a veces tengo... Y de aquí con quien también tengo confianza, es con la psicóloga, la Laia. Las dos son las que para mí son puedo explicar algo, que no explico, con las que cuento un poquito más. Con todas me hayo, pero con estas son las que cualquier cosa, es con las que más.... La Laia, es con la que puedo hablar de cosas, de mi vida de mí y de todo, de mis problemas, o de mis alegrías... y contigo también creo... porque son muy iguales”

Me autorretraté, ¿quién y cómo soy?, ¿cómo fui?



- **Patricia:** “¿mírese en el espejo, ¿qué ves, ¿cómo te ves?”
- **Pepita R:** “que me mira al espejo vale... mi cara horrorosa, muchas arrugas, estoy mayor, y que tengo la edad que tengo...”
- **Patricia:** “¿y cómo te sientes cuando te miras...?”
- **Pepita:** “fatal, es que me miro muy poco, muy poco... Me miro cuando me arreglo, pero después no me miro... porque ya me he acostumbrado siempre así, me repaso el pelo antes de salir. Normalmente me arreglaba para ir a trabajar, y ya no me miraba, vosotros se pintáis, nosotras nos arreglábamos, y continúo mientras pueda... Tengo épocas como todos, épocas buenas y otras malas. Cuando me encuentro mala, hago mala cara, muchas ojeras... Yo me miro a la noche, y veo una cara horrorosa, ves tú no lo notas, pero mira qué ojeras...”
- **Patricia:** “si te miras, ¿encuentras algo que te gusta?”
- **Pepita:** “no lo sé, esto me sobra, me pinto los labios, los ojos, no sé si hay algo que me gusta de mi cara... uh, me veo muy arrugada, ves que me veo más ancha que larga... jajaja. Pensé que quedaría peor, mira todas me quedan mal, pero salió bien eres un arte para hacer fotos... Pensaba que no había quedado bien...”
- **Patricia:** “¿cómo eres?”
- **Pepita:** “procuro igual que todos, no enfadarme o no discutir, soy nerviosa, no me agrada no, no... Yo te digo una cosa, mi vida ha sido muy complicada y muy difícil, entonces he tenido que, soy, soy tozuda, cuando yo esto lo tengo aquí, pero lo quiero aquí, no paro hasta que lo tengo aquí... lo intento... Ahora tengo problemas... interiores, como todas pueden tener, que esto me falla, que esto no me gusta... o se me rompe esto y me pongo de mal humor. Y me mantengo muy nerviosa con aquella persona, o cuando me atacan no sé contestar de golpe, después lo pienso y digo puñetas por qué no he contestado, no... te puede decir algo..., pero no tengo la reacción fuerte, después lo pienso... ahora no quiero discutir con nadie... Hace tiempo que no nos sacaban fotos, bueno en las excursiones ahí sí... Me sentí fatal, porque a mí no me gusta hacerme fotos, porque sé que quedan mal y punto, yo sé que estoy mal, ¿no sé si me entiendes?, pero prefiero no verme..., claro yo no porque no quiero salir en la foto... No me saco fotos desde que mi marido desde los 49 años se puso enfermo, hasta los 63. Entonces desde ahí que no me saqué más fotos, mi marido se envejeció 10 años, cogió una enfermedad muy fuerte entonces ya no comenzamos a salir, ni hacer fotos. Pero de mis hijos y cuando eran pequeños y de jóvenes nosotros, siempre íbamos con fotos. Y después ya ahora hacerlas ya, me han hecho cuando hemos ido de excursiones, cuando he salido en grupo, o con las amigas... pero ya no he tenido la afición de hacer fotos. Cada persona tiene una época, entonces a mí me tocó la época que mi marido se envejeció, pero mucho, se hizo mayor... De mis nietos sí, tengo muchas fotos, más de este último tiempo pocas...”

3. Fotografías de las sesiones y exposición.



Fotografías de distintas sesiones



Fotografías de la exposición

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En este apartado, se realizará un análisis de los procesos vivenciados por las participantes en los grupos psicoterapéuticos. Este análisis, se realizará en tres niveles: en el primer nivel, se describirán los aspectos de la identidad que fueron reconocidos y narrados por las participantes de los grupos. En un segundo nivel de análisis, se detallarán los principales resultados cualitativos obtenidos de la pauta observacional que se administró posterior a cada sesión. Finalmente, el tercer nivel de análisis, se realiza a partir de la evaluación y valoración, que las propias participantes realizaron en relación a su proceso en el grupo.

1. Aspectos de la identidad personal de las participantes.

Al revisar la implementación de los grupos psicoterapéuticos destinados a las usuarias de la residencia, se analizaron los resultados en torno a los diversos aspectos de la identidad personal que fueron impulsados por las técnicas de la fototerapia y las reminiscencias, y que pudieron ser reconocidos y narrados por las participantes. Dichos aspectos de la identidad personal, se describen a continuación.

En relación a la identidad como concepto, se entendió en este trabajo como “el conocimiento que cada individuo tiene sobre sí, el autoconcepto o autoimagen orientado a una definición de sus propios significados y realidades (Escobar, 2000, p. 170). Teniendo este concepto a la base de los grupos, las participantes, fotografiaron, describieron y reflexionaron en torno a 4 aspectos vinculados a la identidad y puestos en relación con la Residencia, en la cual viven o asisten: los lugares y objetos valorados, las personas significativas y finalmente ellas mismas.

El primero de los aspectos vinculados a la identidad que se trabajó, fueron los **lugares significativos**. Dichos espacios, permitieron que algunas participantes rememoraran intereses pasados que se han ido perdiendo o que se hacen de manera diferente en la actualidad, como es en el caso de Paquita que fotografió la sala de espera de la Residencia que está repleta de cuadros colgados, los que le rememoran su pasión por la

pintura. Y por su parte Ramona, quien fotografió la sala de fisioterapia, lugar que le permite hacer ejercicio, y que rememora una actividad que hizo durante toda su vida. A su vez, los lugares, también permite el encuentro y la compañía, como es en el caso de Margarita, quien se reúne cada día con su esposo en el comedor del Casal, dicho encuentro le disminuye la angustia, le transmite tranquilidad y refuerza la seguridad.

Por otra parte, en el caso de las participantes que presentaban un grado más avanzado del alzhéimer, y que no sabían o no recordaban qué lugar les era importante dentro de la Residencia, o si habían no estado en él, en este grupo no pasó a ser obstáculo para encontrar un espacio en el que se estuvieran cómodas y agradadas. Como fue el caso de Pepita J, quien no sabía qué lugar elegir en un comienzo, sin embargo, al transitar por diversos espacios, se le observó que se sentía cómoda uno en particular, en el comedor Casal, siendo desde su opinión un lugar que le gustaba, porque las personas que lo habitaban se veían que estaban disfrutando. O también, como fue en el caso de Narcisa, que eligió fotografiar el bar del Casal, a pesar de que en un comienzo no sabía por qué le gustaba, fue los objetos que había en ese lugar los que sí le llamaron la atención, y permitieron que tomara mayor interés de fotografiar dicho espacio.

En relación a los **objetos valorados** que fueron fotografiados por las participantes de este grupo, fueron en general objetos de uso cotidiano, pero de alta relevancia subjetiva, pues permiten, por ejemplo, distraerse o entretenerse como en el caso de Pepita J. que fotografió los dibujos que colorea en el taller de manualidades o de memoria. Así como Narcisa que fotografió las revistas, que efectivamente ojea a diario y le permiten distraerse. A pesar de que ambas participantes, en un comienzo no tuvieran claridad de qué objeto querían fotografiar, ni por qué, al recorrer la Residencia surgió la necesidad de captar la imagen de dichos objetos, porque efectivamente rememoraban o provocaban cierta familiaridad, cercanía o interés. A su vez, el papel y lápiz para escribir poesía, en el caso de Paquita, y el cuaderno de dibujo para pintar en el caso de Ramona, son objetos significativos, porque les permiten seguir haciendo lo que les apasiona y les llena de ilusión: escribir poesía y pintar. Siendo en ambos casos, elementos biográficos muy importantes, porque tanto la poesía, como la pintura, les rememoraron momentos en los que fueron reconocidas, o permitieron se reforzar ciertos vínculos.

Respecto a las **personas significativas** que fueron elegidas para ser fotografiadas, Paquita decidió fotografiar a Margarita, y esta última a la primera. Ambas mencionaron que su elección, fue producto de la relación de amistad que mantienen, la que se basa en la confianza y el feeling, características que les permiten buscarse para hacerse compañía y ser confidentes. Por su parte, Pepita J, y Narcisa, no tenían claridad de quiénes podían ser personas importantes para ellas dentro de la Residencia, es por esto que al igual que en la sesión anterior, se les acompañó de manera individual para que buscaran por separado a la(s) persona(s) que eligieran como importantes, para ser fotografiada. En el caso de Narcisa al recorrer su planta, identifica a una de las residentes con la que se siente más a gusto y decide fotografiarla, y efectivamente casi a diario se sientan cerca, sea para conversar de algo cotidiano, o para simplemente acompañarse. Por su parte, Pepita J., al caminar por su planta, se sintió cómoda estando cerca de Emma y Rosa otras residentes, y al fotografiarlas señaló “solas no estamos, siempre hay gente, hablamos y si no hablamos ya está”. Esta es una frase hermosamente condensada, que permite reconocer cómo a pesar de que la persona presenta demencia tipo alzhéimer, es capaz de identificar con quien quiere estar, así como refleja la importancia de la compañía más allá del lenguaje verbal, sino como un acto de presencia, como una posibilidad valorada de estar y compartir. En el caso de Ramona, ocurrió algo que fue llamativo incluso para el personal de la Residencia, optó por fotografiar a su compañera de habitación, con quien aparentemente ha tenido una relación algo conflictiva, sin embargo, Ramona menciona que a pesar de que a veces discutan se sienten a gusto estando juntas, porque se apoyan, pero a la vez mantienen su independencia.

Finalmente, en la sesión del **autorretrato**, se les solicitó a las participantes que se observaran en un espejo, y posteriormente se les mostró el retrato realizado, permitiendo a las participantes contemplarse con calma, luego y realizar un relato sobre sí mismas. Tal como fue mencionado en apartados anteriores la fotografía como retrato, permite devolver a una persona una imagen de sí misma, que puede o no representar la realidad (Short, 2013), y es sobre esa representación que se tiene sobre sí mismo, que se va forjando a partir del recorrido biográfico, el cual que incluye la relación con sí mismos, con los otros y con el contexto social que lo rodea, es que la identidad personal, y podemos decir ahora esa

imagen de sí mismo que se ve en el espejo y luego en la fotografía, “se construye con relación a ciertos límites que forjan un mapa conocido, ya sea por los afectos con los que se relaciona o los contextos en que se desenvuelve” (Iacub, 2011, p. 91)

El acto de hacer consciente los cambios, las pérdidas y las transformaciones corporales, a través del espejo y el autorretrato e hizo surgir en las participantes, relatos torno al cuerpo, y que pueden ser analizadas en tres niveles: la imagen física, la funcionalidad y la subjetividad desde una perspectiva de género.

En relación a la *imagen física*, las 5 participantes refieren que han tenido transformaciones concretas, como la aparición exponencial de arrugas, canas y manchas, así como el aumento de peso, siendo estas características que se han incorporado con el paso de los años, y aumentado durante el envejecimiento. Sin embargo, la diferencia radica en cómo hacen frente a dichos cambios, a una de las participantes se le percibe más resignada, “ha cambiado, está viejo estropeado... ya está no puedo hacer nada” señala Pepita J., en cambio Narcisa señala sentirse bien y tranquila ante sus cambios. Sin embargo, a Ramona se le percibe más defensiva y frustrada, le es difícil comenzar a mirarse en el espejo, y cuando lo logra dice “¿por qué quieres que me mire?, parezco un bicho”, reforzando una actitud autodestructiva, al igual que Paquita, quien señala “parezco una tita muerta... un barril... un padre... fea... horrorosa”. A pesar de intentar que ambas participantes busquen aspectos positivos sobre su imagen física, no le es posible identificarlos, ni expresarlos.

En relación a la *funcionalidad* asociada al cuerpo, dos de las entrevistadas hacen referencia a que el paso de los años ha afectado el cómo realizan ciertas actividades, Narcisa mencionó que cuando era joven hacía cosas, en cambio actualmente no tiene deseos de hacerlas “no tengo ganas”, señala. Por su parte Ramona, hace referencia a que ya no logra hacer las actividades de su interés de la misma manera en que las hacía antes, por ejemplo, no puede escribir o pintar como le gustaría, producto de la disminución visual que presenta, junto con esto, menciona que añora volver a nadar en el mar como lo hacía cuando era joven, lo que le está impedido porque su movilidad está muy reducida, llevándola a utilizar silla de ruedas.

En relación al nivel *subjetivo* asociado al cuerpo, es interesante lo narrado por Pepita J., quien afirma “antes todo me lo creía... ahora soy dueña de mi cuerpo, no me dejo dominar... yo dispongo de mi cuerpo, voy donde quiero”. Su frase condensa una suma de experiencias vinculadas al sometimiento y malos tratos que recibió por parte de su esposo fallecido, experiencia que no fue comentada explícitamente por ella, pero sí por un familiar. Lo que sí es mencionado por Pepita es que desde su marido murió es una mujer libre que hace lo que quiere. Una de las reflexiones que se puede hacer sobre la frase de Pepita J., es que la subjetivación del cuerpo y sus significados, se dan más allá de la imagen física, porque el cuerpo también es huella de experiencias biográficas que pudieron ser traumáticas, las que, en el caso de Pepita J., posterior al fallecimiento de esposo pasan a resignificarse, permitiendo la liberación del cuerpo (y de su subjetividad) ante la opresión del pasado. Las frases de todas, pero sobre todo de Pepita se pueden analizar desde diversas perspectivas, por ejemplo, desde los derechos humanos y de género, ante esa necesidad de estas mujeres mayores hacer valer la autonomía, intendencia, libertad de movimiento y de pensamiento, que en el caso sobre todo de Pepita se vieron obstaculizados mientras mantuvo una relación de pareja, no sabemos si primó una dinámica de violencia, pero sí a partir de sus palabras podemos inferir que fue una relación de opresión y bajo un mandato patriarcal y machista.

En términos generales, las narraciones de las participantes en torno a sus lugares favoritos en la residencia, recuerdan que lo relevante en la atención individualizada, y es lo que quiso reforzar la implementación de estos grupos psicoterapéuticos, pues parte de los principios de las intervenciones que son promovidas desde la ACP buscan considerar las preferencias personales, asociadas a las rutinas, actividades y lugares en los cuales los usuarios sienten seguridad, confianza y comodidad. Así como, la decisión de qué objetos son los más significativos para ser fotografiados, recuerda idea de que los objetos conocidos son referencias fundamentales, ya que vinculan el presente con el pasado, lo desconocido con lo familiar (Brooker, 2013), siendo así fundamental mantenerlos bajo el resguardo de las personas mayores, presenten o no demencia tipo alzhéimer, y sean o no residentes.

2. El proceso de las participantes, resultados de la pauta observacional.

La observación y su posterior descripción, fue uno de los niveles en que se realizó el análisis de los grupos psicoterapéuticos sobre -identidad y envejecimiento, desde la fototerapia y reminiscencias-. Para este fin, se diseñó una pauta observacional (ver anexo n° 5), tomando como referencia los principios del Dementia Care Mapping. Tal como se mencionó en apartados anteriores, el instrumento original, se utiliza para evaluar el desarrollo y los procesos de prácticas en el rubro asistencial, con foco en la atención centrada en la persona que presenta demencia (Brooker, 2013). En este caso, el objetivo de la presente pauta observacional, fue evaluar el proceso de las participantes a lo largo de las sesiones de los grupos. La pauta observacional fue respondida por la psicóloga a cargo de los grupos, posterior a cada sesión. Esta pauta, estuvo constituida por 3 apartados: el **nivel de bienestar** que presentaron las participantes, el cual fue posible de conocer principalmente mediante las frases, así como las expresiones del estado anímico, y las actitudes no verbales. El segundo apartado a observar, fue el **nivel de implicación** dentro del grupo, es decir, cuán conectada se encontraba la participante en cada una de las sesiones, tanto en las actividades, como con el resto de las integrantes del grupo. Y el último apartado fue la **calidad relacional**, en el que se dio espacio para observar actitudes vinculadas a las 5 necesidades psicológicas básicas descritas por Kitwood (1993): confort, intimidad, apego, ocupación e inclusión.

Para realizar el análisis de la observación del proceso de cada participante, y debido a lo extenso de esta información, no se describirá sesión a sesión, sino que más bien se realizará un análisis del proceso de las participantes a partir de los 3 elementos de la pauta observacional, diferenciada por grupos e integrantes, se ejemplificará con frases, actitudes, acciones o elementos del lenguaje no verbal.

Por una parte, el **grupo “el lobo feroz”**, es decir, de participantes que presentan demencia tipo alzhéimer, *el nivel de bienestar, implicación y la calidad relacional en general fue dinámico y positivo, mejorando al paso de las sesiones, aunque con la*

excepción de una de las participantes. Se describirá brevemente el proceso que se observó de cada participante de este grupo.

En relación a **Paquita**, su *nivel de bienestar* en general fue de bastante *motivación y satisfacción*, sobre todo cuando su participación era más activa en el grupo. Por ejemplo, cuando Paquita mayor espacio para hablar sobre su experiencia, se le notaba muy alegre e interesada. Esto también se percibía, cuando era su turno para sacar fotografías, pues destinaba bastante tiempo en buscar un buen encuadre, así como también requería de tiempos extensos para relatar por qué había hecho dicha fotografía, percibiéndose incluso, ciertos niveles de ansiedad ante el deseo de seguir hablando. En cambio, cuando eran otros los que hablaban o sacaban las fotografías, en general Paquita perdía la atención, y se mostraba más *desmotivada*, incluso en una de las últimas sesiones, se la veía casi somnolienta, sobre todo cuando era el turno de que las otras participantes hablaran. Junto con lo anterior, su *nivel de implicación fue dinámico*, la mayoría del tiempo se le percibía atenta a lo que la psicóloga decía, en cambio tendía a perder el interés cuando escuchaba a los otros. Por ejemplo, en vez de escuchar a la persona que hablaba sobre su fotografía, se dedicaba a conversar con otra de las participantes. En un comienzo se le permitió explayarse como ella se sintiera cómoda, sin embargo, con el tiempo fue necesario solicitarle que esperara su turno para hablar, o que se quedara en silencio, pues interrumpía las conversaciones. Al hacer esto, ya en las últimas sesiones se mantenía un poco más atenta y respetuosa ante los turnos de los demás. Respecto a la *calidad relacional*, en general estaba atenta si alguna participante necesitaba ayuda, las apoyaba y se mostraba *colaboradora*, sin embargo, a la vez también había momentos en que interrumpía, incluso llegando a ignorar a otros, cuando no dejaba espacio para que se explayaran.

En el caso de **Pepita J.**, mantuvo en general un *nivel de bienestar positivo*, se la percibía motivada, dispuesta, alegre y relajada, aunque cuando se desorientaba tendía a dar señales de sentirse algo afligida o desconcertada. Su *nivel de implicación se mantuvo en general positivo, estando la mayor parte del tiempo atenta y concentrada* en lo que se estaba realizando. Sin embargo, a veces daba la impresión que no siempre estaba comprendiendo o siguiendo el ritmo o el curso de la actividad o conversación, al parecer porque se desorientaba, o no recordaba con claridad lo que se estaba realizando. Es por

esto, que al pasar las sesiones se le fue intentando implicar más en las conversaciones, preguntándole si estaba comprendiendo, si tenía alguna duda, así como pidiéndole su opinión frente algún tema, porque la mayoría de las veces no hablaba en el grupo de forma espontánea. De la misma manera, la psicóloga realizó acciones dirigidas e individualizadas, para que pudiera explayarse y realizarlas a un ritmo más adecuado para ella. Durante las últimas dos sesiones, se le observó más atenta e implicada, pudiendo ser por los cambios que se realizaron en términos de las estrategias utilizadas con ella, así como también porque durante ese tiempo tuvo un cambio importante a nivel biográfico, pues pasó de asistir al Centro de Día, a vivir en la Residencia. Sobre su *calidad relacional*, en general mantuvo una actitud cálida, con buena disposición y muy respetuosa.

Respecto a **Narcisa**, ocurría algo bastante particular en relación a su *nivel de bienestar*, tendía a mantenerse dispuesta, sin embargo, perdía la atención, se desorientaba y se aburría con mucha facilidad, lo que era posible de percibir cuando comenzaba a dar golpecitos con sus dedos en la mesa, o a mirar para otro lado. En relación a su *nivel de implicación*, en general mantuvo buena disposición, pero a la vez se la observaba desmotivada, desinteresada y condescendiente. En varias sesiones, sobre todo cuando estábamos recorriendo la Residencia, tendía a alejarse del grupo y sentarse en una silla distante, señalando que estaba cansada. Narcisa recorría los lugares sin tomar mucha atención, y dedicaba escaso tiempo a realizar las fotografías, así como también era muy difícil que extendiera una narración en torno a lo fotografiado, contestando con frases cortas, con un “lo que tú digas, tú mandas”, con un “sí” o un “no”. Fue por esto, que durante las sesiones la psicóloga comenzó, al igual que con Pepita J., a promover acciones más dirigidas e individualizadas, para que pudiera realizar las actividades con un apoyo más permanente, y sin tantos estímulos que la distrajera. Este cambio en la estrategia, permitió que se mantuviera más conectada, pero igualmente se la observaba fatigada. Esta actitud y estado de ánimo, es muy habitual en Narcisa, no sólo en el grupo, sino que en la mayoría de los espacios en los que participa en la Residencia. Sobre la *calidad relacional*, en general se la observaba respetuosa pero distante, por ejemplo, no conversaba de manera espontánea con el resto de las participantes, a no ser que tuviera alguna pregunta concreta, para saber la hora, dónde estaban sus pertenencias, o si ya era momento de comer.

Por su parte **Margarita**, mantuvo en general un *nivel de bienestar más bien neutral y en ocasiones con pequeñas señales de ánimo negativo*. Esto, vinculado principalmente a malestares físicos que presenta, como dolor de estómago y mareos frecuentes, que le dificultaban realizar la mayoría de sus actividades, conllevando en una de las sesiones a plantear que no quería participar y que prefería quedarse en su habitación. Producto de lo anterior, *el nivel de implicación de Margarita en general, fue breve e intermitente*. La mayoría de los días, se encontraba con bajo estado de ánimo, sin embargo, éste disminuía o incluso mejoraba, cuando su esposo la iba a visitar a la Residencia. Cuando compartía con él, se percibía a Margarita alegre y animada. Lo anterior, es coherente con una de las fotografías que realizó del lugar máspreciado para ella, la mesa en el comedor, espacio en el que comparte con su esposo. Respecto a la *calidad relacional* que estableció con las participantes y la psicóloga, fue de *colaboración y participación, aunque en general más bien distante*, excepto con una de sus amigas que estaba en el mismo grupo.

En el caso de **Ramona**, respecto a su *nivel de bienestar en general se le percibió satisfecha y relajada*. Siempre mantuvo disposición a trabajar, y mucha ilusión por hacer las fotografías. Hubo algunas excepciones, en las que a veces se desorientaba y daba algunas señales de desconcierto, momentos en los que era necesario darle pistas y recordar qué actividad estaba haciendo, o qué se estaba conversando. En general, estuvo *bastante implicada, concentrada y atenta* a lo que se realizaba, pero se distaría con facilidad. Y respecto a la *calidad relacional*, durante su proceso se la observó *colaboradora, cálida, y divertida*, aunque tendía a relacionarse más con la psicóloga, que interactuar espontáneamente con las participantes.

Por otra parte, el **grupo “la amistad”**, es decir de las participantes que no presentan dependencia tipo alzhéimer, *el nivel de bienestar e implicación fue incrementándose a lo largo de las sesiones, más aún la calidad relacional*, pudiendo emerger y observarse casi al término del grupo, sensaciones asociadas a la intimidad y apego, entre la mayoría de las participantes.

En el caso de **Conchita**, en relación a su *nivel de bienestar durante todas las sesiones, se la observó muy alegre, risueña y divertida*, y manteniendo un *nivel de*

implicación concentrado, pero fácil de distraer, por ejemplo, en ocasiones respondía de forma estereotipada, o se quedaba con alguna idea anterior, manteniéndose en varias oportunidades, al margen de las conversaciones. Respecto, a la *calidad relacional* que establecía con las participantes, en general era de *atención, colaboración e intentando siempre divertir* a las demás.

En relación a **Carmen**, su *nivel de bienestar se la observaba en la mayoría de las veces satisfecha, feliz y relajada*. Sin embargo, Carmen llegaba tarde a casi todas las sesiones, porque olvidaba el horario de inicio del grupo a pesar de haberle avisado con anterioridad, esto le generaba incertidumbre y potenciaba la desorientación, provocando en momentos pequeñas señales de ánimo negativo como desconcierto y culpa. Respecto al *nivel de implicación*, a Carmen se la percibía *profundamente concentrada y atenta*, aunque en ocasiones se distraía cuando eran los otros los que hablaban. Lo anterior, también se percibía en su *calidad relacional*, pues a pesar de que tendía a establecer acciones de *colaboración* con los otros, intentando *incluir y facilitar* la tarea de los demás, había momentos en que *interrumpía o ignoraba* a alguna de las participantes, sobre todo con una en particular. A la vez, tendía a mantener más contacto y solicitar mayor atención a la psicóloga, llegando en ocasiones a ser un poco dependiente e insistente.

En el caso de **Fina**, su *nivel de bienestar* se mantuvo siempre bordeando la *satisfacción, la calma y la contemplación*, y con un *nivel de implicación muy alto*, siempre atenta y concentrada ante lo que los demás hablaban o hacían, sin embargo, esta forma incidía en su *calidad relacional*, porque a pesar de que siempre mantenía una actitud de *respeto, de aceptación, colaboración e inclusión*, en ocasiones ella misma mantenía cierta *distancia del grupo*, limitando sus intervenciones y opiniones. Esta actitud, fue modificándose poco a poco, durante las últimas sesiones, posicionándose desde un rol un poco más activo y empoderado, permitiéndose incluso expresar y defender su posición ante un tema de conversación.

Finalmente, respecto a **Pepita R.**, se puede mencionar que su *nivel de bienestar fue bastante variable y dinámico*, tal como ella lo decía “estoy como el día”, en general su estado de ánimo era más bien bajo, sobre todo por malestares físicos asociados a la artrosis,

así como preocupación por sus hijos. En relación a lo mismo, su *nivel de implicación era intermitente, a veces la observaba atenta y concentrada, y otras más absorta a sus propios comentarios*. Ya en las últimas sesiones, fue posible observar a Pepita R., más conectada y atenta a lo que ocurría en el grupo. Respecto a la *calidad relacional*, sobre todo al comienzo Pepita R., *se le observaba más bien evitativa, tendía a interrumpir en las conversaciones*, siendo necesario pedirle reiteradas veces que respetara los turnos, y en momentos podía llegar a ser poco flexible e intolerante. Sin embargo, en las últimas dos sesiones, se la vio más tranquila, e incluso manteniendo y promoviendo los espacios de diálogo con las demás, hacía preguntas y se le percibía con interés de integrar e integrarse al grupo.

3. Evaluación de los grupos desde la perspectiva de las mismas participantes.

Otro nivel de análisis del proceso de los grupos, se construyó a partir de la evaluación realizada por las propias participantes. Esta información, se obtuvo a partir de una entrevista semiestructurada que realizó la psicóloga a cargo de los grupos (ver anexo n° 6), al término de la intervención, se realizaron diversas preguntas abiertas, para que pudieran comentar su proceso, evaluar la intervención, así como recomendar elementos necesarios a mejorar.

Respecto a las mujeres mayores participantes al grupo “**el lobo feroz**”, es decir, las que presentan el diagnóstico de demencia tipo alzhéimer, es importante mencionar que no fue posible evaluar el proceso que tuvieron el grupo, mediante esta metodología, pues no recordaban que se había realizado este grupo, ni de qué se trataba. Al mostrarle algunas fotos de ellas mismas en el grupo, o mostrándoles la exposición, en general referían no recordar que lo habían hecho, si decían, por ejemplo, que las “fotos estaban majas”, que les “gustaba verse en la exposición”, preguntaban si “había perritos”, cuando hicieron las fotos, o señalaban que sí les gusta que les hagan fotografías, dando a entender que no recordaban las acciones realizadas en conjunto. La excepción probablemente pude haber sido Paquita, quien mantiene un mejor estado de la memoria, sin embargo, no fue posible realizarle esta entrevista, porque estuvo de vacaciones con su familia.

Debido a lo comentado anteriormente, es que fue relevante utilizar la pauta observacional que se describió en el apartado anterior, con todas las participantes, pero sobre todo con las de este grupo, en que se hizo muy difícil evaluar mediante la comunicación verbal, los beneficios o perjuicios que pudo tener la intervención en estas participantes. Además, las entrevistas se realizaron casi dos semanas después del término de los grupos, esto mismo se reconoce como un error metodológico que pudo acrecentar el olvido de lo realizado. Por lo mismo, se recomienda que cualquier evaluación posterior a las intervenciones con personas que presenten demencia tipo alzhéimer, se realice lo más próximo al término de la actividad. Sin embargo, un elemento a destacar, es que a pesar del tiempo entre el término del grupo y la entrevista, las participantes a pesar de no recordar el nombre de la psicóloga que participó en los grupo, sí se percibió que pudieron reconocer por ejemplo el tono de voz o el trato que la profesional mantuvo con ellas, esto favoreció el contacto y la confianza, para que pudieran responder las preguntas que se les hizo en relación a aspectos de su identidad y biografía, posterior a la intervención.

En el caso del grupo de **“la amistad”**, es decir, de las mujeres mayores que no presentan demencia tipo alzhéimer, también se las entrevistó 2 o 3 semanas después del término de los grupos, en cambio ellas sí recordaban e incluso añoraban el espacio. La evaluación por parte de las participantes giró en torno a las siguientes inquietudes.

Ante la pregunta **¿qué fue lo que les gustó del taller?**, *Conchita* menciona que le gustó “todo, de las fotos de la habitación, cuando subimos al terrado... el grupo estuvo bien”. Efectivamente la sesión en la que fuimos a las habitaciones y subimos a la terraza, fueron dos de las sesiones en que *Conchita* estuvo más implicada y alegre, incluso hacía bromas. El poder visitar las habitaciones de las demás y mostrarla propia, fue un hecho de alta relevancia para ella.

Por su parte, *Carmen* señaló *“no tengo capacidad para decirte... Buenos cuando subimos a la terraza, cada una escogió un trozo del jardín. Me gustan las plantas... como trabajé en el campo, con mis padres...”*. Se vuelve a repetir que algo que les gustó fue haber subido y fotografiado en la terraza, siendo el único sector al aire libre de la Residencia. Otro punto relevante de lo mencionado por *Carmen*, es cuando ocupa dice la

frase “cada una eligió”, siendo esto uno de los principios que busca la ACP, promover la autonomía ante sus propias decisiones, sin imponer.

En el caso de *Fina*, mencionó “*en general me gustó todo, ir a ver las habitaciones de los demás. Y verlas colgadas aquí (exposición). Hacer las fotos, que la gente las contemplara, es bonito. Me leyó mi nieta, cuando vienen las ven. El trato contigo también me gustó, la persona que acompaña, eres agradable*”. *Fina* reitera al igual que las otras participantes, el agrado que sintió cuando mostró al grupo su habitación. Eso puede permitir por lo menos dos reflexiones, por un lado, refleja lo importante que son las habitaciones para las personas que viven Residencias, esto porque favorece la intimidad y privacidad, así como permite incorporar en ellas objetos que remiten a su pasado y presente, es decir, objetos que son reflejo de su identidad. Dentro de esas cuatro paredes, están sus objetos más preciados, las fotografías de sus seres queridos o momentos importantes, adornos que rememoran a ciertas personas, así como se plantea como un lugar donde encuentran tranquilidad y seguridad. Además, en el caso de este grupo no habían entrado a las habitaciones de otras personas, por lo que mostrar y permitir la entrada de otro a la habitación personal, fue un acto que reflejó confianza y cercanía. Una segunda reflexión que se extrae de lo que relata *Fina*, es el agrado que sintió ante la exposición de las fotografías y que fueran miradas por otros, permitiendo que incluso su familia dedicara tiempo para contemplar las fotos y leyera sus relatos, mostrando de esta manera que el haber realizado la exposición se estableció para *Fina*, como un acto de reconocimiento. Y por último *Fina*, hace alusión a la relación y a las características de la psicóloga que realizó el grupo, destacando el buen trato y la compañía. Siendo este también, uno de los elementos que promueve la ACP.

Por su parte, *Pepita R.* señala que del grupo le gustó “*todo, hacer las fotos, mirar lo que nos gusta. Lo pasé bien. Las preguntas que hiciste fueron buenas. Mis sobrinas me dijeron que quería leerlas (las citas asociadas a las fotos)*”. *Pepita*, hace alusión a que le agradó el acto mismo de fotografiar, siendo este uno de los objetivos específicos de la realización de los grupos, así como dedicar tiempo a lo que le gusta contemplar, nuevamente el poder de decisión pasa a ser relevante, así como realizar actividades que la

distiendan y entretengan. Y tal como Fina, da a conocer lo importante del reconocimiento, en este caso de sus nietas que tuvieron el interés de contemplar y leer sus narraciones.

Otra pregunta de la evaluación de su proceso, fue **¿qué aprendieron en el grupo?** En relación a esto, *Conchita* señala que aprendió “*cosas que no había visto, ni hecho antes. Una vez le corté la cabeza a mi marido y a mi cuñado, y no me dejaron más sacar fotos*”. La frase de *Conchita* refleja la importancia de seguir motivando a las personas mayores a aprender cosas nuevas o reforzar algún aprendizaje que hayan tenido en el pasado, independiente si tenían o no, esa habilidad o conocimiento.

Por su parte, *Carmen* menciona que lo que aprendió en el grupo fue “*darme cuenta de que hay amigas, que la fotografía dentro de mi persona no la llevo bien y que no me enfadé*”. A pesar de lo breve de la frase, ésta condensa varios aspectos relevantes que se pueden reflexionar. Por un lado, desde la perspectiva de esta participante el grupo fomentó las relaciones interpersonales y la confianza, al decir que se dio cuenta de que hay amigas, es importante recordar que *Carmen* en general busca relaciones de amistad y tiene facilidad para sociabilizar, pero no siempre consigue su objetivo, precisamente porque tiende a irritarse con facilidad, siendo esto último algo que pudo controlar y evitar durante el proceso del grupo y que percibe en ella misma un cambio favorable “no me enfadé” señala. Y, por último, reconoce la dificultad que tiene para aprender a utilizar la cámara fotográfica, siendo coherente con la dificultad que tiene respecto al aprendizaje y el uso de nuevos objetos, sin embargo, a pesar de ello fue capaz de realizar fotografías y de narrar en relación a ellas.

Ante la misma pregunta, *Fina* señaló que lo que aprendió en el grupo fue “*a tener amistades, algunas más agradables que otras, pero sirvió para conocerlas más. Hacer las fotos, yo tenía máquina, pero ahora es más difícil enfocar*”. Al igual que *Carmen*, señala el grupo le permitió reforzar los lazos, y construir con algunas relaciones de amistad, es clara en señalar que no con todas, como ya lo mencionó en otros momentos del grupo, *Fina* es más bien selectiva y prefiere mantener la distancia, sin embargo, el grupo le permitió conocer en profundidad a sus compañeras. Además, resalta el acto mismo de fotografiar, pues le permitió recordar y volver a hacer algo que le gustaba, señala que ha perdido cierta

habilidad más técnica de la fotografía como es el enfoque, producto de la disminución visual que presenta. A pesar de esta dificultad, durante las sesiones Fina era muy detallista y dedicaba tiempo a buscar el encuadre que le gustaba, y en general sus fotos estaban muy bien enfocadas.

Pepita R., señaló que lo que aprendió en el grupo fue que “*no quería fotos en la habitación, pero estas me gustan. Me di cuenta de cómo era yo*”. Su frase es significativa, en primer lugar, porque resignificó su relación con las fotografías, durante una sesión ella mencionó que desde que su esposo enfermó no quiso que la fotografieran a ella, ni a su marido, junto con eso fue dejando de hacer actividades que gustaban, en un momento dijo “*yo sé que estoy mal, pero prefiero no verme*”. Sin embargo, el proceso que tuvo en el grupo le permitió volver a contemplar lugares, objetos, personas y a sí misma, así como archivar imágenes que esta vez si quiere conservar y volver a mirar. Por otro lado, menciona que el grupo le permitió darse cuenta de cómo era ella, siendo esto muy significativo a nivel de proceso subjetivos, dando así una respuesta al objetivo general que tenía el grupo, que era promover el reconocimiento de distintos aspectos de la identidad personal, en el caso de *Pepita R.*, lo dice directamente, le permitió conocerse más en profundidad.

Una tercera pregunta de la evaluación, fue **¿cómo se sintieron en el grupo?** Frente a esto, las participantes relataron sentirse bien, a gusto, que disfrutaron, y se sintieron alegres. Por ejemplo, *Carmen* mencionó que le permitió aprender una actividad nueva, resaltando que lo logró hacer, a pesar de no haber asistido durante mucho tiempo a la escuela. Por su parte *Conchita* señaló “*me gustaba, en la vejez ser artista, haciendo fotos... jaja*”, dejando entrever por medio de su humor, lo importante que es seguir haciendo actividades novedosas o interesantes para ellas, a pesar de la edad.

Se les preguntó también a las participantes, **¿qué pensaron sobre la exposición?**, todas señalaron que fue una buena experiencia y que les agradó. En el caso de *Conchita*, mencionó la exposición fue “*maja, me hace gracia vernos a todos. Pregunté cuando me las darían (las fotografías). Mis nietos las vieron y dijeron que estaban bien...*”. Dando a entender que fue gratificante sentir que otro podía observar el trabajo realizado, incluidos

sus seres queridos, reforzando la idea de la necesidad de reconocimiento. Por su parte *Carmen*, señaló que la exposición fue algo “*bonito, me gustó. Tuviste el acierto de hacerla, se ve enseguida la paciencia, para que podamos entender y aceptar*”. En este caso *Carmen*, vuelve a resaltar lo importante de las características (paciencia) de la psicóloga que estuvo a cargo de los grupos, siendo actitudes que promueven para ella, un mejor aprendizaje. A su vez *Fina*, mencionó al respecto que “*todas las personas que la miraron (la exposición) les gustó, algunos leen (las citas), está bien, da satisfacción compartir estos momentos*”. Se reitera lo importante del reconocimiento por parte de otros, así como la necesidad de compartir con otros lo aprendido y realizado. Finalmente, *Pepita R.* indicó que la exposición fue “*buena, sirve para nosotras, y que la gente lo leyera fue bueno*”, señalando que la intervención tuvo un impacto positivo en las participantes, y permitió que los que no participaran también se involucraran en el proceso.

Por último, se preguntó **¿qué aspectos mejorarían respecto al grupo?** Esta pregunta es importante, ya que permite abstraer posibilidades de cambio, tanto a nivel metodológico, como estructural para futuras réplicas del grupo. En general, a todas las participantes, les fue difícil señalar elementos negativos o que requerían ser mejorados, incluso en el caso de *Carmen* no emitió juicio negativo al respecto, ni recomendaciones.

Por su parte *Conchita*, señaló que visitar las habitaciones es algo que se podría recomendar en futuras implementaciones. *Fina*, resalta la necesidad de mejorar algunos aspectos concretos, propone que en la exposición se presenten las fotografías y las citas asociadas a ellas, con una letra más grande, lo que favorecería la lectura por parte de todos, por ejemplo, por personas con disminución de la visión o que están a una altura más baja por usar sillas de ruedas, como es el caso de *Fina*. Y por último *Pepita R.*, resalta la necesidad de ampliar el tiempo dedicado a trabajar en las sesiones, así como también recomienda que, al momento de fotografiar en conjunto, efectivamente se pueda realizar de forma más cercana entre las participantes, pues considera que en momentos se disgregó el grupo.

VII. CONCLUSIONES.

El presente Trabajo Final de Máster de Psicogerontología, tuvo como fin realizar una revisión de dos grupos psicoterapéuticos, que se implementaron durante el proceso de práctica de psicogerontología, en una Residencia Pública Asistida de Barcelona. Para esto, se realizó una búsqueda exhaustiva de antecedentes y referencias teóricas, que permitieran reforzar la importancia de investigar y realizar intervenciones psicoterapéuticas que promuevan la condición de persona, es decir, su singularidad e individualidad (Brooker, 2013), así como el conocimiento en profundidad sobre algunos aspectos subjetivos, como es la identidad, siempre desde la perspectiva de la propia persona. A la vez, el recorrido de antecedentes y el marco teórico, buscó mostrar la necesidad de implementar intervenciones psicoterapéuticas para personas de la tercera y cuarta edad, que presenten o no demencia tipo alzhéimer, que fueran conocidas por sus beneficios (reminiscencias), y además incorporaran la creatividad y la novedad en sus planteamientos (fototerapia), siempre considerando las necesidades particulares de cada uno de los participantes.

En relación a la caracterización general de las personas mayores que participaron en el grupo denominado “**El lobo feroz**”, estuvo compuesto por 5 mujeres, 3 de ellas usuarias del centro de día y dos que viven en la residencia. Tienen un promedio de edad de 87,4 años, 3 de ellas viudas y 2 casadas, estas últimas no viven con sus esposos, pero mantienen la relación de pareja. Todas alfabetas, presentan niveles de estudio diversos, aunque sólo primarios. Todas están en situación de dependencia moderada producto de una demencia tipo alzhéimer en un nivel de GDS 3 o 4, por lo mismo todas requieren de apoyo y supervisión para realizar sus actividades de la vida diaria. Dos de ellas tienden a desorientarse constantemente, por lo que requieren de acompañamiento permanente. Una de las participantes a su vez, presenta párkinson y problemáticas de salud mental asociadas a eventos traumáticos de su infancia, lo que conllevó a permanecer en tratamiento psicológico y psiquiátrico durante su adultez. El resto de las participantes, no presentan problemáticas complejas asociadas a la salud mental. Todas presentan alguna enfermedad física, como artrosis, deficiencias cardíacas, o disminución importante de la visión, y una de ellas utiliza silla de ruedas. Todas las participantes, mantienen relaciones familiares en

general satisfactorias y se constituyen como redes de apoyo mutuo, tanto emocional como para las dificultades cotidianas.

En este grupo, la narrativa en torno a los aspectos identitarios, que fue impulsada por medio de las técnicas de la fototerapia y las reminiscencias, fu posible de realizar por todas las participantes, aunque la forma de narrar fue muy distinta según las habilidades, capacidades y estilos narrativos de cada participante. En el caso de Paquita y Ramona, en general describían con facilidad eventos del pasado, aunque presentaban cierta dificultad para hilarlos con los del presente, así como también tenían recuerdos altamente significativos y fijados en su memoria, reiterándolos constantemente. Por su parte, Pepita J., relataba con gran facilidad elementos asociados a su identidad, realizando una descripción muy rica y detallada, aunque tendía a dejar cabos sueltos o reiterar temáticas de alta relevancia. En momentos producía una narrativa algo fragmentada, o sin orden cronológico, no logrando siempre unir de forma coherente los eventos. En el caso de Margarita, tendía a producir relatos breves y concisos, sin interés en ampliar ni detallar. Finalmente, con Narcisa fue difícil obtener relato, pero el que presentó fue contundente y preciso. Estos resultados, pueden relacionarse con conclusiones de otros estudios (Mills, 1997; Surr, 2006; Usita, Hyman y Herman, 1998), que señalan que la mayoría de las personas en etapas moderada o grave de la demencia fueron capaces, en al menos un grado, de construir una narración que consistía en memorias autobiográficas y que este proceso podría tener un impacto beneficioso para la preservación de aspectos de su yo e identidad.

Respecto a la caracterización del grupo **“La amistad”**, estuvo constituido por cuatro personas que no presentan demencia tipo alzhéimer, ni deterioro asociado a la cognición. Tienen un promedio de edad de 87,5 años, todas viudas, alfabetas, con niveles de estudios distintos, aunque sólo primarios. Viven en la residencia hace más de 1 año, ninguna de ellas presenta demencia (GDS 1), ni trastornos de salud mental diagnosticados. Todas presentan alguna enfermedad física, como artrosis (que ha conllevado diversas operaciones), deficiencias cardiacas, o disminución importante de la visión. Una de ellas hace uso de silla de ruedas, y 2 utilizan carro para movilizarse. Sin embargo, dichas enfermedades o problemas físicos no les impiden realizar la mayor parte de sus actividades de la vida diaria e intereses, aunque requieren de apoyo para realizarlas con mayor confianza. Todas

conservan relaciones familiares en general satisfactorias, y se constituyen como redes de apoyo mutuo. La narrativa en las integrantes de este grupo, emergía con facilidad y permitía reconocer personajes, escenarios y acontecimientos. En general, con estas participantes no era necesario realizar muchas preguntas, sino más bien iban construyendo discurso de manera hilada, intentando describir de manera coherente los sucesos del pasado en relación al presente, lo que permitía hacerse una idea global de los aspectos que constituían su identidad, y cómo ésta se había ido forjando con el paso de los años, por medio de la adquisición de elementos, que, a su vez, modificando.

Respecto a los **objetivos** que se plantearon para la implementación de los grupos psicoterapéuticos y que se revisaron en el presente Trabajo, se puede decir que el **objetivo general** de los grupos fue promover el reconocimiento de distintos aspectos de la identidad personal por parte de las participantes. Frente a este objetivo, todas las participantes lograron, en mayor o menor medida y según sus propias capacidades, posibilidades e intereses, reconocer y profundizar en distintos aspectos asociados a su identidad. Como fue descrito en apartados anteriores, los aspectos de la identidad que se pusieron en relación con la residencia, fueron: los lugares y objetos más preciados, las relaciones interpersonales más relevantes que mantienen en el espacio en que habitan, así como la reflexión que hicieron sobre sí mismas. El grupo, fue un espacio que les permitió un conocimiento personal de gran valor, y la oportunidad de iniciar cambios asociados a sí mismas, independiente de la edad o diagnóstico que posean.

En relación a los **objetivos específicos**, el primero de ellos fue que las participantes **aprendieran a utilizar la fotografía como una herramienta lúdica y terapéutica**, siendo algo que efectivamente fue posible de aprender por todas las participantes. Se les capacitó sobre aspectos técnicos básicos sobre el uso de la cámara fotográfica, así como se les enseñó estrategias para realizar mejores fotografías (encuadre, uso de la luz, etc), y por último, se generaron espacios de diálogo donde se conversó sobre cómo, por medio de la fotografía, es posible reforzar procesos subjetivos como la creatividad, resiliencia, empoderamiento, así como permite canalizar y profundizar el conocimiento interno (Viñuales, 2016; Weiser, 2010).

El segundo objetivo específico fue que el grupo, promoviera la **emergencia de una narrativa en torno a diversos aspectos identitarios**, lo que también fue posible realizar, ya que cada participante produjo una narrativa en relación a las fotografías realizadas, que estaban dirigidas a reflexionar sobre distintos aspectos de la identidad personal y en relación con la residencia, los lugares, objetos, relaciones interpersonales y la autopercepción. Lo anterior, se relaciona con el tercer objetivo específico que también pudo llevarse a cabo durante el proceso, que fue **identificar y compartir en el grupo los principales cambios relacionados con diversos aspectos de la identidad**, esto pudo realizarse ya que en cada fotografía que realizaban las participantes de los grupos, se incorporó la pregunta de si había cambiado algo en relación al cuerpo, las relaciones interpersonales, el uso de los objetos y lugares.

Junto con lo anterior, se trabajó en la persecución del cuarto objetivo específico que fue la **evocación de emociones y sentimientos, a partir de las rememoraciones y las fotografías realizadas por las participantes, en relación a diversos aspectos de la identidad, en un encuadre contenedor, respetuoso y empático**, el que fue llevado a cabo por parte de las participantes, quienes efectivamente tuvieron la confianza de manifestar su estado emocional, no sólo por medio de expresiones verbales, sino también mediante las actitudes y dinámicas relacionales, que además pudieron ser observadas y analizadas a través de la pauta observacional.

El último objetivo específico que se pudo llevar a cabo durante la realización de los grupos, fue el interés de **desestigmatizar y desprejuiciar la condición de envejecimiento, y los cambios asociados a este proceso**. Este objetivo, en parte pudo llevarse a cabo, porque haber recorrido la residencia con el fin de buscar los objetos, lugares y personas importante para fotografiar, generó que el resto de los residentes, personas que iban de visita, así como también el personal de la residencia, pudiera observar lo que se hacía en el grupo, por ejemplo, referían que veían que las participantes de buen humor, que se movilizaban con interés por distintos lugares. A su vez, las personas que rodeaban los grupos, lograron impresionarse o emocionarse al contemplar las fotografías y los relatos en la exposición. Un elemento fundamental y que no se debe pasar por alto, es que ambos

grupos estuvieron compuestos únicamente por mujeres mayores, por lo que la perspectiva de género y feminista es clave para el abordaje y acompañamiento de mujeres mayores en el ámbito de salud mental, donde prime la garantía y protección de derechos, así como el empoderamiento y promoción de la autonomía. Este análisis desde una gerontología crítica y feminista, fue clave tanto para el proceso de diseño como la implementación del taller, sin embargo, el foco del análisis en esta oportunidad no se realizó desde esta perspectiva, lo que se considera fundamental para futuras intervenciones.

Otro hecho particular, que se manifiesta como un acto de reconocimiento ante el trabajo realizado por las participantes, fue que la exposición estuvo montada durante más de un mes en la sala de espera de la residencia. Lo anterior, fue por decidido por el equipo profesional, quienes recibieron comentarios positivos en relación al trabajo realizado.

Uno de los **beneficios** de los grupos, fue haberlos diseñados e implementado desde una metodología cualitativa, la que permitió una visión en profundidad y desde la perspectiva de las mismas participantes en torno a diversos aspectos de su identidad. Sin embargo, producto de la cantidad reducida de participantes no es posible realizar generalización de los resultados. A su vez, el uso de un enfoque biográfico e interpretativo, tanto para el diseño como análisis de las narrativas, se considera otro beneficio para las participantes, presenten o no demencia tipo alzhéimer, pues promueve el empoderamiento, comprensión empática y flexibilidad, siendo coherente a los principios de la ACP (Surr, 2006). Otro de los beneficios obtenido durante la implementación de los grupos, fue incluir la técnica de la fototerapia, ya que facilitó o impulsó la rememoración, el autoconocimiento, la creatividad y empoderamiento (Viñuales, 2016; Weiser, 2010). A su vez, esta técnica favoreció la adquisición o reforzamiento de habilidades fotográficas como el contemplar, decidir, diferenciar o encuadrar, así como permitió la interacción grupal, por ejemplo, al momento de fotografiar junto al grupo o compartir las fotografías.

Para finalizar, es necesario mencionar que los grupos, tuvieron ciertas dificultades en su proceso de implementación, las que pueden definirse como **limitaciones y a la vez como oportunidades** para futuras intervenciones.

Una de las limitaciones, fue que las reminiscencias y la narrativa asociada a ellas, no fueron fáciles de obtener en las personas que presentaban alzhéimer o deterioro de la memoria más avanzado, siendo coincidente con lo señalado por Caddell y Clare (2010), quienes destacan que a pesar de que la persona presenta alzhéimer, puede conservar la identidad narrativa, aunque no sea capaz de expresarla verbalmente. La reminiscencia y teniendo a la base la concepción de identidad narrativa, representa un desafío para ser trabajado con personas que presentan una demencia tipo alzhéimer más avanzado, siendo necesario con ellas incorporar otros estímulos o estrategias individualizadas, que favorecieran el recuerdo de elementos o acontecimientos pasados, así como la expresión de ellos. De la misma manera, se recomienda que futuras intervenciones grupales generen espacios de trabajo más extenso, para fomentar un acompañamiento más individualizado a los participantes que lo requieran, pero sin la necesidad de perder el foco en el grupo. A la vez, se sugiere en caso de ser posible, ampliar la cantidad de sesiones, pues se observaron cambios positivos o su intento, al acercarse al término del grupo, tanto a nivel del bienestar, la implicación y la calidad de la relación (Kitwood, 1993), pudiendo ser un indicio de que para cambios más profundos o para que puedan asentarse, se requieren procesos psicoterapéuticos de una data mayor.

Finalmente, se considera imperante integrar un análisis interpretativo de los resultados de este taller y se considera fundamental que sea desde una perspectiva crítica, de derechos y de género, los cuales que permitirán iluminar otros sentidos y significados de las experiencias retratadas y dichas por las mujeres mayores que participaron de este taller, así como de aquellas que puedan ser parte de nuevos grupos de fototerapia y reminiscencias en el mundo.

VIII. REFERENCIAS

- Abellan, A., Allala, A., y Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 15.
- Acrich de Gutmann, L. (s/f). En Salvarezza, L. (2013). *La vejez, una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Addis, D. R., & Tippett, L. J. (2004). Memory of myself: Autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory*, 12, 56–74.
- Arfuch, L. (2010). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires, Argentina: Artes gráficas del sur.
- Arfuch, L. (2013). *Memoria y autobiografía. Exploraciones en los límites*. Buenos Aires, Argentina: Fondo cultura económica de Argentina S. A.
- Arraga, M. y Sánchez, M. (2007). Identidad de ancianos marabinos. *Opción*, 54, 61-79.
- Baltes, P. (1996). On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny Selection, Optimization, and Compensation as Foundation of Developmental Theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380
- Barthes, R. (2004). *La cámara lúcida. Notas sobre la fotografía*. Barcelona: Paidós.
- Beard, R. (2004). In their voices: Identity preservation and experiences of Alzheimer's disease. *Journal of aging studies*, 18, 415-428.
- Behuniak, S. (2011). The living dead? The construction of people with Alzheimer's disease as zombies. *Ageing & Society*, 31, 70-92.
- Belloch & Paredes, s/f. En Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid, España: Siglo Veintiuno Editores.
- Boletín Oficial del Estado -BOE-. (2006). Ley 39, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. España.
- Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 69-72.
- Brink, T. 1977. En Krassoievitch, M. (2014). *Psicoterapia geriátrica*. Barcelona, España: Fondo de la cultura económica de España.

- Brooker, D. (2004). What is person-centred care for people with Dementia?. *Reviews in clinical gerontology*, 13(3): 215-222.
- Brooker, D. (2006). Dementia Care Mapping: A review of the research literature. *The gerontologist*, 45(1), 11-18.
- Brooker, D. (2013). *Atención centrada en la persona con demencia, mejorando los recursos*. España: Octaedro.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4, 167-182.
- Butler, R. (1969). Age-Isms: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.
- Cadell, L. y Clare, L. (2010). The impact of dementia on self and identity: A systematic review. *Clinical psychology review*, 30, 113-126.
- Cohen- Mansfield, J., Parpura-Gill, A., & Golander, H. (2006). Salience of self-identity roles in persons with dementia: Differences in perceptions among elderly persons, family members and caregivers. *Social Science and Medicine*, 62, 745–757.
- Davis, D. (2004). Dementia: Sociological and philosophical constructions. *Social Science and Medicine*, 58, 369–378.
- Dennett, T. (2009). Jo Spence's camera therapy: personal therapeutic photography as a response to adversity. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 11(1), 7-19.
- Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales y Familia (2016). *Seguiment del desplegament de la Llei 39/2006 Històric i evolució de les dades de la dependència a Catalunya*. España
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diputación de Barcelona. (2008). *Residencias para las personas mayores en la provincia de Barcelona Guía técnica*. Barcelona: Dirección de Comunicación de la Diputación de Barcelona.
- Dolores, s/f. En Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología social*. Madrid, España: Pirámide
- Ebersole, 1978. En Krassoievitch, M. (2014). *Psicoterapia geriátrica*. Barcelona, España:

Fondo de la cultura económica de España.

- Escobar, M. (2000). Hacia una re-construcción de la identidad cultural del venezolano: aproximación conceptual”. *Revista de la Asociación Venezolana de Psicología Social: Identidad y Alteridades*, 19, 169-178.
- Fazio, S., & Mitchell, D. B. (2009). Persistence of self in individuals with Alzheimer's disease. *Dementia*, 8(1), 39–59.
- Fitts, W. (1965). Manual de Escala de autoconcepto de Tennessee.
- Fernández, R. (2006). Investigación cualitativa y psicología social crítica en el Chile actual: Conocimientos situados y acción política. *Forum Qualitative Social Research*, 7(4), 38.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Foulkes, S. (1975). *Psicoterapia de grupo analítica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Fontana, A., & Smith, R. W. (1989). Alzheimer's disease victims; The ‘unbecoming’ of self and the normalization of competence. *Sociological Perspectives*, 32(1), 35–46.
- Fryrear, J. L, Corbit, I. 1992. En Viñuales, D. (2015). *El camino de la fotografía. De las fototerapias a la fotografía*. Barcelona: Icmgraph.
- Generalitat de Catalunya. (2016). *Dossier informativo para alumnos en práctica de psicología*. Barcelona, España.
- Granato, L. (2011). Finding your Identity Phototherapy Training Course. Extraído del recurso web: <https://www.salto-youth.net/.../phototherapy%20MANUALpdf>
- Greene, 1986. En Krassoievitch, M. (2014). *Psicoterapia geriátrica*. Barcelona, España: Fondo de la cultura económica de España.
- Guardián-Fernández, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa*. San José Costa Rica: PrintCenter.
- Guillem, P. y Loren, J. (1985). *Del diván al círculo*. Madrid, España: Tecnipublicaciones.
- Holland, 1987. En Krassoievitch, M. (2014). *Psicoterapia geriátrica*. Barcelona: Fondo de la cultura económica de España.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento: perspectivas de occidente*. 1º edición. 1º reimposición. Buenos Aires: Paidós.

- Iacub, R. (2013). Nuevas reflexiones sobre la Posgerontología. *Kairós Gerontología* 16(4), 295-311.
- Instituto de Salud pública de Madrid. (s/f). *La memoria programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*. Madrid, España: Nueva Imprenta.
- Instituto Nacional de Estadísticas INE. (2016). Datos poblacionales año 2016. Recuperado del recurso web: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=285&lang=es>
- Jurado, M., Mataro, M., Pueyo, R. (2013). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*. Madrid. Ed. Síntesis.
- Kadis, A. Krasner, J., Winick, Ch., y Foulkes, S. (1982). En Krassoievitch, M. (2014). *Psicoterapia geriátrica*. Barcelona: Fondo de la cultura económica de España.
- Kitwood, T. (1993). Towards a theory of Dementia care: the interpersonal process. *Ageing and society*, 13, 51-67.
- Kitwood. T. (1997). The experience of dementia. *Ageing and mental health*, 1(1), 13-22.
- Krassoievitch, M. (2014). *Psicoterapia geriátrica*. Barcelona, España: Fondo de la cultura económica de España.
- Krauss, D. A. 1983. En Viñuales, D. (2015). *El camino de la fotología. De las fototerapias a la fotografía*. Barcelona. Icomgraph.
- Linde, 1993. En Villar, F. & Triadó, C. (2006). *El estudio del ciclo vital a partir de las historias de vida: una propuesta práctica*. Departament de psicologia evolutiva i de l'educació Universitat de Barcelona. España.
- López, M. (2011). *Memoria, ausencia e identidad. El arte como terapia*. España: Eneida.
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. País Vasco: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- McAdams, 2001. En Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento: perspectivas de occidente. 1º edición. 1º reimpresión*. Buenos Aires: Paidós.
- McPartland, T. (1971). *Manual for Twenty Statements Test*. Kansas City Missouri.
- Mendoza, R. (2005). Cultura, autoconcepto e intervención psicosocial e la sociedad

- brasileña. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(1), 71-82.
- Mills, M. (1997). Narrative identity and dementia: a study of emotion and narrative in older people with dementia. *Ageing and Society*, 17, 673-698.
 - Moreno, A. 2003. En Guardián-Fernández, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socioeducativa*. San José Costa Rica: PrintCenter.
 - Muchnik, E. s/f. En Salvarezza, L. (2013). *La vejez. Una mirada gerontológica actual (compilación)*. Buenos Aires, Argentina: Bibliográfika
 - Muñoz, J. 2002. En Árraga, M. y Sánchez, M. (2007). Identidad de ancianos marabinos. *Opción*, 45, 61-79.
 - Organización Mundial de la Salud -OMS-; Organización Panamericana de la Salud -OPS- e Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMSERSO-. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. España: CIF Grafo S.A.
 - OMS. (2013). *Demencia una prioridad de salud pública*. Washington, Estados Unidos.
 - Orona, C. J. (1990). Temporality and identity loss due to Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine*, 30(11), 1247-1256.
 - Palacios, A. (1975). *Técnica de grupo en psicoanálisis*. México: La Prensa Médica Mexicana.
 - Piña, C. (1988). En Guardián-Fernández, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socioeducativa*. San José Costa Rica: PrintCenter.
 - Poulton y Strassberg, 1986. En Krassoievitch, M. (2014). *Psicoterapia geriátrica*. Barcelona, España: Fondo de la cultura económica de España.
 - Pousada y De la Fuente s/f. En Villar, F. & Triadó, C. (2007). *Psicología de la vejez*. Madrid, España: Alianza Editorial.
 - Riessman, C., Shütze, F. s/f. "Trajectory" as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes. En Maines, D. (1991). *Social organization and social process essays in honor of Anselm Strauss*. Aldine de Gruyter, New York.
 - Ricoeur, 1991. En Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento: perspectivas de occidente. 1º edición. 1º reimpresión*. Buenos Aires: Paidós.

- Robertazzi, M. (2005) La Psicoterapia de Grupos en la crisis vital de la edad avanzada. *Psicodebate*, 5, 131-146.
- Romaniuk, 1983. En Krassoievitch, M. (2014). *Psicoterapia geriátrica*. Barcelona: Fondo de la cultura económica de España.
- Rose, D. (2001). *Autobiographical memory and identity in alzhéimer*. Master of Arts, University of Auckland.
- Salvarezza, L. Compilador. (2005). *El fantasma de la vejez*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Salvarezza, L. (2011). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Salvarezza, L. (2013). *La vejez. Una mirada gerontológica actual (compilación)*. Buenos Aires, Argentina: Bibliográfika.
- Salvarezza, L. & Iacub, R. s/f. El viejo y su viejo cuerpo. Un acercamiento a la psicósomática de la vejez. En Salvarezza (2013). *La vejez. Una mirada gerontológica actual (compilación)*. Buenos Aires, Argentina: Bibliográfika.
- Sabat, S. R., & Collins, M. (1999). Intact social, cognitive ability, and selfhood: A case study of Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14(1), 11–19.
- Sherman, 1985. En Krassoievitch, M. (2014). *Psicoterapia geriátrica*. Barcelona, España: Fondo de la cultura económica de España.
- Short, M. (2013). *Contexto y narración en fotografía*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Schütze, F. (2007). Biography analysis on the empirical base of autobiographical narratives: How to analyse autobiographical narrative interviews—part I. Extraído del recurso web: <http://www.biographicalcounselling.com/download/B2.1.pdf>
- Sontag, S. (2006). *Sobre la fotografía*. México: Santillana Ediciones.
- Surr, C. (2006). Preservation of self in people with dementia living in residential care: A socio-biographical approach. *Social science and medicine*, 63, 1720-1730.
- Stefani D. (2004). *Gender and coping style in old age. Inerdisciplinaria, centro interamericano de investigaciones psicológicas y ciencias a fines*. Buenos Aires, Argentina.
- Stewart, D. (1979). Photo Therapy: theory & practice. *Art psychotherapy*, 6, 41-46.

- Tisseron, S. (2000). *El misterio de la cámara lúcida, fotografía e inconsciente*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca.
- Torres, F. (2000). Identidades en tiempos posmodernos. *Revista de la Asociación Venezolana de Psicología Social: Identidad y Alteridades*, 1, (10)179-192.
- Usita, P., Hyman, I. y Herman, K. (1998). Narrative Intentions: Listening to Life Stories in Alzheimer's Disease. *Journal of Aging Studies*, 12(2), 185–197.
- Vasilachis, I. Complidora. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.
- Viñuales, D. (2016). *El camino de la fotología. De las fototerapias a la fotografía*. Barcelona: Icmgraph.
- Vila, J. (2010). Un abordaje sistemático relacional en residencias geriátricas: un estudio de observación sistemática de personas con demencia. *Redes*, 23, 102-112.
- Villar, F. & Triadó, C. (2006). *El estudio del ciclo vital a partir de las historias de vida: una propuesta práctica*. Departament de psicologia evolutiva i de l'educació Universitat de Barcelona. España.
- Villar, F. & Triadó, C. (2007). *Psicología de la vejez*, Madrid, España: Alianza Editorial
- Weiser, J. (2010). *Las técnicas de la fototerapia*. Extraído del recurso web: <https://phototherapy-centre.com/therapeutic-photography/>
- Wheller, M. (2009). *Phototherapy a first attempt to consider the use of photographs in art therapy*. Extraído del recurso web: https://www.researchgate.net/publication/237763159_P_H_O_T_O_T_H_E_R_A_P_Y_A_FIRST_ATTEMPT_TO_CONSIDER_THE_USE_OF_PHOTOGRAPHS_IN_ART_THERAPY?ev=prf_high
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M. y Davies S. (1990). Reminiscence therapy for dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Yalom, I. 1986. En Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía de psicoterapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós.
- Young, T., Manthorp, C. y Howells, D. (2010). *Comunicación y demencia. Nuevas perspectivas, nuevos enfoques*. España: UOC.

- Zabaleta, 2011. En Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. País Vasco: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Zimmermann, 1969. En Palacios, A. (1975). *Técnica de grupo en psicoanálisis*. México: La Prensa Médica Mexicana.

IX. ANEXOS.

Anexo 1. Entrevista biográfica semi-estructurada, previa a intervención.

Fecha: _____

- Nombre:
- Edad:
- Lugar de nacimiento:
- Estudios:
- Trabajo:
- Relaciones interpersonales, genograma (familia / amistades):
- Antecedentes salud física y mental:
- Historial problemas de memoria:
- Residencia (dinámicas, relaciones interpersonales, etc):
- Lo que no quiero hablar en grupo:
- Observaciones generales:

Anexo 2. Escala de autoconcepto de Tennessee (Fitts, 1965) y adaptado por Rose (2001)

Nombre _____ Fecha: _____

Las siguientes afirmaciones, describen aspectos de la identidad, del “cómo soy yo”. Por favor lea cada afirmación, y seleccione la respuesta que mejor lo describa a usted.

		Afirmación	Respuesta
I	1	Soy una persona atractiva	
I	2	Tengo un cuerpo sano	
I	3	Me considero una persona poco rigurosa	
I	4	Estoy lleno de achaques y dolor	
I	5	Soy una persona enferma	
B	6	Me cuido físicamente	
S	7	Me veo bien de la manera que soy	
I	8	Soy una persona moral	
I	9	Soy una persona decente	
I	10	Soy una persona débil moralmente	
I	11	Soy una mala persona	
I	12	Soy una persona alegre	
I	13	Soy nadie	
I	14	Soy una persona odiosa	
I	15	Estoy perdiendo mi mente	
I	16	Tengo todo bajo control	
I	17	Soy miembro de una familia feliz	

B	18	No actúo de la forma que mi familia piensa que debo hacerlo	
S	19	Estoy satisfecho con mis relaciones familiares	
S	20	Comprendo a mi familia tan bien como debo	
S	21	Mi familia me ayuda con todo tipo de problemas	
I	22	No soy amado por mi familia	
I	23	Siento que mi familia no me cree	
B	24	Estoy realmente interesado en mi familia	
B	25	Me peleo con mi familia	
I	26	Soy una persona amistosa	
I	27	Estoy enojado con todo el mundo	
I	28	Me cuesta ser amistoso	

Respuestas:

1	Completamente falso
2	Casi completamente falso
3	Parte falso, parte verdadero
4	Casi totalmente verdadero
5	Totalmente verdadero

Anexo 3. Cuestionario Twenty Statements Test -TST- (McPartland, 1971).

Nombre _____ Fecha: _____

En el siguiente espacio hable sobre usted, descríbase, quién y cómo es usted, **¿Quién soy yo?**

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Anexo 4. Escala de satisfacción con la vida SWLS (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)

Nombre _____ Fecha: _____

A continuación, hay cinco afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo, lea cada una de ellas, y después seleccione la respuesta que mejor describa en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo.

Afirmación	Respuesta
En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a mi ideal	
Las condiciones de mi vida son excelentes	
Estoy completamente satisfecho con mi vida	
Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida	
Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada	

Respuestas Escala de satisfacción con la vida SWLS

1	Fuertemente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Ligeramente en desacuerdo
4	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5	Ligeramente de acuerdo
6	Fuertemente de acuerdo

Anexo 5. Pauta de observacional (en base al DCM)

Fecha: _____ Sesión: _____

Grupo: _____

Objetivo y actividad de la sesión:

Nombre	Nivel de Bienestar (estado de ánimo)	Nivel de Implicación	Calidad relacional	Otras observaciones

1. Nivel de bienestar (estado de ánimo):

¿Qué observar?: expresión facial, el lenguaje corporal, la postura, el contenido y el tono de la interacción verbal y no verbal.

- Felicidad o alegría frente a la infelicidad o la tristeza
- Satisfacción frente a la insatisfacción o la inquietud
- Comodidad frente a la incomodidad
- Relajación frente a la ansiedad o el miedo
- Placer frente al desagrado o la rabia.

2. Nivel de Implicación:

¿Qué es? hasta qué punto está conectado el participante con las demás personas, las actividades y los objetos que los rodean. Incluye el contacto físico como los abrazos, caricias, apoyar la cabeza, tocar o mirar. También incorpora una comunicación más obvia como hablar, asentir o mantener el contacto visual. ¿Dónde y qué observar?

- *Nivel sensorial* – mantener un centro visual o seguir con la vista, escuchar, oler, oír. Si está observando una actividad o escucha música debería haber señales claras de que está totalmente implicada;
- *Nivel social* – implicarse con otras personas en la actividad en un ambiente de uno a uno o de grupo;
- *Nivel ocupacional* – implicación en una actividad con la que ocupar el tiempo.

Los niveles de ánimo e implicación se pueden resumir en la siguiente tabla.

Ánimo	Valor ME	Implicación
Muy feliz, alegre. Estado de ánimo muy positivo.	+5	Muy absorto, profundamente enfrascado/implicado.
Satisfecho, feliz, relajado. Estado de ánimo considerablemente positivo.	+3	Concentrado pero fácil de distraer. Implicación considerable.
Neutral. Ausencia de señales evidentes de ánimo positivo o negativo.	+1	Atento y centrado en su entorno. Implicación breve o intermitente.
Pequeñas señales de ánimo negativo.	-1	Retirado y fuera de contacto.
Señales considerables de estado de ánimo negativo.	-3	
Muy afligido. Señales muy importantes de estado de ánimo negativo.	-5	

3. Calidad relacional:

Confort

Debilitan	Satisfacen
Intimidación	Calidez
Evitación	Apoyo
Ritmo inadecuado	Ritmo adecuado

Intimidad

Debilitan	Satisfacen
Infantilización	Respetar
Etiquetar	Aceptar
Desautorizar	Celebrar

Apego

Debilitan	Satisfacen
Acusación	Reconocimiento
Manipulación	Autenticidad
Invalidación	Validación

Ocupación

Debilitan	Satisfacen
Desempoderamiento	Empoderamiento
Imposición	Facilitación
Interrupción	Capacitación
Cosificación	Colaboración

Inclusión

Debilitan	Satisfacen
Estigmatizar	Identificar
Ignorar	Incluir
Excluir	Integrar
Burlarse	Divertir

Anexo 6. Entrevista de evaluación del grupo, post intervención.

1. ¿Qué fue lo que le gustó del taller?
2. ¿Qué aspectos mejoraría?
3. ¿Qué aprendió?
4. ¿Cómo se sintió durante la realización del taller?
5. ¿Qué piensa sobre la exposición?
6. ¿Qué le pareció el grupo en el que participó?

Anexo 7. Consentimiento informado

Fecha: _____

Yo _____, doy mi consentimiento para participar de forma voluntaria en el taller grupal sobre Identidad y Envejecimiento, desde la fototerapia y reminiscencias, a realizarse entre los meses de mayo y junio del 2017, en las dependencias de la Residencia XXX, e implementado por Patricia Pinto Aguilar, psicóloga y alumna en práctica del Máster de Psicogerontología de la Universidad de Barcelona.

Al dar mi consentimiento, estoy en conocimiento de lo siguiente:

- La asistencia es voluntaria, y en caso de que alguna de las participantes presente malestar o problemas de salud, serán informados a los profesionales del centro.
- Durante la realización del taller se fomentará el respeto, la colaboración y escucha entre las participantes.
- La información de las sesiones será confidencial.
- Al finalizar el taller, se realizará una exposición con las fotografías realizadas por las participantes del grupo y se adjuntarán citas que describen dicha imagen.
- Las fotografías y citas, quedarán en las dependencias de la Residencia Gran Gracia, y al desmontar la exposición serán entregadas a las participantes.
- Tanto el diseño, proceso de implementación, como el análisis del taller, será utilizado para la escritura del TFM del Máster de Psicogerontología de la UB, de la psicóloga Patricia Pinto Aguilar. En este escrito, se mantendrá la confidencialidad de los datos. Se utilizarán sólo las iniciales para diferenciar.
- Tanto el diseño, proceso de implementación, como el análisis del taller, podrán ser descritas por la psicóloga Patricia Pinto Aguilar, como un proyecto psicogerontológico piloto, clínico-técnico, y presentado en alguna asignatura, congreso o seminario, vinculado al área.

Nombre y/o firma