

IN THIS ISSUE:

ISSN 2341-4936

Nº — Vol

2 6

www.neurama.es

WEBSITE

E-MAIL

info@neurama.es

- 5 Ricardo Díaz-Castillo, Sergio González-Escobar, Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, María Montero-López Lena

Sucesos estresantes en mujeres mayores desde la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner

- 16 Eduardo Enrique Sandoval Obando, Emilia Sierra, Juan José Zacarés

Envejecer generativamente: Una propuesta desde el modelo del buen vivir

- 27 Guillermo Fernandez Fernandez, Mónica Anguiano Meza

Diabetes Mellitus, deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores en estancia geriátrica

- 37 Ricardo Díaz- Castillo, Sergio González-Escobar, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, María Montero- López Lena

Resiliencia en adultos mayores: Estudio de revisión

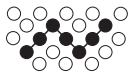
- 46 María Teresa Vazquez Resino

Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

20

DICIEMBRE

19



“La duda es la madre de la invención”

(Galileo Galilei, 1564-1642)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

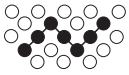
Comité Asesor Nacional

Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)
José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)
Ramona Rubio Herrera (Granada)
David Facal Mayo (A Coruña)
Romina Mouriz Corbelle (Lugo)
Belén Bueno Martínez (Salamanca)
Laura Espantaleón Rueda (Madrid)
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)
María del Carmen Martínez Sánchez (Madrid)
Estefanía Martin Zarza (Salamanca)
Victor José Aragonés Sánchez (Madrid)
Charo Pita Díaz (A Coruña)
Laura Rubio Rubio (Granada)

Comité Asesor Internacional

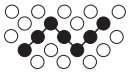
Alejandro Burlando Páez (Argentina)
Clara Ling Long Rangel (Cuba)
Anastasia Paschaleri (Reino Unido)
Brenda Avadian (Estados Unidos)
Carrie Peterson (Dinamarca)
Diana Orrego Orrego (Colombia)
Frederique Lucet (Francia)
Gary Glazner (Estados Unidos)
Graham Hart (Reino Unido)
Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)
Hugo Roberto Valderrama (Argentina)
Hugo Sousa (Portugal)
Javiera Sanhueza (Chile)
Joana de Melo E Castro (Portugal)
Joao Marques Texeira (Portugal)
Kerry Mills (Estados Unidos)
Maria Alejandra Ortolani (Argentina)
Ricardo F. Allegri (Argentina)
Marios Kyriazis (Reino Unido)
Mladen Davidovic (Serbia)
Narjes Yacoub (Francia)
Peter Gooley (Australia)
Raúl Andino (Argentina)
Rolando Santana (República Dominicana)
Karina Daniela Ferrari (Argentina)
Salvador Ramos (Estados Unidos)
Stephanie Zeman (Estados Unidos)
Wendy Johnstone (Canadá)





En este número:

- 5 Ricardo Díaz-Castillo, Sergio González-Escobar, Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, María Montero-López-Lena
- Sucesos estresantes en mujeres mayores desde la teoría ecológica de Bronfenbrenner
- 16 Eduardo Enrique Sandoval Obando, Emilia Sierra, Juan José Zacarés
- Envejecer generativamente: Una propuesta desde el modelo del buen vivir
- 27 Guillermo Fernández Fernández, Mónica Anguiano Meza
- Diabetes Mellitus, deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores en estancia diurna
- 37 Ricardo Díaz-Castillo, Sergio González-Escobar, Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, María Montero-López-Lena
- Resiliencia en adultos mayores: Estudio de revisión
- 46 María Teresa Vazquez Resino
- Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicogerontólogo.
Formador y escritor.

El factor psicosocial durante el envejecimiento

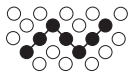
*“El amor no se mira, se siente”
(Pablo Neruda)*

El estar con otras personas, otros iguales de la misma edad, constituye un factor determinante para el aumento de la calidad de vida y el mantenimiento de capacidades mentales.

El componente social, la participación activa y la colaboración en intereses comunes suscita una concepción de pertenencia grupal que consolida las relaciones determinadas en un contacto. En la tercera edad, disuade el sentimiento de abandono y soledad que comunmente desestabiliza esta etapa vital. Lógicamente, este aliciente social que actúa como protector es un hallazgo a la felicidad tardía en el envejecimiento.

Aquellas personas que perciben mayor apoyo social manifiestan una mayor salud, comodidad, satisfacción vital y promueven ayuda y apoyo sustentado bajo relaciones sólidas con otras personas. No obstante, el ingreso en una institución no debe ser una traba para fragmentar relaciones pasadas o incluso comenzar unas nuevas.

El bienestar personal en esta etapa del ciclo vital se nutre rotundamente del componente interpersonal, siendo, para bien, uno de los protectores frente a la demencia, los trastornos afectivos, el estrés o los problemas de identidad y autoestima.



Sucesos estresantes en mujeres mayores desde la teoría ecológica de Bronfenbrenner

Ricardo Díaz-Castillo¹, Sergio González-Escobar², Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes³, María Montero-López-Lena⁴

Resumen

Se sabe que los problemas de salud, los problemas familiares, la muerte de seres queridos y los problemas económicos, son los sucesos estresantes más frecuentes en adultos mayores, estos hallazgos han sido derivados de estudios descriptivos, lo que hace necesario profundizar sobre dichos sucesos en la vida de las personas mayores. Objetivo. Analizar, desde el modelo ecológico, los sucesos estresantes que experimentan un grupo de mujeres mayores mexicanas. Método. Veintiséis mujeres de entre 55 y 75 años de edad participaron en la técnica de grupos focales. Resultados. En el Ontosistema, se encontraron problemas intrapersonales, por ejemplo enfermedades como cáncer, diabetes, hipertensión y depresión, así como problemas de memoria. También, los cambios en el estilo de vida, principalmente por el envejecimiento. Otros sucesos estresantes en el Ontosistema fueron las experiencias traumáticas, relacionadas con la muerte de hijos, padres y hermanos, específicamente cuando existen enfermedades terminales. En el Microsistema, se observaron problemas en las relaciones interpersonales con hijos, pareja y padres. En el Macrosistema, las participantes expusieron la situación de violencia que se vive en el país, además, de los trámites de jubilación. Discusión y conclusión. Los resultados concuerdan con otros estudios en cuanto a la muerte de seres queridos y enfermedades como sucesos estresantes relevantes. Se identificaron contrastes respecto a los problemas económicos que no aparecieron como estresores, salvo en algunos casos, y se destacó la percepción de violencia.

Palabras clave: Estrés; eventos de cambio de vida; mujeres; envejecimiento; investigación cualitativa.

Abstract

It is known that health problems, family problems, death of loved ones and economic problems, are the most frequent stressful events in older adults, these findings have been derived from descriptive studies, which makes it necessary to deepen into these events in the life of the elderly. Objective. Analyze, from the ecological model, the stressful events that a group of older Mexican women experience. Method. Twenty-six women between 55 and 75 years of age participated in the focus group technique. Results. In the Ostosystem,

intrapersonal problems were found, for example diseases such as cancer, diabetes, hypertension and depression, as well as memory problems. Also, changes in lifestyle, mainly due to aging. Other stressful events in the Ostosystem were the traumatic experiences, related to the death of children, parents and siblings, specifically when terminal illnesses exist. In the Microsystem, problems were observed in interpersonal relationships with children, partners and parents. In the Macrosystem, the participants exposed the situation of violence that is lived in the country, in addition, of the retirement procedures. Discussion and conclusion. The results

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2019

Recibido:
22/06/2019

Aceptado:
26/07/2019

(1) Estudiante del Doctorado en Ciencias de la Salud, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México. Profesor de Asignatura, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. psi.diaz.castillo@gmail.com

(2) Doctor en Investigación Psicológica. Profesor de Tiempo Completo, Centro Universitario Atlacomulco, Universidad Autónoma del Estado de México. sergioglz4@hotmail.com

(3) Doctora en Investigación Psicológica. Profesora de Tiempo Completo, Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. nigalf@yahoo.com.mx

(4) Doctora en Psicología. Profesora de Tiempo Completo, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. monterol@unam.mx

Sucesos estresantes en mujeres mayores desde la teoría ecológica de Bronfenbrenner

agree with other studies regarding the death of loved ones and diseases as relevant stressful events. Contrast was identified with respect to economic problems that did not appear as stressors, except in some cases, and the perception of violence was highlighted.

Key words: Stress; life-changing events; women; aging; qualitative research.

INTRODUCCIÓN

La última Encuesta Intercensal del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (INEGI, 2015a) indicó que México actualmente cuenta con una población total de 119 530 753 personas, y que poco más del 10% (12 436 321) son adultas mayores, es decir, personas mayores de 60 (INEGI, 2015b; Instituto Nacional para la Personas Adultas Mayores, 2010). Sin duda el que en la actualidad cada vez vivan más adultos mayores es una señal del éxito de la medicina y la tecnología, ya que no sólo está aumentando el número de personas que rebasan los sesenta años, sino que son más longevos; por ejemplo, en México, la esperanza de vida alcanza los 74.9 años y se ha proyectado que para el 2030 alcanzará los 77 años, siendo mayor en la población femenina (INEGI, 2015c).

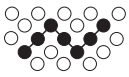
Al respecto, se ha documentado un fenómeno particular conocido como la feminización de la vejez, es decir, el incremento considerable de las mujeres de edades maduras y avanzadas en el conjunto de la población, y su número respecto al de los hombres de las mismas edades (Pérez, 2003). El INEGI (2016), señaló que en la relación de hombres y mujeres, el monto de varones es cada vez menor conforme avanza la edad, por ejemplo, en el grupo quinquenal de 60 a 64 años existe una relación de ocho a diez, mientras que en el grupo de 85 y más años, es de siete mujeres por cada diez varones, esto indica que cada vez hay mayor número de mujeres que llegan a una vejez avanzada, quienes presentan mayor incidencia de enfermedades como diabetes, cáncer, hipertensión, artritis (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012; Secretaría de Salud, 2011), además, de problemas psicológicos como depresión, ansiedad, baja autoestima, soledad, en general, un malestar psicológico (Rodríguez, Kohn & Aguilar-Gaxiola, 2009; Sandoval & Richard, S/F; Secretaría de Salud, 2012).

Como se puede observar, el tema del envejecimiento y los

adultos mayores se ha convertido en un problema el cual urge atender, considerando que pueden experimentar diversas situaciones que pudieran resultar estresantes como; los cambios físicos del envejecimiento, las enfermedades, las pérdidas mortales, los problemas interpersonales o los problemas emocionales. Sandín (1999) definió a aquellas circunstancias que requieren un cambio en la rutina y que amenazan la actividad habitual de la persona, como los sucesos estresantes e identificó tres categorías; altamente traumáticos (desastres naturales o guerras), mayores (muerte de algún ser querido o enfermedades) y menores (tránsito o exceso de trabajo). Esta clasificación resulta muy general si se pretende profundizar en los sucesos que estresan a las personas, conociendo la dinámica de los sucesos, la interacción de la persona con el ambiente donde se presenta el suceso y finalmente la afectación que causan, por ello, la presente investigación está planteada desde la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner (1977; 1986).

Dicho modelo, permite un mejor análisis de los sucesos estresante, porque considera que la persona interactúa con el ambiente en distintos sistemas (Onto, Micro, Meso, Exo y Marco y Crono) representados por distintos contextos sociales, en donde se presenten transacciones y ajustes que afectan, positiva o negativamente, su desarrollo. El Ontosistema es el primero de ellos y hace referencia específicamente al individuo y su medio interno, como sexo, edad, estado de salud. El Microsistema se refiere a la interacción recíproca entre el individuo y su entorno inmediato, por ejemplo, la relación madre-hijo. El Mesosistema, se refiere al contexto inmediato donde el individuo está incluido, como la familia. El Exosistema, está conformado por los sistemas anteriores, sin embargo, en este caso el individuo no se ve afectado de manera directa, por ejemplo, el estudiante que resulta afectado por las presiones de su profesor. El Macrosistema se refiere al contexto sociocultural donde se desenvuelve el individuo, como vivir en un país en guerra. Finalmente, el Cronosistema se relaciona con el tiempo al que pertenece el individuo dentro de su contexto, por ejemplo, que crezca en una temporada de bonanza o de guerra en su país.

Retomando los sucesos estresantes, en las personas mayores se han identificado a los problemas de salud, propios y de la familia, las preocupaciones financieras, las tensiones sociales y la muerte de un ser querido, particularmente hijos o pareja, como los principales (Barros, Forttes & Herrera, 2003; Clemente, Tartaglini & Stefani, 2009; Dorfman, Méndez & Osterhaus, 2009;



Díaz-Castillo, González-Escobar, González-Arratia López- Fuentes, Montero-López- Lena

Gómez & Segura, 2002; Hernández & Romero, 2010; Nelson-Becker, 2004; Park, 2006, Rahimi, Ali, Noor, Mahmood & Zainun, 2015; Stefani & Feldberg, 2006).

Los estudios han aportado hallazgos importantes sobre los sucesos estresantes en la vejez, empero, se observó que la mayoría de estos son descripciones estadísticas (Clemente, et al., 2009; Gómez et., 2002; Hernández et al., 2010; Park, 2006, Rahimi et al., 2015; Stefani et al., 2006). Además, que los sucesos estresantes no han sido analizados desde un modelo teórico que permita entender la interacción persona-ambiente. Por ello, existe la necesidad de conocer y profundizar en dichos sucesos y analizarlos, desde un modelo teórico.

OBJETIVO

Identificar, analizar y describir los sucesos estresantes que experimentan un grupo de mujeres mayores mexicanas.

MÉTODO

Diseño de estudio

Se utilizó la técnica cualitativa de grupo focales (Kitzinger, 1995), la aplicación se realizó en un solo momento y sin la manipulación de variables, por ello, el estudio es transversal y con un diseño no experimental *expost-facto* (Kerlinger, 1979).

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional a conveniencia conformada por 26 mujeres con promedio de edad de 64.88 (DE = 5.21) años. Las participantes fueron asignadas a uno de cuatro grupos de acuerdo con su edad. En el grupo 1 (55-60 años) participaron cinco mujeres; en el grupo 2 (61-65 años) siete; en el grupo 3 (66-70 años) nueve; y en el grupo 4 (71-75 años) cinco mujeres. En la Tabla 1 se pueden observar las características sociodemográficas de las participantes por grupos de edad. (Anexo)

Sede

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la Clínica Integral Universitaria (CIU) fundada en 2008. Es una clínica-escuela perteneciente a la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE). La CIU ofrece los servicios de acupuntura, quiropráctica, rehabilitación y gerontología. La presente investigación

se realizó con usuarias del servicio de gerontología, el cuál atiende un promedio mensual de 3100 personas adultas mayores de 50 años de edad.

Recolección de la información

Como se mencionó se utilizó la técnica de grupos focales (Kitzinger, 1995), para obtener la información, se elaboró una guía temática sobre sucesos estresantes, para ello se utilizó la clasificación de Ben Porath, Waller y Butcher (1991; Cuadro 1). Previo a la discusión de los sucesos, se hizo una pregunta directa a las participantes “¿Qué es el estrés?” La aplicación de la técnica la realizó el primer autor del estudio en un salón íntimo, con buena iluminación y acústica, dos estudiantes de gerontología que realizaban su servicio social en CIU lo asistieron. Las aplicaciones de la técnica fueron videograbadas y su duración promedio fue de 49.08 minutos.

Procedimiento

Se solicitó la autorización a las autoridades de la CIU, quienes brindaron el espacio para realizar la convocatoria y el desarrollo de la técnica. Las mujeres fueron invitadas a formar parte de la investigación. Se formaron los cuatro grupos y se agendaron las citas para realizar la actividad. En su momento, las participantes firmaron la carta de consentimiento informado, respondieron el cuestionario de datos sociodemográficos y se dio inicio con la técnica.

Análisis de la información

Para el análisis sistemático de la información, se transcribió en su totalidad la discusión de los distintos grupos, la información fue codificada, clasificada de acuerdo con la teoría de Bronfenbrenner (1977; 1986), se realizó una segmentación, que se refiere extracción de lexías, que representaban las categorías de análisis, y, finalmente la información fue analizada en conjunto (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009; Kitzinger, 1995). Es importante mencionar que con el propósito de conocer el significado implícito de la experiencia vivida, se utilizó la fenomenológica-hermenéutica (Heidegger, 1989, en Barbera & Inciarte, 2012), la cual, mediante un proceso de deconstrucción (mirar más allá del significado cotidiano y normal de la vida) y construcción (ver el significado más grande en el ser) involucra el estudio del fenómeno orientado en el ir a la cosa misma. De esta manera el análisis permitió

Sucesos estresantes en mujeres mayores desde la teoría ecológica de Bronfenbrenner

interpretar las experiencias del fenómeno mediante la expresión lingüística de las participantes. (Ver tabla Anexo)

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité Investigación y Ética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México y autorizado por las autoridades de la CIU. Las mujeres participaron de forma voluntaria, antes de participar, se les leyó la carta de consentimiento donde se les informó acerca de los procedimientos, como la videograbación de la técnica. También se les informó sobre sus derechos, por ejemplo; la confidencialidad de la información y el poder retirarse del estudio si así lo consideraban.

RESULTADOS

Dada la naturaleza del tema de los sucesos estresantes, se presentan algunas características importantes de las participantes obtenidos a través de un cuestionario ad hoc. Por ejemplo, en el grupo 1, sólo una mujer trabaja, el resto declaró no trabajar. En cuanto a las enfermedades, sólo una declaró tener hipertensión arterial. En cuanto a las muertes de seres queridos una de ellas perdió a su nieto.

En el grupo 2, tres mujeres son jubiladas, sólo una de ellas recibe una pensión. Respecto a las enfermedades, tres de las participantes tienen hipertensión, dos diabetes mellitus tipo II, una tiene esclerosis y osteoporosis y una más tiene una hernia lumbar. En este grupo, todas las participantes dijeron haber tenido una pérdida mortal reciente, entre los familiares fallecidos se encuentran; mamá, hermana, hermano, cuñada y sobrina.

En el tercer grupo, ocho mujeres dijeron estar jubiladas con pensión y sólo una jubilada sin pensión. Respecto a la presencia de enfermedades tres tienen hipertensión, dos tienen diabetes mellitus tipo I, tres diabetes mellitus tipo II, otra tiene ciática, otra problemas de columna y una más tiene osteoartritis. En cuanto a las pérdidas, siete mujeres dijeron haber tenido una pérdida mortal reciente, entre los familiares fallecidos se encuentran esposo, hijo, hermana y mamá.

En el grupo 4, tres mujeres están jubiladas, sin embargo, sólo una de ellas cuenta con pensión y dos declararon siempre haberse dedicado al hogar. Respecto a la presencia de enfermedades tres tienen

hipertensión, dos tienen obesidad, una tiene diabetes mellitus tipo I, una diabetes mellitus tipo II, otra tiene problemas de cadera y rodillas, otra tiene hígado graso y una más tiene migraña. En cuanto a las pérdidas, tres mujeres dijeron haber sufrido una, entre los familiares fallecidos se encuentran esposo, hermanos, papá, nieta, sobrinos y cuñada.

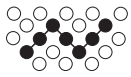
Significado de estrés

Previo a la exploración de los sucesos estresantes, se preguntó a las participantes “¿Qué es el estrés?”, con la finalidad de homogenizar el diálogo respecto al tipo de estrés y los sucesos estresantes. En este sentido, para las participantes el estrés: “Es estar inquieto, nervioso, angustiado” (P1, Grupo 1); “...es la ansiedad que tengo por hacer las cosas o por si tengo que ir a algún lugar, que tengo que pasar el metro” (P6, Grupo 3).

Las participantes diferencian, un estrés cotidiano o normal de un estrés agudo: “...aquí el estrés es común, porque siempre estamos a prisa, siempre estamos corriendo, y como dice la compañera, el estrés de los enfermos no, porque ese es como tristeza.” (P3, Grupo 2). De esta manera, el estrés normal está relacionado con situaciones cotidianas: “...no podemos hacer las cosas rápido...” (P3, Grupo 2); “...nunca nos alcanza el tiempo para hacer lo que teníamos que hacer...” (P4, Grupo 4). En cambio, el estrés agudo, se relaciona con sucesos que implican mayor desgaste emocional: “...es esa desesperación, ese sentimiento que no sabe uno de que es, la desvaloración de uno mismo, de cansancio, de aislamiento, tristeza...” (P1, Grupo 4); “A mí me da por llorar, siento que mi corazón me duele...” (P3, Grupo 3). Considerando lo anterior, se hizo énfasis en que se discutiría sobre aquellos sucesos que generan el estrés agudo. A continuación se presentan los resultados por categoría.

Problemas intrapersonales

La presencia de enfermedades es la situación que, en el plano interpersonal, más afecta a las participantes: “...a mí me dio cáncer, eso fue muy fuerte para mí, me sentí culpable de no haberme cuidado...” (P2, Grupo 2); “...yo tuve una depresión, entonces es una situación muy desesperante porque ya no tengo el control de mí...” (P2, Grupo 2); “...me diagnosticaron un aneurisma... tengo mucho miedo de que me operen pero también me da mucho miedo de que me vaya a pasar algo...” (P2, Grupo 3); “...cuando me dicen tiene artrosis...” (P5, Grupo 3); “Mi enfermedad... es lo que me tiene



Díaz-Castillo, González-Escobar, González-Arratia López- Fuentes, Montero-López- Lena

muy preocupada...” (P1, Grupo 4); “...llevo cuatro cirugías de intestino...” (P5, Grupo 4). También se presentaron problemas cognitivos, específicamente de memoria: “...me afecta mucho la memoria, se me olvidan mucho las cosas...” (P2, Grupo 2); “...se me olvidan mucho las cosas y me preocupa mucho el pensar que un día me vaya a dar Alzheimer, y me duele...” (P7, Grupo 2).

Otros problemas intrapersonales fueron de índole emocional, por ejemplo, la sensación de soledad: “...llego a tener ese momento en que me siento sola...” (P9, Grupo 3); “...tengo 23 años sola, entonces hay momentos en que me deprimó...” (P4, Grupo 3), la inseguridad personal; “...desde que dejé de trabajar he sentido como miedos...” (P4, Grupo 3), la preocupación por el futuro: “...ya estamos grandes, mi esposo y yo, el quedarme sola...” (P4, Grupo 4). Es importante señalar que estas situaciones se presentaron particularmente en los grupos de mujeres de mayor edad.

Problemas interpersonales

La relación con los hijos es causante de estrés, aunque dicha relación se presenta en diferentes contextos, por ejemplo, cuando los hijos aún viven en casa; “...me estresa mucho que son dos hijos solteros los que están ahí viviendo conmigo...” (P5, Grupo 1). También, por las diferencias de ideas en la relación intergeneracional: “...me preocupa porque está sola (hija), yo soy muy tradicionalista, una familia es lo mejor...” (P7, Grupos 2); “...quiero que se case (hija), que tenga una familia y hoy en día los jóvenes ya no viven eso, entonces para mí es conflictivo...” (P3, Grupos 2).

En otros casos el estrés se presenta cuando los hijos se van de casa: “...mis hijas se han independizado, entonces para mí es fuerte porque se van de la familia...” (P3, Grupo 2). En cambio, en otros casos se presenta porque los hijos regresan a casa después de haber salido de ella: “...mi hija se regresó a vivir conmigo, se separó de su esposo y se regresó a la casa con su hijo, entonces, si luego si me estresa... es como una invasión” (P1, Grupo 1).

La relación con la pareja también causa estrés, sobre todo por diferencias de opiniones y relaciones de poder: “A mí me estresa mi esposo, él es el que toma las decisiones...” (P2, Grupo 1); “...a veces discuto con mi esposo porque, si él dice es azul aunque sea rojo ha de ser azul...” (P3, Grupo 3). Destaca la relación con la ex pareja, cuando viven en la misma casa aunque ya no tengan una relación: “...ya no estamos juntos pero él (ex

pareja) vive ahí y yo quisiera dejar de preocuparme...” (P1, Grupo 4); “...ya no sé si estoy casada o no estoy casada... vivíamos bajo el mismo techo pero como extraños.” (P2, Grupo 2).

También causa estrés la relación con otros familiares como los padres: “tengo un papá de 87 años, él tiene un carácter muy difícil... se ha enfermado me tengo que estar ahí pero hasta me ha corrido...” (P5, Grupo 2); o, con los hijos y los nietos: “...mi hijo tiene 10 años viviendo conmigo y tengo dos nietos... ya se va a ir entonces si voy a extrañar a mis nietos...” (P5, Grupo 3); “...uno de mis nietos vivió cuatro años conmigo, de repente mi hija me dice, sabes que mamá este niño se va... me siento muy sola porque para todo andaba yo con él...” (P3, Grupo 3).

Otras fuentes de estrés son; la relación con la familia extensa; “...mi familia es muy problemática y eso a mí me afecta mucho... me cargo problemas que nos son míos...” (P3, Grupo 1) y la participación limitada en la familia: “...tuve un altercado con un familiar, me enojó tanto la acción de ellos que aventé golpes y ahora me siento mal... yo quería hablar y me callaban... no me permitían hablar.” (P7, Grupo 3); “...yo quiero opinar algo, no mamá no digas, no mamá cállate...” (P4, Grupo 3).

Cambios en el estilo de vida

Específicamente en los grupos de mujeres de mayor edad se encontró que el “no poder hacer las cosas como antes” es causante de estrés: “...me desespera no poder hacer las cosas que antes si podía hacer, por ejemplo, subirme y limpiar...” (P2, Grupo 3); “A mí me estresa el ya no hacer las cosas como antes las hacía... yo me reía del quehacer, me reía de todo y ahora todo se ríe de mí...” (P4, Grupo 4).

La jubilación resultó ser suceso estresante para algunas participantes: “...yo me jubilé tiene 12 años, fue muy difícil, no me hallaba en ningún lado...” (P1, Grupo 2); “Pues yo dejé de trabajar hace poquito y me sentí muy mal en la casa...” (P7, Grupo 3). También, el hecho de dejar de trabajar por necesidad, es decir, cuando existe una enfermedad: “...me dijeron los médicos que ya no podía trabajar, porque me estaban detectando esclerosis múltiple...” (P6, Grupo 2). Así mismo, la jubilación, cuando se da por la necesidad de cuidar a otras personas: “...me siento todavía como que desubicada, hace poquito que me jubilé... porque mi hija estaba en un embarazo de muy alto riesgo...” (P4, Grupo 2); “...cuidar las enfermedades de mi

Sucesos estresantes en mujeres mayores desde la teoría ecológica de Bronfenbrenner

esposo... fueron enfermedades terminales que hizo que yo constantemente me sintiera estresada, empezó con un paro cardíaco...” (P6, Grupo 3).

Finalmente, destaca el cambio de actividades y la carga que genera el cuidar de una persona, lo que a su vez genera problemas de salud: “...me la dejaron (hermana) y nadie me apoya... todo eso me está deteriorando hasta en mi salud porque yo soy diabética e hipertensa, mis niveles de azúcar ahorita no se me han controlado...” (P1, Grupo 3).

Tensiones debidas al estatus socioeconómico

Se observó que en algunos casos el recurso económico no es suficiente, aunque eso sucedió en los grupos de las mujeres de menor edad: “Yo creo que todas tenemos en algún momento tensiones precisamente porque no alcanza el dinero...” (P5, Grupo 1); “Si he trabajado y a mí el trabajo me encanta pero son nada más momentáneos, o sea, es al día...” (P5, Grupo 2).

Sobresale un caso donde a pesar de contar con una pensión que le permitiría satisfacer sus necesidades, esto no es así, ya que tiene que compartirla: “Yo soy jubilada, cobro mi pensión y la comparto con mi nieta y a veces si me preocupa porque luego me dice, me pidieron 250 para un material o me pidieron tanto y ahí si me preocupa porque yo veo como le hago pero yo tengo que darle para su escuela...” (P2, Grupo 4).

En general, se observó que si bien la economía de las participantes no era abundante, si contaban con los recursos para satisfacer sus necesidades. No obstante, existen gastos extraordinarios que son estresantes, porque no están planificados y rompen el equilibrio económico: “...yo no tengo una economía mala, pero como tengo que hacer trabajos de la casa, eso me estresa...” (P4, Grupo 3); “...siempre va a haber que ya se rompió, que ya se descompuso, que hay que arreglar y esos ya son gastos extras...” (P5, Grupo 1). Es importante señalar en que 12 de las 26 participantes, declararon no tener problemas económicos incluso con los gastos extra.

Problemas que ocurren a otras personas

Los problemas de la familia son causantes de estrés, particularmente por la presencia de enfermedades, por ejemplo, los nietos: “...mi nietecita tiene una enfermedad respiratoria, la mandaron al INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias)... me estresa el ver que los niños están enfermitos y no

veo avance para su salud.” (P5, Grupo 1).

También, pensar en el futuro de los hijos es causante de estrés: “...de mis hijos me preocupa porque digo, tienen una carrera y a lo mejor ya no tienen un trabajo fijo y puros contratos...” (P5, Grupo 4). Además, se estresan por problemas a otros miembros de la familia como los padres: “...estuvo (papá) conquistando una muchacha... me imagino cosas a futuro, esta señora pues más que nada se quedó por interés pues porque mi padre tiene una casa...” (P5, Grupo 2); los hermanos y los sobrinos: “...están sin trabajo pues a ver cómo le hago para que tengan trabajo...” (P5, Grupo 3), e incluso los amigos: “...los problemas de los mismos amigos a veces también te hacen sentirte mal porque a veces no puedes estar mucho para poder apoyarlos...” (P4, Grupo 2).

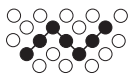
Es importante destacar la situación de violencia intrafamiliar como causante de estrés, más aún cuando la víctima es la hija: “... yo no acepto que mi hija esté viviendo con su esposo y que le pegue... rezo por ella diario, que esté bien, que no le vaya a pasar nada.” (P2, Grupo 4).

Experiencias traumáticas

Respecto a las experiencias traumáticas destacó la muerte de los seres queridos como la experiencia más estresante, particularmente cuando se trata de un hijo: “Para mí, ha sido lo peor que me ha pasado en esta vida, la muerte de un hijo, es lo peor que puede existir.” (P9, Grupo 3), de la pareja: “...cuando falleció mi esposo yo perdí la noción de todo...” (P3, Grupo 4) o de los padres: “Hace como cinco años falleció mi mamá... no me pudo esperar, ella se fue...” (P6, Grupo 2).

Cuando la muerte del ser querido se presenta bajo condiciones de enfermedad, deterioro y dolor, es particularmente estresante porque el estrés no sólo se debió a la pérdida, sino al proceso de muerte: “... murió a los 97 años pero mi mamá era una persona muy activa, se cayó y se rompió el brazo... mi mamá se sintió perdida...” (P3, Grupo 3); “...mi mamá tenía 91 años y tenía Alzheimer ya no nos reconocía y ya casi no hablaba...” (P5, Grupo 3); “...mi sobrino, él tenía 21 años... eran los riñones, insuficiencia renal.” (P4, Grupo 1).

Cuando además de presentarse la muerte por una enfermedad con un proceso de muerte doloroso, se presentan culpas resulta particularmente doloroso: “... hace cinco años falleció mi mamá, me costó trabajo, yo estuve cuidándola durante seis meses porque quedé



Díaz-Castillo, González-Escobar, González-Arratia López-Fuentes, Montero-López- Lena

muy mal... yo la cuidaba y cuando me vengo fallece, inclusive hasta mi papá me dijo que por mi culpa.” (P5, Grupo 2).

Destaca el caso de una participante que tuvo múltiples pérdidas: “...la pérdida de mi hermanita que tiene ya tres años... de la hermanita que le estoy contando es la quinta porque anteriormente en ese mismo año, en diferentes meses murieron los otros hermanos y luego mi nietecita...” (P1, Grupo 4).

Categoría extra: Violencia e inseguridad

Se presentó una categoría extra que no había sido considerada. La violencia e inseguridad que se vive en el País destacaron como factores de estrés que alteran el bienestar de las participantes, sobre todo por haber sido víctima directa: “...el asalto que tuve si me afectó mucho porque no me quedé con miedo, me quedé con pánico, yo no podía salir a la calle... no quería hacer nada, decía es que esta no soy yo...” (P4, Grupo 1). Aunque también es causante de estrés el haber sido víctima indirecta; “...mi hijo murió en un asalto, queda ese miedo, queda ese pavor de decir si ahora ya los otros hijos... uno se queda con el estrés, con el miedo, ay Dios mío cuídalos.” (P7, Grupo 3); “...me avisaron que mi hermano en Cuernavaca lo habían apuñalado...” (P6, Grupo 3).

Incluso, el conocimiento de la violencia e inseguridad que se vive en sus colonias es causante de estrés: “... cuando sé que asaltan a alguien cerca de casa o cuando alguien fallece por algún asalto” (P1, Grupo 1); “... como que me da terror andar en la calle, me da mucho miedo.” (P4, Grupo 3); “...mi estrés es con mi nieta que a veces no llega, y me estreso me preocupo, me da miedo que le haya pasado algo...” (P2, Grupo 4) “... una vecina, fue un feminicidio aquí en San Agustín y ahora tengo pánico que vengan mis nietas y alguien las vaya a secuestrar y vayan a desaparecer porque no es el único que ha habido hay muchos feminicidios aquí en Ecatepec...” (P5, Grupo 1).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El presente analizó los sucesos estresantes que experimentan las mujeres mayores. Al respecto, los resultados concuerdan con estudios previos (Park, 2006), particularmente, al identificar a los problemas de salud, así como, en la muerte de la pareja y los hijos, como los sucesos más estresantes. Sin embargo, en el presente estudio no destacó la situación económica

como causante de estrés, de esta manera, este resultado discrepa con los reportados por otros autores sobre los problemas económicos como fuente de estrés (Hernández et al., 2010; Dorfman et al., 2009; Rahimi et al., 2015).

En relación con los problemas familiares, que fueron señalados por Hernández et al. (2010), el presente estudio profundizó en ellos e identificó que se presentan particularmente con los hijos y en diferentes situaciones. También, entre estos problemas familiares se encuentran los de la pareja, la ex pareja y los padres.

Respecto al análisis desde la teoría ecológica del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1977; 1986), el presente estudio identificó distintos sucesos estresantes que se instalan en los sistemas; Onto, Micro, Meso, Exo, Macro y Crono. En el Ontosistema, se identificaron problemas intrapersonales como las enfermedades que destacan como los principales sucesos estresantes, es importante mencionar que las enfermedades se presentaron principalmente en las mujeres de mayor edad.

Relacionado con lo anterior, se encuentra el funcionamiento del cuerpo, al respecto, particularmente las mujeres de los grupos de mayor edad, consideran estresante el ya no hacer las cosas como antes, es decir, el declive en las funciones corporales se ve principalmente afectado en las mujeres mayores de 65 años. También, en el plano interpersonal destacan los factores emocionales como sensación de soledad o inseguridad personal. Es importante hacer hincapié en el caso de los duelos por la muerte de seres queridos, particularmente por el malestar y el dolor que deja la pérdida.

En el Microsistema los sucesos estresantes se presentan sobre todo en el entorno familiar, por ejemplo, la interacción conflictiva con hijos, con pareja, la ex pareja y padres. También en el Microsistema se ubicó el cambio en el estilo de vida por cuidar nietos, padres o hermanos.

Para identificar el Mesosistema, se expone en un caso las interacciones entre los sistemas. La situación de violencia que se vive (Macrosistema), afecta la estabilidad de la persona (Ontosistema), ya que se ha enterado que una de sus vecinas (Microsistema) fue víctima de un feminicidio y esto afecta la relación con su familia extensa (Exosistema) ya que ha decidido que no la visiten, por temor a que les suceda algo. En este caso se observa como existe interacción entre sistemas y como la situación de violencia resulta un factor de estrés en varios de ellos.

Sucesos estresantes en mujeres mayores desde la teoría ecológica de Bronfenbrenner

En el Exosistema, principalmente se presentan problemas con la familia extensa, esto en diferentes condiciones, en algunos casos por las relaciones conflictivas con hermanos y sobrinos, pero también en la relación con los hijos cuando ya no viven en casa y han formado su propia familia, ya sea por su bienestar en el presente o el futuro. También se presentan problemas cuando alguno de los miembros de la familia enferma.

Respecto al Macrosistema, destacó la situación de violencia, la cual es una constante en México y que se ha vuelto parte de la cotidianidad, por lo que representa un factor de estrés externo, que afecta a las personas, sobre todo cuando han sido víctimas directas o indirectas. Es importante señalar que esta categoría no estaba originalmente establecida.

La situación de violencia, que fue identificada en el Macrosistema, también forma parte del Cronosistema, ya que nunca antes se habían presentado índices tan elevados de violencia en México y a estas mujeres les ha tocado experimentarlo cuando se encuentra en la última etapa de su vida, con las condiciones que ello implica.

Por todo lo anterior, se concluye que utilizar la clasificación de Ben Porath et al., (1991) para la exploración de los sucesos estresantes y la Teoría de Bronfenbrenner (1977; 1986) para su análisis, fue óptima, ya que permitió profundizar en las experiencias estresantes vividas por un grupo de mujeres mayores. Así mismo, es importante señalar que el enfoque cualitativo y en particular la técnica de grupos focales representaron una ventaja para la generación del conocimiento sobre los sucesos estresantes en la vejez, y conocer las particularidades del fenómeno, además, resultó particularmente ilustrador considerando que los estudios realizados a nivel regional se han limitado en la descripción estadística (Clemente, et al., 2009; Gómez et., 2002; Hernández et al., 2010; Stefani et al., 2006).

Considerando las características sociodemográficas de la población envejecida en México, el estudio se centró en la población femenina, y documentó la diversidad de estresores que enfrentan las mujeres de edad avanzada, quienes además, en ocasiones lo harán solas. Esto da pie a la planificación de intervenciones psicogerontológicas que favorezcan la superación de los sucesos estresantes en la vejez.

Pese a lo anterior, se considera como una limitación no contar con una muestra de hombres que permitieran comparar los sucesos experimentados. Así mismo, el

estudio tuvo la limitación del número de participantes, ya que si bien se contó con una muestra que permitió clasificar a las mujeres por grupos etarios, es deseable contar con más participantes, lo que permitiría una mayor saturación de la información y un conocimiento más específico. Por lo anterior, se recomienda que futuros estudios, consideren a la población masculina para su estudio, así como incluir un mayor número de participantes que permitan confirmar los resultados expuestos.

Financiamiento

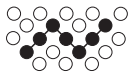
Esta investigación fue financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) con la beca 290197/259511 otorgada al primer autor para sus estudios de Doctorado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece al Lic. Javier Ramírez y al Lic. Edgar Blanco, autoridades de la Clínica Integral Universitaria de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec y el servicio de gerontología, respectivamente. Así mismo, se agradece a las alumnas Perla Camacho Zúñiga y Montserrat Castro Mota, por su apoyo técnico. Finalmente, se agradece a las participantes del estudio.



Díaz-Castillo, González-Escobar, González-Arratia López- Fuentes, Montero-López- Lena

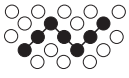
REFERENCIAS

1. Barbera, N. & Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12(2), 199–205.
2. Barros, C., Fortte, A. & Herrera, S. (2003). Situaciones estresantes que afectan al adulto mayor y formas de enfrentarlas. *Revistas de Trabajo Social*, 72, 161–167.
3. Ben Porath, Y.S., Waller, N.G. & Butcher, J.N. (1991). Assessment of coping: An empirical illustration of the problem of inapplicable items. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 162–176.
4. Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–530.
5. Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *Research Perspectives*, 22(6), 723–742.
6. Clemente, A., Tartaglini, M. & Stefani, D. (2009). Estrés Psicosocial y Estilos de Afrontamiento del Adulto Mayor en Distintos Contextos Habitacionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 69–75.
7. Dorfman, L., Méndez, E. & Osterhaus, J. (2009). Stress and Resilience in the Oral Histories of Rural Older Women. *Aging*, 21(4), 303–316.
8. Escobar, J. & Bonilla-Jimenez, F. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51–67.
9. Gómez, J. & Segura, P. (2002). Estrés en pacientes gerontopsiquiátricos descripción de factores estresantes biopsicosociales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(1), 57–66.
10. Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México, Distrito Federal: Mc Graw Hill.
11. Hernández, Z. & Romero, E. (2010). Estrés en Personas Mayores y Estudiantes Universitarios: Un Estudio Comparativo. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 56–68.
12. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (2015a). Encuesta Intercensal 2015. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/default.aspx>
13. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (2015b). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015: Estados Unidos Mexicanos. México: INEGI.
14. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (2015c). Mortalidad: Esperanza de vida al nacimiento según sexo, años seleccionados de 1990 a 2030. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo129&s=est&c=23598>
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad (1 de octubre). Aguascalientes, México. Disponible en http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
16. Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
17. Instituto Nacional para la Personas Adultas Mayores (2010). Por una cultura del envejecimiento. México Distrito Federal: Secretaría de Desarrollo Social. Disponible en http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf
18. Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: introducing focus group. *British Medical Journal*, 11(3), 299–302.
19. Martínez, M. (S/F). Los grupos focales discusión como método de investigación. Disponible en <https://investigacionparalacreacion.files.wordpress.com/2010/09/los-grupos-focales1.pdf>
20. Nelson-Becker, H. (2004). Meeting life challenges: a hierarchy of coping styles in African American and Jewish American older adults. *Diversity and Aging in the Social Environment*, 10(1), 155–174.
21. Park, C. (2006). Exploring relations among religiousness, meaning, and adjustment to lifetime and current stressful encounters in later life. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(1), 33–45.
22. Pérez, J. (2003). Feminización de la vejez y estado del bienestar en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 104, 91–121.
23. Rahimi, R., Ali, N., Noor, S., Mahmood, M. & Zainun, K. (2015). Suicide in the elderly in Malaysia. *The Malaysian Journal of Pathology*, 37(3), 259–263.
24. Rodríguez, J., Kohn, R. & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
25. Sandín, B. (1999). Estrés y salud: Factores que intervienen en la relación entre estrés y la enfermedad física. En J. Buen día (Ed.), *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
26. Sandoval, J. & Richard, M. (S/F). La salud Mental en México. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
27. Secretaría de Salud (2011). Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf
28. Stefani, D. & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 22(2), 267–272.

Sucesos estresantes en mujeres mayores desde la teoría ecológica de Bronfenbrenner

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes.

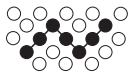
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Datos sociodemográficos	(55-59 años de edad)	(60 a 65 años de edad)	(66 a 70 años de edad)	(71 a 75 años de edad)
Promedio de edad	57.40	62.29	67.78	71.80
Estado civil				
Soltera	2	1	-	-
Casa	2	4	3	3
Viuda	1	-	2	1
Divorciada	-	2	4	1
Escolaridad				
Primaria	1	2	-	2
Secundaria	3	2	7	2
Preparatoria	-	2	2	1
Universidad	1	1	-	-
Religión				
Católica	5	6	9	4
Cristiana	-	1	-	-
Sin religión	-	-	-	1



Díaz-Castillo, González-Escobar, González-Arratia López- Fuentes, Montero-López- Lena

Cuadro 1. Categorías de sucesos estresantes utilizada como guía de discusión.

Categoría	Definición
a) problemas intrapersonales,	Preocupaciones de salud o teniendo que tomar decisiones importantes
b) problemas interpersonales	Dificultades con miembros de la familia, con la pareja o con los amigos.
c) cambios en el estilo de vida;	Modificaciones en el modo de vivir o alejarse del hogar.
d) tensiones debidas al estatus socioeconómico	Problemas en el trabajo o dificultades financieras
e) problemas que ocurren a otras personas	Problemas experimentados por familiares de amigos
f) experiencias traumáticas	Accidentes automovilísticos, enfermedad grave o muerte de un ser querido.



Envejecer generativamente: Una propuesta desde el modelo del buen vivir

Eduardo Sandoval Obando¹, Emilia Sierra², Juan José Zacarés³

Resumen

Este artículo presenta una revisión teórica en torno al envejecimiento, transitando desde una mirada biomédica centrada en el déficit y las pérdidas, hacia una perspectiva que propicia el envejecer generativamente, integrando las implicaciones culturales y psicosociales del 'buen vivir' en el contexto chileno. Este enfoque busca potenciar una educación para la vida (De Souza, 2011), a través de la promoción de comportamientos y dinámicas relacionales fundadas sobre una concepción multidimensional del desarrollo humano, incitando la toma de conciencia sobre cómo las personas pueden hacerse cargo de sí mismas (Escobar, Franco y Duque, 2011) en la medida que desarrollen conductas generativas, alcanzando un sentido de integridad, autonomía y madurez a lo largo del ciclo vital. Para ello, se sistematizan un conjunto de prácticas culturales y acciones generativas, tales como el mantenimiento de conductas saludables (González y De la Fuente, 2014), la estimulación cognitiva y emocional permanente (Brown, Peiffer y Martins, 2013), el cuidado de sí (Hernández, 2019), la atención a las demandas de ayuda y cuidado de sus pares (Erikson, 2000), como factores que en su conjunto contribuirían a la implicación activa de los sujetos en sus comunidades, propiciando el reconocimiento y valoración de las personas mayores como seres autónomos y flexibles, capaces de aportar con su experiencia y sabiduría en la construcción de una sociedad inclusiva, respetuosa y justa.

Palabras Claves: Envejecimiento; Envejecimiento Óptimo; Generatividad; Buen vivir; Desarrollo Humano.

Abstract

Abstract

This article presents a theoretical review on aging, moving from a biomedical perspective focused on deficit and loss, towards a perspective that promotes aging generatively, integrating the cultural and psychosocial implications of "good living" in the Chilean context. This approach seeks to promote an education for life (De Souza, 2011), through the emergence of behaviors and relational dynamics based on a multidimensional and heterogeneous conception of human development,

prompting awareness of how people can take charge of themselves (Escobar, Franco & Duque, 2011) to the extent that they develop generative behaviors, achieving a sense of integrity, autonomy and maturity throughout the life cycle. For this, a set of cultural practices and generative actions are systematized, such as the maintenance of healthy lifestyles (González & De la Fuente, 2014), the permanent cognitive and emotional stimulation (Brown, Peiffer & Martins, 2013), the self-care (Hernández, 2019), attention to requests of help and care of their peers (Erikson, 2000), as factors that would contribute to their active involvement in their communities,

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2019

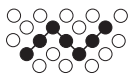
Recibido:
28/07/2019

Aceptado:
15/08/2019

(1) Psicólogo, Magíster en Educación, Políticas y Gestión Educativa; Doctor en Ciencias Humanas. Postdoctorado en Desarrollo Evolutivo Universidad de Valencia (España). Académico adscrito a la Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades – Universidad Autónoma de Chile (Temuco, Chile). Correspondencia a: xxxx@uautonoma.cl

(2) Catedrática adscrita al Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología – Universidad de Valencia (España).

(3) Profesor Titular adscrito al Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología – Universidad de Valencia (España).



Sandoval Obando, Sierra, Zacarés

promoting the recognition and evaluation of the elderly as human being autonomous and flexible, capable of contributing with their experience and wisdom in the construction of an inclusive, respectful and fair society.

Keywords: Aging; Optimal aging; Generativity; Good Living; Human Development.

1. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, se ha observado un aumento significativo de la población de personas mayores a nivel mundial (Fernández, Nazar y Alcover, 2018). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) indica que, durante el periodo comprendido entre el año 2000 al 2050, la proporción de habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. Es decir, este grupo etario pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo, evidenciando que la población en el mundo envejece de manera gradual y paulatina, independientemente de la condición política o económica de los países, sean éstos desarrollados o en 'vías de serlo' (Daichman, 2014; Reyes y Castillo, 2011).

En el contexto chileno, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), señala que habría 2,8 millones de personas sobre 60 años, correspondiente al 16,2% de la población. Por ello, la OMS plantea que la esperanza de vida en Chile ha aumentado durante la última década, alcanzando un promedio de 80,5 años, siendo las mujeres más longevas (83 años) que los hombres (79 años).

Así, se estima que para el 2025 los mayores de 60 años alcanzarán un 20,1%, mientras que un 18,5% de la población será menor de 15 años. Este dato se explica en parte, por el descenso de la tasa global de fecundidad (TGF o número promedio de hijos/as por mujer), de 1,8 a 1,7 en el año 2016, lo que está por debajo de la tasa de reemplazo (2,1 hijos promedio por mujer), entendido como aquel valor que permite asegurar el recambio generacional y el crecimiento demográfico de un país (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018).

Estos cambios sociodemográficos y las múltiples conceptualizaciones que han explicado el envejecimiento lo muestran como una realidad compleja, heterogénea y desafiante (Kirkwood, 2008), que concita el interés de las Ciencias Sociales y de la Salud, al visibilizar un conjunto de prácticas culturales y comportamientos, en las que se transita desde el modelo biomédico al biopsicosocial (Fernández-Mayoralas, Schettini, Sánchez-Román, Rojo-Pérez,

Agulló y Joao-Forjaz, 2018). Lo anterior, implica dar un salto epistemológico, desde el envejecimiento asociado tradicionalmente al déficit, la enfermedad y la fragilidad (Morley et. al. 2013) hacia una perspectiva que reconozca e integre el potencial humano, develando un conjunto de rasgos de personalidad y acciones generativas que fortalecen al Yo (Erikson, 2000), la salud y el bienestar de las personas mayores (Gruenewald, Liao y Seeman, 2012; McAdams, 2013).

Pero ¿Qué elementos caracterizan el envejecimiento óptimo? ¿Cómo se podría alcanzar un giro epistemológico en torno al envejecimiento? ¿De qué manera la generatividad se transforma en una herramienta imprescindible para el buen vivir en el contexto chileno? ¿Qué implicaciones culturales y psicosociales generaría el envejecer generativamente? ¿Qué tipo de prácticas generativas favorecerían el buen vivir en la vejez?

En respuesta a estas interrogantes, se presenta una revisión teórica y propositiva en torno al 'buen vivir' (Sandoval-Obando, 2019; Tortosa-Martínez, Caus y Martínez-Román, 2014) como modelo que favorece el envejecer generativamente, describiendo la relación de la generatividad con nuevas posibilidades de comprensión del desarrollo humano en general y del envejecimiento en particular (Serra, 1990). Para ello, se avanza en el análisis y sistematización de aquellas prácticas culturales, comportamientos y estrategias generativas que fomentan el cuidado de sí, el mantenimiento de relaciones interpersonales significativas y la implicación activa de las personas mayores en la sociedad.

2. ENVEJECIMIENTO ÓPTIMO, GENERATIVIDAD Y 'BUEN VIVIR'

2.1. Envejecimiento y Desarrollo Humano

En la revisión teórica conceptual en torno al envejecimiento, existen diferentes perspectivas acerca de cómo se visualiza y experimenta este proceso en las personas (Martínez, González, Castellón, y González, 2018). No obstante, es común la vinculación de esta etapa con el déficit, el deterioro y las pérdidas que se presentan, asociado en parte, a la emergencia de enfermedades crónicas, la dependencia física, mental o social que pueden enfrentar las personas mayores y su influencia sobre la familia y la comunidad en la que éstos se desenvuelven (Bayarre, 2017).

Sin embargo, e independientemente de las características fisio-biológicas que cada sujeto posee, existe consenso respecto a que este proceso es inherente

Envejecer generativamente: Una propuesta desde el buen vivir

al ser humano, sustentado en el funcionamiento auto-organizado de un conjunto de mecanismos genéticamente determinados que lo regulan, dentro de los que se encuentran la muerte celular programada, el recambio celular, la limitación en la duplicación celular o el acortamiento de los telómeros, entre otros (Libertini, 2014).

De esta forma, es posible concebir el envejecimiento primario como una experiencia universal y altamente heterogénea (Ferraro, 2018), en la que se van suscitando una serie de transformaciones fisiológicas, sociales, psicológicas y funcionales (Alvarado y Salazar, 2014), como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos (González y De la Fuente, 2014). Esta serie de cambios llevan a que el envejecimiento sea percibido como una etapa compleja y desafiante, en la que se convive cotidianamente con ciertos estereotipos, prejuicios y desigualdades sociales vinculadas a la vejez, siendo percibida como una experiencia socialmente negativa, marcada por la soledad, la precariedad económica y la pasividad (Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2013; Sequeira y Silva, 2016). En paralelo, se pueden experimentar diferentes cambios, crisis y transiciones en el ciclo vital, tales como la jubilación, el nido vacío y los procesos de duelo (Serra, Dato y Leal, 1980; Silva, 2018), entre otros que imponen complejos desafíos para las personas mayores y sus familias. Precisamente por estas condiciones, el envejecimiento es un proceso altamente heterogéneo y dinámico (Sabando, Zambrano, Molina y Loor, 2018), pues cada individuo envejece de diversas maneras, según las características biológicas que posee, así como también por su estructura de personalidad, historia de vida, nivel de formación educacional, contexto político, histórico o cultural en el que se desenvuelve, configurando pautas de comportamiento y dinámicas relacionales que pueden favorecer u obstaculizar la adaptación y superación de los cambios que surgen durante esta etapa.

Desde el punto de vista psicológico, es relevante vincular el envejecimiento con las posibilidades y demandas emergentes que enfrentan las personas mayores a lo largo del ciclo vital (Friedman et. al. 2019), movilizándolas al despliegue de sus potencialidades en experiencias novedosas que rompan con la inercia y la rutina (Vásquez, 2019), induciendo un mayor grado de satisfacción consigo mismo y con los demás (Cuadra-Peralta, Medina y Salazar, 2016). Más aún, les permitiría contribuir significativamente en los ambientes en los que se desenvuelven, sintiéndose partícipes de la sociedad (Álvarez-Arregui, Rodríguez-Martín, Agudo

y Arregui, 2017) a través del apoyo social y bienestar que experimentan (Vivaldi y Barra, 2012).

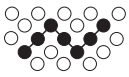
2.2. Caracterización del Envejecimiento Óptimo

Uno de los propósitos que persigue este trabajo es ampliar la discusión en torno a la perspectiva del envejecimiento óptimo, como una condición necesaria para la investigación en el campo de las Ciencias Sociales y de la Salud. Alcanzar una definición clara y precisa, proporciona un marco común que facilita su análisis, y al mismo tiempo, brinda nuevas posibilidades de comprensión y abordaje de esta etapa. Además, permite distinguir lo saludable (envejecimiento óptimo) de lo típico (envejecimiento normativo), comprendiendo su carácter dinámico, irreversible y heterogéneo.

En esta revisión, se presentan diferentes perspectivas teóricas que intentan explicar este proceso, así como sus implicaciones sobre el desarrollo humano (Alvarado y Salazar, 2014). La más conocida de ellas, es la reportada por Rowe y Kahn (1987, 1997) en la que plantean tres tipos de envejecimiento: el normativo (en donde se encuentran aquellas personas mayores sin patologías, pero que tienen cierto riesgo de sufrirlas), el patológico (en la que se arrastra una enfermedad crónica o propia del declive natural del organismo, con el impacto que esto provoca en el sujeto y sus familias) y el óptimo (en la que no se observan patologías que afecten al individuo, lo que le permite alcanzar un alto desarrollo cognitivo, emocional, social y físico), reflejando la enorme diversidad que caracteriza esta etapa, como consecuencia de las diferentes condiciones históricas, socioeconómicas, culturales y personales del individuo (Fernández-Ballesteros, 2009; Ferraro, 2018; Serra, 2017a).

En lo específico, el envejecimiento óptimo implicaría tres componentes: baja probabilidad de presentar una enfermedad y discapacidad, alto nivel de estimulación cognitiva y una implicación activa con la vida (Brummel-Smith, 2007; Calero y Navarro, 2018). A partir de esta concepción, han proliferado los estudios, tanto transversales como longitudinales, que coinciden en que un estilo de vida saludable y una estimulación física, cognitiva y emocional sistemática, favorecerían un mayor grado de felicidad, bienestar y satisfacción personal durante la vejez (Bohórquez, Lorenzo y García, 2013; Britton, Shipley, Sing-Manoux y Marmot, 2008; Kyong, 2008; National Prevention Council, 2016).

Reconocer los principios del envejecimiento óptimo y avanzar hacia un modelo con pertinencia local, en



Sandoval Obando, Sierra, Zacarés

un país como Chile, exige un cambio cultural en la sociedad, permitiendo que los individuos construyan expectativas realistas y pertinentes en torno al envejecimiento (Kim, 2009). Asimismo, proporciona una mirada flexible y multidimensional acerca de esta etapa (Baltes y Smith, 1999), develando aquellas prácticas, estrategias, acciones y recursos con los que debería contar una sociedad (Friedman et. al. 2019), para la promoción de ambientes respetuosos, democráticos y desafiantes para las personas mayores, incidiendo en la mejora en su calidad de vida, así como en sus posibilidades de desarrollo a lo largo del ciclo vital.

2.3. La Generatividad: Una herramienta imprescindible para el desarrollo humano

Desde la perspectiva del envejecimiento óptimo, resulta imprescindible abordar el concepto de Generatividad (Erikson, 2000; McAdams y Logan, 2004; Zacarés y Serra, 2011) y sus relaciones con la calidad del envejecimiento de un individuo. Lo anterior, implica dos cuestiones fundamentales: la adopción de una perspectiva biográfica, en la que la 'historia de vida' (Serra, 2008, Serra, 2012, Serra, 2018) de un sujeto nos aporta una identidad narrativa coherente (McAdams, 2001) que conduce a la integridad frente a la desesperanza en términos eriksonianos en los últimos años de vida y, por otra parte, el reconocimiento de que, a lo largo de la llamada 'vejez'-como etapa sin cambios-, el aumento de la longevidad, entre otras cosas, hace imprescindible diferenciar entre los sesenta, setenta, ochenta, noventa o más años, como un proceso de cambio evolutivo que, de ningún modo, puede ser considerado único, permanente y estático.

Por consiguiente, el hablar de 'óptimo' frente a otros términos como 'activo', 'exitoso', 'satisfactorio', 'armónico' o 'saludable' entre otras conceptualizaciones, es defendido por Serra (2017), desde la Psicología del Desarrollo, en su Perspectiva del Ciclo Vital (Baltes, Reese y Lipsitt, 1980) en cuanto que el objeto de estudio desde dicha perspectiva es: describir, analizar, explicar e intervenir/optimizar los cambios intra-individuales y las diferencias interindividuales en el cambio intraindividual en relación con el paso del tiempo, representado por la edad cronológica del sujeto, pero asimismo por los conceptos de edad biológica, psicológica, funcional y social, así como los acontecimientos o sucesos evolutivos (Serra, González y Oller, 1989), entendidos como sucesos asociados a la edad cronológica, normativos, secuenciados en el tiempo, esperados, y que explican mayor cambio que la edad cronológica, tales como la jubilación, el nido

vacío (Serra, Dato y Leal, 1980) o la abuelidad (Serra y Soto, 2017b).

En otras palabras, el curso de la vida de un individuo, desde la perspectiva eriksoniana, es un proceso de fortalecimiento del Yo a partir de las diferentes tareas (o crisis) psicosociales, desde la infancia hasta la ancianidad. En la mitad de la vida (de los 50 años en adelante), período donde el sujeto tiene que afrontar una 'mayor vulnerabilidad' psicológica (Serra, 2019) y una acumulación de acontecimientos como el ser hijo, miembro de una pareja, padre / madre, trabajador/a, es donde se puede desencadenar la llamada 'transición de la mediana edad' que, sólo, si los acontecimientos poseen un alto impacto o faltan recursos personales y/o sociales (Slaikeu, 1996) puede desembocar en crisis. Para Erikson, la clave de esta posible transición (o crisis, en su caso) es la pérdida del sentido propio de inmortalidad, y la clave para la superación, es la resolución positiva de la tarea de generatividad (McAdams, Hart y Maruna, 1998), lo que conducirá al cuidado de aquellos de quien se siente responsable y a dejar un legado que perdure para las generaciones futuras (Villar, 2012a; 2012b; Villar, López y Celdrán, 2013).

La tarea de la generatividad se conecta de manera directa con el desafío que plantea Erikson del logro de la integridad en la vejez. La persona que alcanza la integridad siente que ha merecido la pena vivir, está globalmente satisfecha con las decisiones tomadas a lo largo de la vida, las acepta como las adecuadas dadas las circunstancias en las que se tomaron y es capaz de afrontar serenamente el fin de la vida. La propia vida emerge como una totalidad coherente derivando una capacidad para afirmarse en el presente, en los proyectos y relaciones actuales. El desarrollo del potencial generativo es la ruta primordial que prepara la integridad a través de dos formas de generatividad relevantes:

a) La 'generatividad biográfica' gestada en las etapas vitales adultas previas a la vejez: supone todo el conjunto de realizaciones en los años adultos que nos exigen auto trascendernos, salir de nosotros mismos para implicarnos en el cuidado activo y responsable de personas, proyectos o ideales culturalmente valorados (Zacarés y Serra, 2011). Sin estas realizaciones adultas promotoras del desarrollo en otras personas se hace más difícil el acceso a una valoración positiva global de la propia vida.

b) La 'generatividad del adulto mayor': se refiere a las posibilidades de expresión generativa en la vejez.

Envejecer generativamente: Una propuesta desde el buen vivir

Las personas mayores han de encontrar sus formas de desarrollo generativo particular en la fase del envejecimiento acordes a su historia previa y a la selección de recursos y relaciones propia de esta etapa (Villar, 2012a). Incluso aquellas personas en las que sus años adultos han sido pobremente generativos pueden encontrar nuevas oportunidades de actividades y contextos que estimulan su “generatividad como persona mayor”. Actividades de participación social y política, actividades de cuidado informal tanto en relaciones familiares como no familiares o actividades de transmisión de un legado cultural constituyen posibilidades que permiten la expresión de un interés por sostener el bienestar de las nuevas generaciones (Serrat, Villar, Giuliani y Zacarés, 2017; Thiele y Whelan, 2008). Los vínculos de esta generatividad con indicadores positivos de salud y bienestar en los mayores son evidentes (Cheng, 2009; Gruenewald et al., 2012). No obstante, queda todavía abierta la cuestión de si en los casos de baja generatividad biográfica, una generatividad promovida ‘externamente’ en la vejez se mantendría en el tiempo y aportaría similares niveles de bienestar psicológico. Algunos resultados iniciales son prometedores al mostrar que tales intervenciones incrementan los niveles de generatividad en los mayores, pero se trataría de mayores que ya inicialmente reflejaban unos deseos generativos elevados (Gruenewald et al., 2016).

2.4. El ‘Buen Vivir’: Un Camino Posible para Envejecer Generativamente en Chile

Como consecuencia del envejecimiento acelerado que enfrenta la población chilena, resulta necesario ahondar en visiones teóricas que interpreten adecuadamente las necesidades e intereses que presentan las personas mayores, inmersos en una sociedad globalizada y estratificada (Cadenas, 2012). Precisamente por ello, el ‘Buen Vivir’ se podría alcanzar a través de prácticas culturales y dinámicas relacionales que favorezcan la vida en armonía, respeto y justicia social para las personas (Acosta, 2013; Barranquero-Carretero y Sáez-Baeza, 2015). Esta práctica emerge a partir de las experiencias acumuladas por pueblos originarios andino - amazónicos de Ecuador y Bolivia (Cubillo-Guevara, Hidalgo-Capitán y García-Álvarez, 2016) así como lo observado en comunidades mapuches del sur de Chile (De la Cuadra, 2015).

Sumak Kawsay en quechua, Suma Qamaña en Aymara o Buen Vivir es una cosmovisión construida ancestralmente por diferentes pueblos altiplánicos de Los Andes, “representada por la búsqueda de una vida en fraternidad y cooperación del ser humano consigo

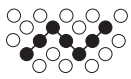
mismo, con sus pares y con el conjunto de los seres que habitan en la naturaleza” (De la Cuadra, 2015, p. 9), lo que les permite superar sus propias diferencias, para conformar comunidades interdependientes, plenas y sustentables (Ayala, 2011).

En el estudio y caracterización del Buen Vivir, Le Quang y Vercoutère (2013), señalan que se observan al menos 3 corrientes: la indigenista (con un marcado acento en lo cultural, promoviendo la autodeterminación de los pueblos indígenas, la preservación de los elementos espirituales e identitarios de la cosmovisión andina), la post-desarrollista (con una impronta ecologista, centrada en el cuidado y preservación de la naturaleza, avanzando en el desarrollo sostenible de los pueblos y la participación ciudadana) y la socialista (con un enfoque racional de transformación social que persigue la equidad, el desarrollo sostenible y la justicia social).

En este trabajo se promueve una conceptualización compleja y con pertinencia local en torno a los desafíos que instala el envejecimiento en Chile. Precisamente por ello, el ‘buen vivir’ estaría representado por prácticas culturales y comportamientos que favorecen la vida en plenitud (Dávalos, 2011), propiciando la inclusividad e implicación activa del sujeto (Bradley, 1997) en su quehacer cotidiano, valorando la diversidad y erradicando toda forma de discriminación en función de la edad, el género, la identidad sexual, la etnia o la clase social.

Pensar el envejecimiento desde el ‘buen vivir’ supone la construcción de una sociedad que prepare ciudadanos críticos, felices y solidarios (De Souza, 2014), capaces de desplegar pautas de comportamiento fundadas en la ética y el cuidado de sí (Hernández, 2019), permitiéndoles afrontar las desigualdades que instala el modelo neoliberal, centrado en la acumulación de bienes y la perpetuación de los procesos de marginación y exclusión social en la que viven aquellos sectores más desposeídos de la sociedad, entre ellos, las personas mayores en Chile.

Este modelo emerge como una posibilidad optimista y democrática en torno al envejecimiento, en la que se adopta una perspectiva crítica y decolonizadora del mundo moderno (Acosta, 2013; Orrego, 2015), cuestionando la mercantilización de las relaciones sociales (Aravena y Baeza, 2015) y los procesos de escolarización centrados en los resultados y la competición, transformando el aprendizaje en un “proceso lineal, reduccionista, concreto y planificado, inundado de sanciones disciplinarias” (Sandoval y López de Maturana, 2017, p. 384). El desafío que



Sandoval Obando, Sierra, Zacarés

enfrentan las sociedades modernas con ritmos de envejecimiento acelerado apunta a la adopción de un giro epistemológico acerca de la forma en que es percibido el envejecimiento y el desarrollo humano, reconociendo una concepción evolutiva y biográfica del curso de la vida, en la que el individuo va 'construyendo' paulatinamente un modo de afrontar los cambios biológicos, psicológicos y psicosociales que conlleva el paso del tiempo, admitiendo diferentes formas de envejecer.

Este enfoque enriquecería la vida misma, la participación comunitaria y el desarrollo armónico de las personas con la naturaleza (Barranquero-Carretero y Sáez-Baeza, 2015), propiciando una educación para la vida y para el desarrollo integral de las personas (De Souza, 2011) en donde los procesos educativos, culturales y productivos emerjan a partir de una concepción emancipatoria de la sociedad. Es decir, se promueve una toma de conciencia acerca de cómo las personas pueden hacerse cargo de sí mismas (Escobar, Franco y Duque, 2011) incorporando un paradigma participativo desde el que sea posible cimentar relaciones recíprocas, respetuosas y democráticas, aunando el desarrollo personal con el desarrollo social a lo largo del ciclo vital (Villar, 2012b).

2.5. Prácticas Generativas: Implicaciones Psicosociales y Culturales para el Buen Vivir

Tal como se ha descrito previamente, la generatividad (Erikson, 2000; Thiele y Welan, 2008; Zacarés y Serra, 2011) y su vinculación con el Buen Vivir (Acosta, 2013), se transforman en un enfoque prometedor y relevante en la construcción de una mirada flexible y optimista acerca del envejecimiento y el desarrollo humano. De ahí que el desafío sea el 'Envejecer Generativamente', puesto que orientaría el comportamiento de las personas mayores, prolongando aquellos estados que los sujetos consideran placenteros (Melguizo, Acosta y Castellano, 2012). Al mismo tiempo, les permite regular las pérdidas experimentadas, reduciendo en parte, los efectos dañinos que éstas ocasionan cuando son inevitables (Villar, 2012b).

Cosco, Prina, Perales, Stephan y Brayne (2014) han sistematizado un conjunto de prácticas culturales y comportamientos que favorecerían una vejez potencialmente generativa, caracterizado por la existencia de variables actitudinales y recursos personales, tales como la resiliencia (Jeste, Savla, Thompson, Vahia, Glorioso y Palmer, 2013), el optimismo (Engberg, Jeune, Andersen-Ranberg, Martinussen, Vaupel y Christensen, 2013), la

sabiduría (Bangen, Meeks y Jest, 2013) y la compasión (Moore, Moore, Thompson, Vahia, Grant y Jeste, 2013). Además, se destaca la implicación activa en procesos de participación social (Kleiber y Nimrod, 2008), como un factor relevante dentro de los tópicos tradicionalmente estudiados por el modelo biomédico (Moody y Sasser, 2012).

Por consiguiente, en la promoción del Buen Vivir es relevante el desarrollo social, en términos de la naturaleza y tamaño de la red social con la que cuenta el sujeto, el tipo de apoyo social percibido y el mantenimiento de relaciones interpersonales significativas (Gutiérrez, Tomás, Galiana, Sancho y Cebrià, 2013), entre otros. Además, las investigaciones revisadas develan que el potencial generativo del ser humano se vería favorecido por la asunción sistemática de comportamientos que son coherentes con el envejecimiento óptimo, tales como el desarrollo de estilos de vida saludables (Bradley, 1997; González y De la Fuente, 2014; Leitón, 2014), una apertura al aprendizaje y la formación permanente a lo largo de la vida (García, 2004), la estimulación cognitiva y emocional permanente (Brown, Peiffer y Martins, 2013; Fernández-Ballesteros et. al. 2010; Rejinders, Van Heugten y Van Boxtel, 2013), el desarrollo de la autonomía, la independencia y la estabilidad socio-económica (Torío, Viñuela y García, 2018), el mantenimiento de relaciones interpersonales construidas sobre la base de la amistad, el respeto y la reciprocidad (Petretto, Pili, Gaviano, Matos y Zuddas, 2016) así como la implicación activa en actividades socio-comunitarias (Arias e Iglesias, 2015; Kahn, 2002; Lardies-Bosque, Fernandez-Mayoralas, Rojo-Pérez, Forjaz, Martínez-Martín y Rojo-Abuin, 2015). Este conjunto de comportamientos tendría implicaciones significativas, en la medida que sean el reflejo de prácticas y comportamientos expresados sistemáticamente a lo largo del ciclo vital, permitiendo una mayor plasticidad cerebral como factor protector frente al deterioro cognitivo que emerge durante el envejecimiento (Vance y Crowe, 2006).

Precisamente por ello el potencial generativo de las personas mayores alcanzaría un mejor desarrollo en el marco de una sociedad que propicia transversalmente el Buen Vivir y estimula el envejecer generativamente. Es decir, la generatividad (en tanto, mecanismo adaptativo), se relaciona con un mayor grado de bienestar y ajuste social durante el envejecimiento, destacando el papel de los y las gerontes como proveedores de recursos y no como una carga, transformándola en una tarea psicosocial relevante

Envejecer generativamente: Una propuesta desde el buen vivir

dentro del ciclo vital (Mendoza, 2017), pero también como un aspecto prioritario, pensando en la mejora de las políticas públicas y de los contextos familiares, comunitarios, sanitarios o culturales en los que se implican las personas mayores (Comellas, 2017) en el contexto chileno.

3. ALGUNAS REFLEXIONES A MODO DE CONCLUSIÓN

La revisión teórica presentada en este artículo permite caracterizar el modelo del 'Buen vivir', valorando el estudio de la generatividad como una herramienta imprescindible y relevante para los individuos a lo largo del ciclo vital. Su importancia estaría dada por el reconocimiento de las personas mayores como sujetos independientes, capaces de adaptarse a los diversos cambios que la vida le presenta y continuar aportando con su experiencia en la construcción de una sociedad inclusiva, diversa y tolerante.

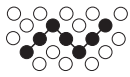
Para alcanzar esta meta, es necesario que las personas mayores, sus familias y comunidades de origen, así como la sociedad en general, configure prácticas culturales y comportamientos generativos a lo largo del desarrollo, en concordancia con lo que denominamos 'envejecer generativamente'. Entre ellas, se pueden mencionar como punto de partida los siguientes aspectos:

- Cultivar el desarrollo de relaciones interpersonales e intergeneracionales significativas (Beltrán y Rivas, 2013), que propicien el intercambio y la transferencia de saberes, experiencias y valores acumulados por los individuos con el paso de los años, relacionándose activa y recíprocamente con las generaciones más jóvenes.
- Promover prácticas culturales, comportamientos y dinámicas relacionales en donde el envejecimiento sea considerado como una etapa valiosa del ciclo vital, transformándose en un símbolo de experiencia, sabiduría y respeto, reduciendo en parte, los procesos de discriminación y segregación vinculados a la edad (Hechavarría, Ramírez, García y García, 2018). En otras palabras, se busca contribuir a la construcción de una sociedad democrática, solidaria y tolerante entre las generaciones actuales y futuras (Limón, 2018).
- Incentivar el desarrollo personal y la formación permanente de las personas mayores (García, 2004; Serdio, 2015), más allá de los límites definidos por los procesos de escolarización. Se

busca abrir espacios novedosos y desafiantes para quienes no pudieron alcanzar la educación técnica profesional o universitaria completa en su trayectoria vital, ofreciéndoles alternativas flexibles de formación y desarrollo en aquellos ámbitos que respondan a sus intereses y necesidades particulares (Pérez-Albéniz, Pascual, Cruz y Lucas-Molina, 2015).

- Propiciar un giro epistemológico cultural en torno a la forma en que es abordado el envejecimiento. Es decir, el 'buen vivir' adopta una mirada biocéntrica, pluralista y diversa. Este enfoque implica la posibilidad de que las personas puedan decidir autónomamente acerca del rumbo de su vida en el marco del respeto a los derechos y libertades individuales (Minteguiaga y Ubasart, 2015). Se incrementan así sus posibilidades y oportunidades de desarrollo, independientemente de la clase, etnia, raza o género con el que se nace.
- Abordar las desigualdades económicas y avanzar en el desarrollo sostenible y armónico de los pueblos con la naturaleza. Con esta acción, se busca que la riqueza se distribuya de manera equitativa y justa, regulando la influencia del mercado / sistema económico en la construcción de las políticas públicas. Asimismo, se busca un reordenamiento de las pensiones y salarios mínimos en los países en vías de desarrollo (Robeyns, 2014). Por lo tanto, el cambio deseado exige necesariamente la decolonización y despatriarcalización de las relaciones sociales (Paredes 2010) imperantes, erradicando aquellos procesos de marginación y exclusión que afectan cotidianamente a las personas mayores y sus familias.
- Fomentar la investigación y el interés de la academia por configurar nuevas formas y posibilidades de comprensión del envejecimiento en la sociedad, integrando perspectivas metodológicas y saberes interdisciplinarios que den voz y cabida a las personas mayores, como protagonistas de los procesos de transformación y participación social.

Finalmente, se enfatiza que el estudio y comprensión del envejecer generativamente y su conexión con el buen vivir en el contexto chileno, se convierten en un ámbito de estudio relevante y fructífero para las Ciencias Sociales y de la Salud, destacando la importancia de admitir aquellos saberes que impacten significativamente en las estrategias de intervención individual y comunitaria, el apoyo social, el desarrollo personal y la convivencia respetuosa entre las diferentes generaciones, en coherencia con los cambios experimentados a lo largo del desarrollo humano, construyendo un marco relacional que potencie la



Sandoval Obando, Sierra, Zacarés

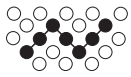
felicidad y la realización de los individuos. Este enfoque incidiría en un mayor grado de bienestar y satisfacción vital en las personas mayores, relacionándose con la salud física y mental (González y De la Fuente, 2014), el amor, la vida en plenitud, la justicia social, la espiritualidad y la democracia participativa (Fishkin 2011; Suh y Koo 2008);).

4. REFERENCIAS

1. Acosta, A. (2015). El Buen Vivir como Alternativa al Desarrollo. Algunas Reflexiones Económicas y no tan Económicas. *Política y Sociedad*, 52(2), 299–330.
2. Acosta, A. (2013). El Buen Vivir. Sumak Kawsay, Una Oportunidad para Imaginar otros Mundos. Barcelona: Icaria.
3. Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). Análisis del Concepto de Envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57–62.
4. Álvarez-Arregui, E.; Rodríguez-Martín, A.; Agudo, S. y Arreguit, X. (2017). Inclusive ecosystem model for the management of knowledge, training and Innovation: progress, difficulties and challenges. *Aula Abierta*, 46(2), 97–106.
5. Aravena, A. y Baeza, M. (2015). Construcción Socio-Imaginaria de Relaciones Sociales: la Desconfianza y el Descontento en el Chile Post-dictadura. *Cinta de Moebius*, 5(3), 147–157. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2015000200004>
6. Arias, A. e Iglesias, S. (2015). La Generatividad como una Forma de Envejecimiento Exitoso. Estudio del efecto Mediacional de los Vínculos Sociales. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 109–120.
7. Ayala, E. (2011). Interculturalidad. Camino para el Ecuador. Quito: Confederación Nacional de Organizaciones Campesinas, Indígenas y Negras, Fenocin.
8. Baltes, P. y Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. En V. L. Bengton y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 153–173). Nueva York: Springer Publishing Company.
9. Baltes, P.; Reese, H. y Lipsitt, L. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31(1), 65–110.
10. Bangen, K.; Meeks, T. y Jest, D. (2013). Defining and assessing wisdom: A review of literature. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21(12), 1254–1266. Doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.11.020>
11. Barranquero-Carretero, A. y Sáez-Baeza, C. (2015). Comunicación y buen vivir. La crítica descolonial y ecológica a la comunicación para el desarrollo y el cambio social. *Palabra Clave*, 18(1), 41–82.
12. Bayarre, H. (2017). Múltiples Perspectivas para el Análisis del Envejecimiento Demográfico. Una Necesidad en el Ámbito Sanitario Contemporáneo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 313–316.
13. Beltrán, A. y Rivas, A. (2013). Intergeneracionalidad y Multigeneracionalidad en el Envejecimiento y la Vejez. *Tabula Rasa*, 18(1), 277–294.
14. Bohórquez, M.; Lorenzo, M. y García, A. (2013). Felicidad y actividad física en personas mayores. *Escritos de Psicología*, 6(2), 6–12.
15. Bradley, C. (1997). Generativity–Stagnation: Development of a status model. *Developmental Review*, 17(3), 252–290. Doi: <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0432>
16. Britton, A.; Shipley, M.; Singh-Manoux, A. y Marmot, M.G. (2008). Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 1098–1105.
17. Brown, B.; Peiffer, J. y Martins, R. (2013). Multiple effects of physical activity on molecular and cognitive signs of brain aging: Can Exercise slow neurodegeneration and delay Alzheimer's disease? *Molecular Psychiatry*, 18, 864–874. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2012.162>
18. Brummel-Smith, K. (2007). Optimal aging, part 1: Demographics and definitions. *Annals Long Term Care*, 15, 26–28.
19. Cadenas, H. (2012). La Desigualdad de la Sociedad. Diferenciación y Desigualdad en la Sociedad Moderna. *Persona y sociedad*, 26(2), 51–77.
20. Calero, M. y Navarro, E. (2018). Variables that Favour Successful Ageing. *Studies in Psychology*, 39(2–3), pp. 207–224. Doi: <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1506307>
21. Cardona, J.; Villamil, M.; Henao, E. y Quintero, Á. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U.P.B.*, 32(1), 9–19.
22. Cheng, S. T. (2009). Generativity in later life: Perceived respect from younger generations as a determinant of goal disengagement and psychological well-being. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64, 45–54. doi:10.1093/geronb/gbn027
23. Comellas, M.J. (2017). Generación Senior y Mentoría. Construir conocimiento mediante relaciones multigeneracionales. Barcelona: Octaedro.
24. Cosco, T.; Prina, A.; Perales, J.; Stephan, B. y Brayne, C. (2014). Operational Definitions of Successful Aging: A Systematic Review. *Int Psychogeriatr*, 26(3), 373–81. Doi: 10.1017/S1041610213002287
25. Cuadra-Peralta, A.; Medina, E. y Salazar, K. (2016). Relación de Bienestar Psicológico, Apoyo Social, Estado de Salud Física y Mental con Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Ciudad de Arica. Límite. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 56–67.
26. Cubillo-Guevara, A.; Hidalgo-Capitán, A. y García-Álvarez, S. (2016). El Buen Vivir como alternativa al desarrollo para América Latina. *Iberoamerican Journal of Development Studies*, 5(2), 30–57
27. Daichman, L. (2014). Envejecimiento productivo y longevidad: un nuevo paradigma. *Revista Voces en el Fénix*, 36, 30–37.
28. Dávalos, P. (2011). Sumak Kawsay (La vida en plenitud). En S. Álvarez (Coord.), *Convivir para Perdurar. Conflictos Ecosociales y Sabidurías Ecológicas* (pp. 201–210). Barcelona: Icaria
29. De la Cuadra, F. (2015). Buen Vivir: ¿Una auténtica alternativa post-capitalista? *Polis*, 14(40), 7–19.
30. De Souza Silva, J. (2014). La Crisis global de la "innovación para el desarrollo". Del positivismo al constructivismo para construir modos de vida localmente sostenibles. *Revista Cubana de Ciencia Agrícola*, 48(1), 11–15.
31. De Souza Silva, J. (2011). Hacia el 'día después del desarrollo': descolonizar la comunicación y la educación para construir comunidades felices con modos de vida sostenibles. Asunción: ALER / SICOM.
32. Engberg, H.; Jeune, B.; Andersen-Ranberg, K.; Martinussen, T.; Vaupel, J.; Christensen, K. (2013). Optimism and

Envejecer generativamente: Una propuesta desde el buen vivir

- survival: Does and Optimistic outlook predict better survival at advanced ages? A twelve-year follow-up of Danish nonagenarians. *Aging Clin Exp Res*, 25(5), 517–525. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-013-0122-x>
33. Erikson, E. (2000). *El Ciclo de Vida completado* (trad.). Madrid: Paidós.
 34. Escobar, M.; Franco, Z. y Duque, J. (2011). El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2), 132–146.
 35. Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
 36. Fernández-Mayoralas, G.; Schettini, R.; Sánchez-Román, M.; Rojo-Pérez, F.; Agulló, M. y Joao-Forjaz, M. (2018). El Papel del Género en el Buen Envejecer. Una Revisión Sistemática desde la Perspectiva Científica. *Prisma Social. Revista de Ciencias Sociales*, (21), 150–176.
 37. Fernández, F.; Nazar, G. y Alcover, C. (2018). Modelo de Envejecimiento Activo: Causas, Indicadores y Predictores en Adultos Mayores en Chile. *Acción Psicológica*, 15(2), 109–128. Doi: <https://doi.org/10.5944/ap.15.2.22903>
 38. Ferraro, K. (2018). *The Gerontological Imagination: An Integrative Paradigm of Aging*. New York: Oxford University Press.
 39. Fishkin, J. (2011). *When the People Speak*. Oxford, UK: OUP.
 40. Friedman, S.; Mulhausen, P.; Cleveland, M.; Coll, P.; Daniel, K.; Hayward, A.; Shah, K.; Skudlarska, B. y White, H. (2019). *Healthy Aging: American Geriatrics Society White Paper Executive Summary*. *J Am Geriatr Soc*, 67, 17–20. Doi:10.1111/jgs.15644
 41. García, J. (2004). *Educación en personas mayores. Ensayo de nuevos caminos*. Madrid: Narcea.
 42. González, J. y De la Fuente, R. (2014). Desarrollo Humano en la Vejez: Un Envejecimiento Óptimo desde los Cuatro Componentes del Ser Humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 121–129.
 43. Gruenewald, T.; Liao, D. y Seeman, T. (2012). Contributing to others, Contributing to Oneself: Perceptions of Generativity and Health in Later Life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67B(6), 660–665.
 44. Gruenewald, T.; Tanner, E.; Fried, L.P.; Carlson, M.C.; Xue, Q.-L.; Parisi, J.M.; Rebok, G.W.; Yarnell, L.M. y Seeman, T.E. (2016). The Baltimore Experience Corps Trial: enhancing generativity via intergenerational activity engagement in later life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(4), 661–670. Doi:10.1093/geronb/gbv005
 45. Gumucio-Dagron, A. (2001). *Making waves: stories of participatory communication for social Change*. Nueva York: The Rockefeller Foundation.
 46. Gutiérrez, M.; Tomás, J.; Galiana, L.; Sancho, P. y Cebrià, M. (2013). Predicting Life Satisfaction of the Angolan Elderly: A Structural Model. *Aging Ment Health*, 17(1), 94–101. Doi: 10.1080/13607863.2012.702731
 47. Hechavarría, Á.; Ramírez, R.; García, H. y García, H. (2018). El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Revista de Información Científica*, 97(6), 1173–1188.
 48. Hernández, A. (2019). Tai chi chuan: Práctica Milenaria China para el Cuidado de sí. *Género y Vejez. Géneros*, 26(25), 169–198.
 49. Instituto Nacional de Estadísticas (2016). *Estadísticas Vitales. Informe Anual 2016*. Santiago de Chile: INE.
 50. Jeste, D.; Savla, G.; Thompson, W.; Vahia, I.; Glorioso, D. y Palmer, B. (2013). Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry*, 170, 188–196. Doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>
 51. Kahn, R. (2002). Successful Aging and Well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist*, 42(6), 725–726
 52. Kim, S. (2009). Older people's Expectations Regarding Ageing, Health-promoting Behaviour and Health Status. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 84–91. Doi: 10.1111/j.13652648.2008.04841.x
 53. Kirkwood T. (2008). A Systematic Look at an Old Problem. *Nature*, 451(7179), 644–7. Doi: 10.1038/451644a.
 54. Kleiber, D. y Nimrod, G. (2008). Expressions of Generativity and Civic Engagement in a 'Learning in Retirement' Group. *Journal of Adult Development*, 15(2), 76–86.
 55. Kyoung, S. (2008). Overall successful aging: its factorial structure and predictive factors. *Asian Social Work and Policy Review*, 2, 61–74.
 56. Lardies-Bosque, R., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Forjaz, M. J., Martínez-Martín, P. y Rojo-Abuin, J. (2015). Leisure Activities and Quality of Life Among Older Adults in Spain. En F. Maggino (Ed.), *A New Research Agenda for Improvements in Quality of Life* (pp. 163–189). Dordrecht: Springer.
 57. Le Quang, M. y Vercoutere, T. (2013). *Ecosocialismo y Buen Vivir*. Quito: IAEN.
 58. Leitón, Z. (2014). Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto mayor. *Revista Peruana, Enfermería Investigación y Desarrollo*, 12(1), 32–46.
 59. Libertini, G. (2014). The programmed aging paradigm: How we get old. *Biochemistry (Moscow)*, 79(10), 1004–1016. Doi: 10.1134/S0006297914100034
 60. Limón, M. (2018). Envejecimiento Activo: Un Cambio de Paradigma sobre el Envejecimiento y la Vejez. *Aula abierta*, 47(1), 45–54.
 61. Martínez, T.; González, C.; Castellón, G. y González, B. (2018). El Envejecimiento, la Vejez y la Calidad de Vida: ¿Éxito o Dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59–65.
 62. McAdams, D. (2013). The Positive Psychology of Adult Generativity: Caring for the next generation and constructing a Redemptive Life. In J. D. Sinnott (Ed.), *Positive Psychology: Advances in understanding adult motivation* (pp. 191–205). New York, NY: Springer.
 63. McAdams, D. y Logan, R. (2004). What is generativity? En E. de St. Aubin; D. McAdams y T. Kim (Eds.), *The Generative Society* (pp. 15–31). Washington: American Psychological Association Press.
 64. McAdams, D.; Hart, H. y Maruna, S. (1998). The Anatomy of Generativity. En D. McAdams y E. de St. Aubin (Eds.), *Generativity and Adult Development* (pp. 7–43). Washington: American Psychological Association.
 65. McAdams, D. (2001). The Psychology of Life Stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122.
 66. Melguizo, E.; Acosta, A. y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. *Salud Uninorte*, 28(2), 251–263.
 67. Mendoza, N. (2017). *Promoción del Envejecimiento Activo en México: "Vivir con Vitalidad"*. Tesis conducente al grado Doctor en Ciencia de la Conducta. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.
 68. Minteguiaga, A. y Ubasart, G. (2015). Caminando hacia el buen vivir. El reto de definir el régimen de bienestar. *Theomai*, (32), 57–75.
 69. Morley, J.; Vellas, B.; Van Kan, G.; Anker, S.; Bauer, J.; Bernabei, R.; ; Walston, J. (2013). Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397. Doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022
 70. Moody, H. y Sasser, J. (2012). *Aging: Concepts and Controversies*. Thousand Oaks: Pine Forge Press.

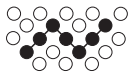


Sandoval Obando, Sierra, Zacarés

71. Moore, R.; Moore, D.; Thompson, W.; Vahia I.; Grant, I. y Jeste, D. (2013). A case-controlled study of successful aging in older adults with HIV. *J Clin Psychiatry*, 74(5), e417-e423. Doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12m08100>
72. National Prevention Council (2016). *Healthy Aging in Action*. Washington: Department of Health and Human Services.
73. Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra. OMS.
74. Orrego, I. (2015). Decolonización Epistémica. Aportes del Pensar Andino Abyayalense a la Filosofía. *Cuadernos de Filosofía Latinoamericana*, 36(113), 45-60.
75. Paredes, J. (2010). Hilando fino desde el feminismo comunitario. *La Paz: Comunidad Mujeres Creando Comunidad, Deutscher Entwicklungsdienst (DED)*.
76. Pérez-Albéniz, A.; Pascual, A.; Cruz, M. y Lucas-Molina, B. (2015). Más allá del Conocimiento. El Impacto de un Programa Educativo Universitario para Mayores. *Aula Abierta*, 43, 54-60.
77. Petretto, D.; Pili, R.; Gaviano, L.; Matos, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento Activo y de Éxito o Saludable: Una Breve Historia de Modelos Conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241.
78. Reijnders, J.; Van Heugten, C. y Van Boxtel, M. (2013). Cognitive interventions in healthy Older Adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Res Rev*, 12, 263-275. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.003>
79. Reyes, I. y Castillo, J. (2011). A healthy and active human aging process, a challenge for elderly, family and Society. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459.
80. Robeyns, I. (2014). Having too much. En J. Knight y M. Schwarzberg (eds.). *NOMOS LVI: Wealth* (pp. 1-44). New York: NYU Press.
81. Rowe, J. y Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
82. Rowe, J. y Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
83. Sabando, V.; Zambrano, M.; Molina, L. y Loor, M. (2018). Promoción de estilos de vida saludables en la investigación e intervención de la salud familiar intercultural en el adulto mayor. *Yachana Revista Científica*, 5(3), 23-32.
84. Sandoval-Obando, E. (2019). El 'Buen Convivir' en la Vejez: Un Camino para el Envejecimiento Óptimo en Chile. El Mostrador. Recuperado de <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2019/06/09/el-buen-convivir-un-camino-para-el-envejecimiento-optimo-en-chile/> Doi: 10.13140/RG.2.2.21525.99049
85. Sandoval, E. y López de Maturana, S. (2017). Desafíos Educativos en Torno a las Experiencias de Aprendizaje Mediado con Adolescentes Infractores de Ley. *Profesorado, Revista del Currículum y Formación del Profesorado*, 21(2), 377-391.
86. Sequeira, D. y Silva, D. (2016). Estereotipos sobre la Vejez en Estudiantes y Docentes de la Facultad de Ciencias de Salud, Universidad UCINF. *Akadèmeia*, 15(1), 103-119.
87. Serdio, C. (2015). Educación y Envejecimiento: Una Relación Dinámica y en Constante Transformación. *Educación XXI*, 18(2), 237-355.
88. Serra, E. (2019). Vulnerabilidad en la mitad de la vida: ¿abismo u oportunidad? En Asociación Viktor E. Frankl (Coord.), *Duelo y Transiciones Vitales. Descubriendo sentido en la vulnerabilidad* (pp. 75-89). Barcelona: Sello Editorial.
89. Serra, E. (2018). La Generatividad, Recurso Imprescindible para los Buenos Docentes. En S. Lopez de Maturana (Ed.), *El Espíritu Pedagógico en la Narrativa Biográfica de Profesoras Normalistas* (pp. 72-80). La Serena: Universidad de La Serena.
90. Serra, E. (2017a). Optimizar el desarrollo personal en el Envejecimiento: Propuestas y Programas de Intervención (Organización Simposio). Ponencia presentada en III Congreso Nacional de Psicología, Oviedo (España), 3-7 de Julio. Madrid: ACCL.
91. Serra, E. y Soto, L. (2017b). *La Experiencia de ser Abuela*. Madrid: ACCL.
92. Serra, E. (2012). La Historia de Vida como método en Psicogerontología. *Revista Iberoamericana de Gerontología*, 1, 91-117.
93. Serra, E. (2008). Somos lo que contamos. *La Historia de Vida como método evolutivo*. En F. Sanz, *La Fotobiografía: Imágenes e Historias del Pasado para Vivir con Plenitud el Presente* (pp. 405-415). Barcelona: Kairós.
94. Serra, E. (1990). El Proceso de Envejecimiento. *Revista de Psicología de la educación*, 2(41), 7-13.
95. Serra, E.; González, A. y Oller, A. (1989). *Desarrollo Adulto: Sucesos Evolutivos a lo largo de la Vida*. Valencia: Grupo Editor Universitario.
96. Serra, E.; Dato, C. y Leal, M. (1980). *Jubilación y Nido Vacío, ¿Principio o Fin?* Valencia: Nau Llibres.
97. Serrat, R., Villar, F., Giuliani, M. y Zacarés, J.J. (2017). Older people's participation in political organizations: The role of generativity and its impact on well-being. *Educational Gerontology*, 43, 128-138. Doi: 10.1080/03601277.2016.1269541
98. Silva, M. (2018). *Tres miradas sobre la Vejez: desde el Psicoanálisis, la Gerontología y la Educación Social*. Palabra: Palabra que obra, (18), 20-32.
99. Slaikeu, C. (1996). *Intervención en Crisis: Manual para Práctica e investigación*. Ciudad de México: Manual Moderno.
100. Suh, E. y Koo, J. (2008). Comparing Subjective Well-Being Across Cultures and Nations. En M. Eid y R. Larsen (eds.). *The Science of Subjective Well-Being* (pp. 141-427). New York: Guilford Press.
101. Thiele, D. y Whelan, T. (2008). The relationship between grandparent satisfaction, meaning, and generativity. *International Journal of Aging and Human Development*, 66, 21-48.
102. Torío, S.; Viñuela, M. y García, O. (2018). Experiencias de Vejez vital. *Senior Cohousing Autonomía y Participación*. *Aula abierta*, 47(1), 79-86.
103. Tortosa-Martínez, J.; Caus, N. y Martínez-Román, M. (2014). Vida Triste y Buen Vivir según personas adultas mayores en Otavalo, Ecuador. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 21(65), 147-169.
104. Urrutia, A.; Cornachione, M.; Moisset de Espanés, G.; Ferragut, L. y Guzmán, E. (2009). The Culminating Point of Generativity in Older Women: Main Aspects of Their Life Narrative. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(3). Doi: <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-10.3.1180>
105. Vance, D. y Crowe, M. (2006) A Proposed Model of Neuroplasticity and Cognitive Reserve in Older Adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 30(3), 61-79. Doi: 10.1300/J016v30n03_04
106. Vázquez, M. (2019). El Desarrollo de la Resiliencia en las Personas Mayores. *Asociación Española de Psicogerontología*, 1-6. Recuperado de <http://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2019/02/El-desarrollo-de-la-resiliencia-en-las-personas-mayores.pdf>
107. Villar, F. (2012a). Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer. *Informació Psicológica*, 104, 39-56
108. Villar, F. (2012b). Successful ageing and development. The contribution of generativity in older age. *Ageing & Society*, 32(7), 1087-1105. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/S0144686X11000973>

Envejecer generativamente: Una propuesta desde el buen vivir

109. Villar, F., López, O. y Celdrán, M. (2013). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*, 29(3), 897–906.
110. Vivaldi, F. y Barra, B. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23–29.
111. Zacarés, J. y Serra, E. (2011). Explorando el territorio del desarrollo adulto: la clave de la generatividad *Cultura y Educación*, 23(1), 75–88. Doi: 10.1174/113564011794728533



Diabetes Mellitus, deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores en estancia geriátrica

Guillermo Fernández fernández¹, Mónica Anguiano Meza^o

Resumen

La diabetes mellitus (DM2) se asocia con un mayor riesgo de desarrollar demencia; se relaciona con otros factores de riesgo, como edad, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y depresión. Considerando la alta prevalencia de DM2 en México, es importante documentar su asociación con el desarrollo de demencia en adultos mayores mexicanos, ya que ambos padecimientos amenazan con un incremento sustancial en los próximos años, como consecuencia del envejecimiento poblacional correspondiente a la transición epidemiológica, el propósito de este estudio es ver la correlación que existe en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y la demencia, con la intención de prevenir a pacientes con DM, futuras apariciones de demencias, Arango y Zuñiga (2011).

Palabras clave: Diabetes Tipo 2, Deterioro cognitivo, Demencia, Hiperglucemia, Alzheimer

Palabras clave: Resiliencia, adultos mayores, factores de riesgo, factores de protección, estudio de revisión.

Abstract

Diabetes mellitus (DM2) is associated with an increased risk of developing dementia; it is related to other risk factors, such as age, hypertension, hypercholesterolemia, obesity and depression. Considering the high prevalence of DM2 in Mexico, it is important to document its association with the development of dementia in elderly Mexicans, since both conditions threaten a substantial increase in the coming years, as a consequence of population aging corresponding to the epidemiological transition, The purpose of this study is to see the correlation that exists in patients with diabetes mellitus type 2 and dementia, with the intention of preventing patients with DM, future occurrences of dementias, Arango and Zuñiga (2011)

Key words: Type 2 Diabetes, Cognitive impairment, Dementia, Hyperglycemia, Alzheimer's.

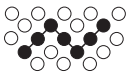
INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome adquirido, pocas veces hereditario y de etiología diversa. Se caracteriza por deterioro progresivo de múltiples funciones corticales, tales como deterioro de memoria, y otras funciones cognitivas, que desembocan en pérdida de la funcionalidad del individuo que la padece. Se estima que más 36.6 millones de individuos alrededor del mundo sufren de demencia³. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), estudio con representatividad nacional una

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2019

Recibido:
11/08/2019

Aceptado:
30/08/2019



prevalencia ajustada de 7.9% para demencia en adultos mayores de 60 años y más. Otra de las entidades estudiadas como parte del espectro del envejecimiento cognitivo-demencia, es el deterioro cognitivo leve (DCL), la cual se caracteriza por

la presencia de deterioro de funciones cognitivas, superior a presentada por sus iguales, pero a diferencia de la demencia, este deterioro no impacta la funcionalidad del individuo que la padece. En diversos reportes los sujetos con DCL han mostrado un mayor riesgo de desarrollar demencia, el rango de conversión oscila entre el 10 y 20%.

JUSTIFICACION

La DM2 es el factor de riesgo para demencia que ha tomado mayor importancia dado que se ha asociado a un riesgo más consistente para desarrollar DCL como demencia.

Sin embargo, diferentes estudios poblacionales que han investigado esta asociación siguen mostrando resultados controvertidos, esto puede deberse a la heterogeneidad en la metodología, en relación a las poblaciones estudiadas, evaluación y definición de las variables de interés.

Los riesgos calculados que tienen los sujetos diabéticos de desarrollar demencia o deterioro

cognitivo varían en función de las características de cada tipo de estudio. El ajuste de los riesgos por otras variables se ha limitado a características sociodemográficas y/o cardiovasculares; no obstante, no consideran simultáneamente la influencia que pudiesen ejercer otras entidades clínicas relacionadas con demencia y diabetes, tales como: depresión y discapacidad, condiciones con frecuencia asociadas al envejecimiento.

Para el año 2000, las principales causas de mortalidad fueron por diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, pulmonares obstructivas crónicas y las hipertensivas. En conjunto, alcanzaron un total de 99,809 defunciones. Esto corresponde al 46.1% del total de fallecimientos registrados en ese año. Para el 2006, estas mismas causas ocuparon una secuencia similar con una frecuencia relativamente mayor al haber alcanzado durante ese año, un total

de 129,455 defunciones; esto representó el 48.6% del total nacional.^{22,23} Las tasas de mortalidad por estas causas, durante 2006, alcanzaron cifras de 743.2 muertes por cada 100 mil habitantes, para diabetes mellitus; 717.2 para enfermedades isquémicas del corazón; 372.7 para enfermedades cerebrovasculares; 303.5 para enfermedad pulmonar obstructiva crónica; y, 179.7 para enfermedades hipertensivas.^{25,26, 27} Si comparamos la mortalidad registrada en 2005 por el IMSS, con la del sector salud, se encuentra como principal causa de defunción a la diabetes mellitus. Es necesario enfatizar que esta entidad nosológica, genera gastos catastróficos, discapacidad de cualquier tipo y, además es comúnmente la raíz etiológica de otras ECNT. En segundo lugar, encontramos las enfermedades del corazón de tipo isquémico; el tercero lo ocupan los tumores malignos; y, la enfermedad cerebrovascular ocupa el cuarto lugar. Mena y Luna (2015)

La Hiperglucemia puede tener un efecto tóxico directo sobre las neuronas, causando “estrés oxidativo” y glicocilación avanzada afectando el tejido cerebral y generando cambios microvasculares.

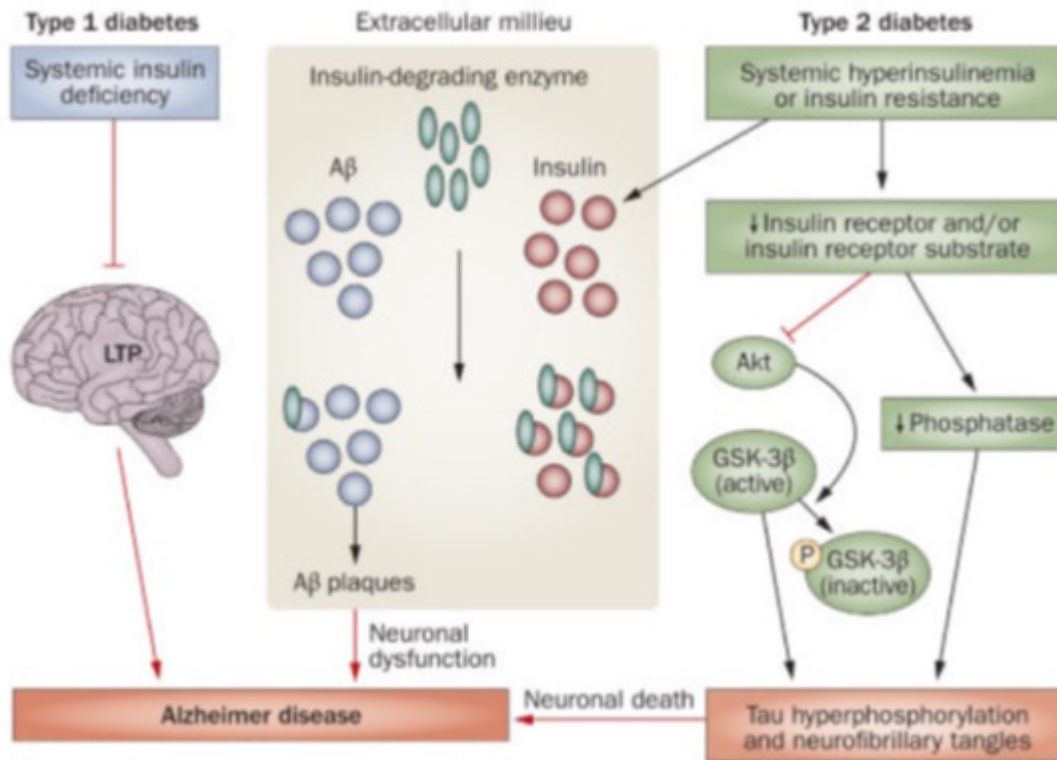
Resistencia a la insulina, se asocia con hiperinsulinemia compensatoria y la hiperinsulinemia, (incluso en ausencia de diabetes).

Los receptores de insulina se distribuyen con particular abundancia en el hipocampo y la corteza.

La insulina parece estimular la secreción de β -amiloide e inhibe la degradación de β -amiloide extracelular.

Rodríguez, (2015)

Fernández Fernández, Anguiano Meza



1. Insulina como determinante en la relación diabetes---demencia en fisiopatología

De acuerdo a la ENCUESTA Salud Bienestar y Envejecimiento SABE que se realizó en la ciudad de Colima en 2015, en la cual se recabaron datos del año 2000 al 2012; y entre las 10 principales causas de mortalidad, la Diabetes Mellitus puntuó como la primera.

Posteriormente se revisaron exhaustivamente diversos artículos y publicaciones, tanto en la web como en revistas científicas, con relación entre la diabetes y el deterioro cognitivo, encontrándose los siguientes datos estadísticos.

Gráfica 4. Principales causas de mortalidad en el período 2000-2012

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años

PROCEDIMIENTO

El propósito de este estudio fue describir la correlación que existe en pacientes con DM2 y su incidencia con el DCL, Alzheimer y Demencia.

OBJETIVOS

Evaluar la correlación de la DM2, con incidencia de DCL o demencia, en un estudio de

adultos mayores mexicanos residentes en un centro geriátrico en la ciudad de Colima.

Cuadro 3. Diez principales causas de mortalidad en el hombre. México, 2012

N°	Causa	Número	Tasa*
1	Enfermedad isquémica del corazón	30.123	595.6
2	Diabetes mellitus	29.933	591.9
3	Tumor maligno	26.003	514.2
4	Enfermedad cerebrovascular	11.301	223.5
5	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	10.341	204.5
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8.783	173.7
7	Enfermedad hipertensiva	7.518	148.7
8	Infecciones de vías respiratorias agudas bajas	6.671	131.9
9	Accidentes	5.120	101.2
10	Nefritis y nefrosis	5.107	101.0

Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Cuadro 4. Diez principales causas de mortalidad en la mujer. México, 2012

N°	Causa	Número	Tasa*
1	Diabetes mellitus.	34.894	597.9
2	Enfermedad isquémica del corazón	27.410	469.7
3	Tumor maligno	22.958	393.4
4	Enfermedad cerebrovascular	13.006	222.8
5	Enfermedad hipertensiva	9.897	169.6
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7.288	124.9
7	Infecciones de vías respiratorias agudas bajas	6.273	107.5
8	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	5.925	101.5
9	Nefritis y nefrosis	4.492	77.0
10	Accidentes	2.952	50.6

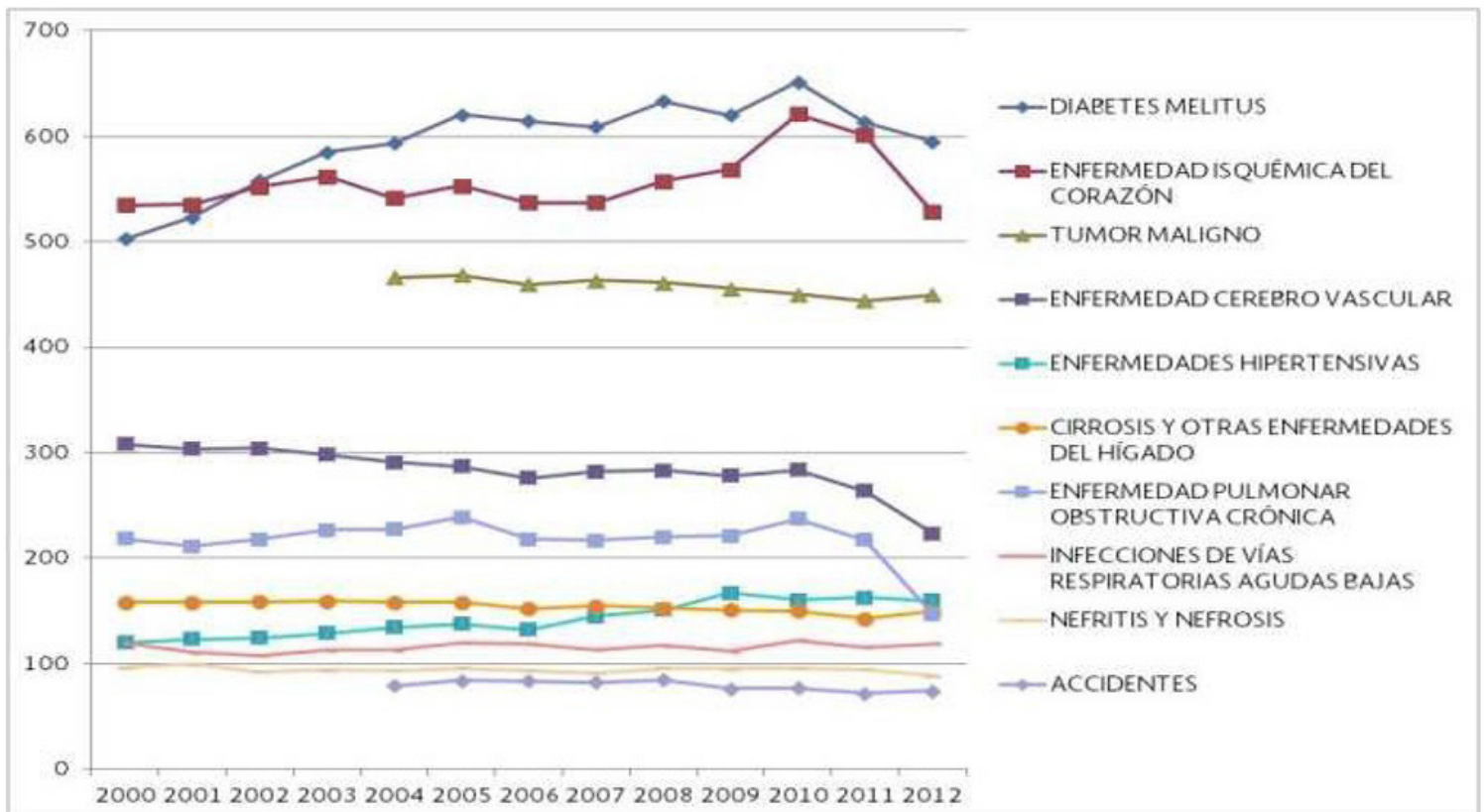
Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Fernández Fernández, Anguiano Meza

N°	Causa	Número	Tasa*
1	Diabetes mellitus	64.841	595.2
2	Enfermedad isquémica del corazón	57.552	528.3
3	Tumor maligno	48.972	262.1
4	Enfermedad cerebrovascular	24.315	223.2
5	Enfermedad hipertensiva	17.421	159.9
6	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	16.280	149.4
7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16.028	147.1
8	Infecciones de vías respiratorias agudas bajas	12.949	118.9
9	Nefritis y nefrosis	9.603	88.2
10	Accidentes	8.078	74.2

Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Gráfica 4. Principales causas de mortalidad en el período 2000-2012



Fuente: Dirección General de Información en Salud. * Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años

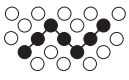
Diabetes mellitus 2012



*Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años
Fuente: Dirección General de Información en Salud

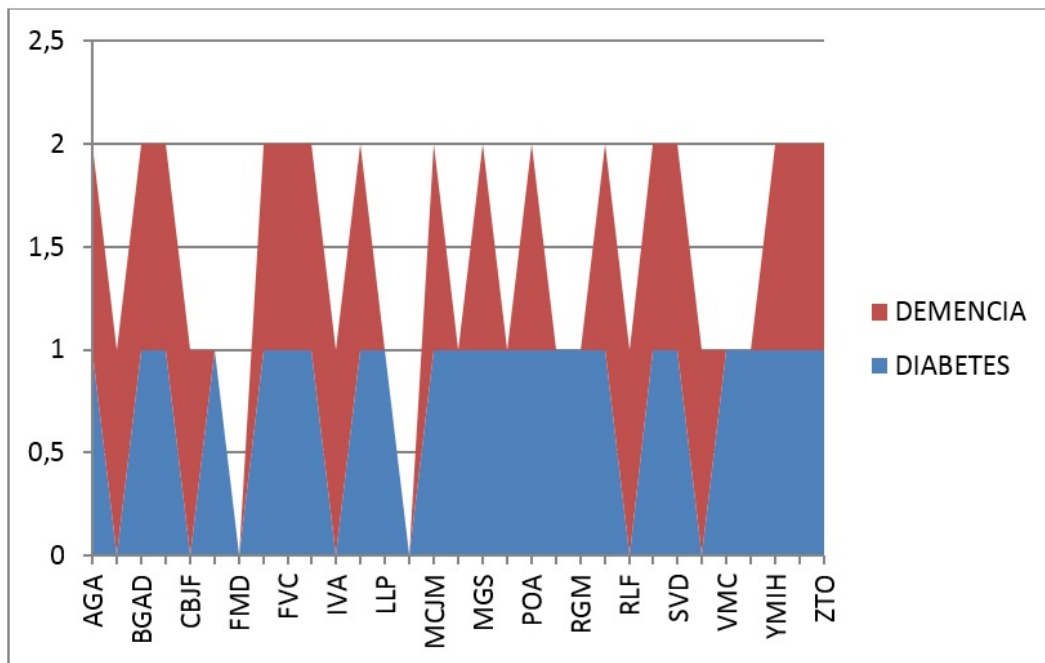
Diabetes Mellitus 2012	
Estado	Tasa
Tlaxcala	802.2
Tabasco	785.1
Distrito Federal	783.3
Colima	778.8
Puebla	765.5
Guanajuato	727.1
Morelos	714.9

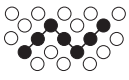
Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.



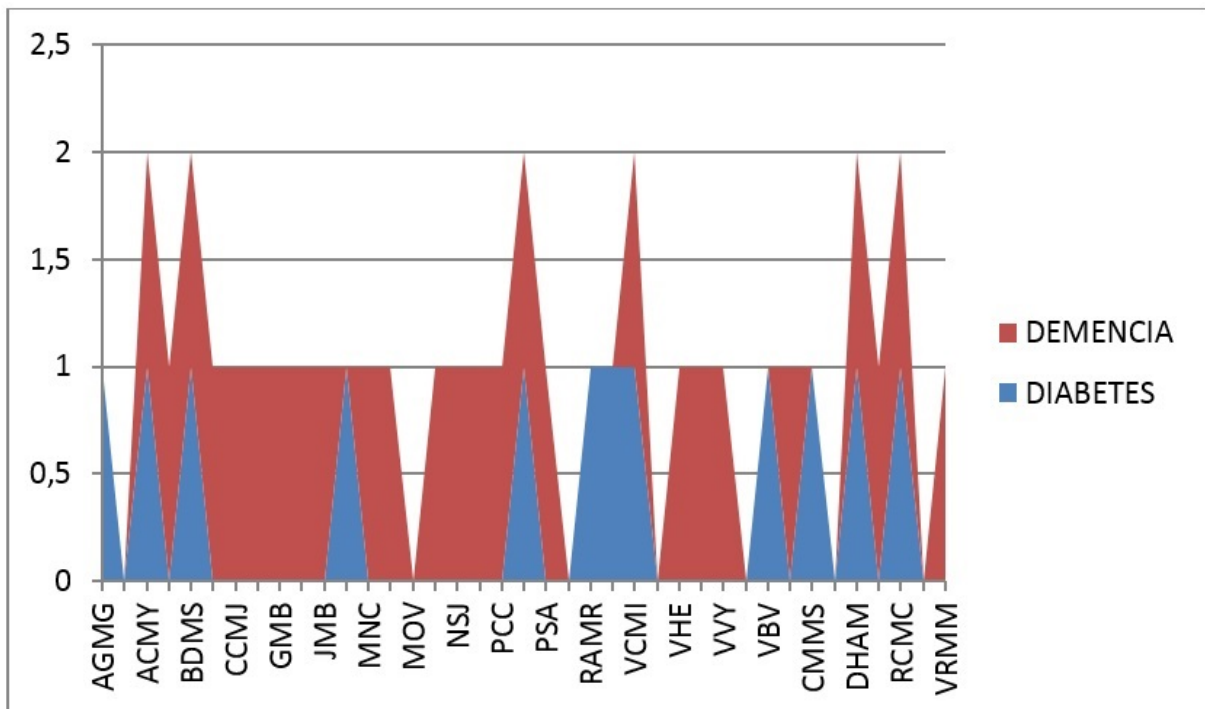
Fernández Fernández, Anguiano Meza

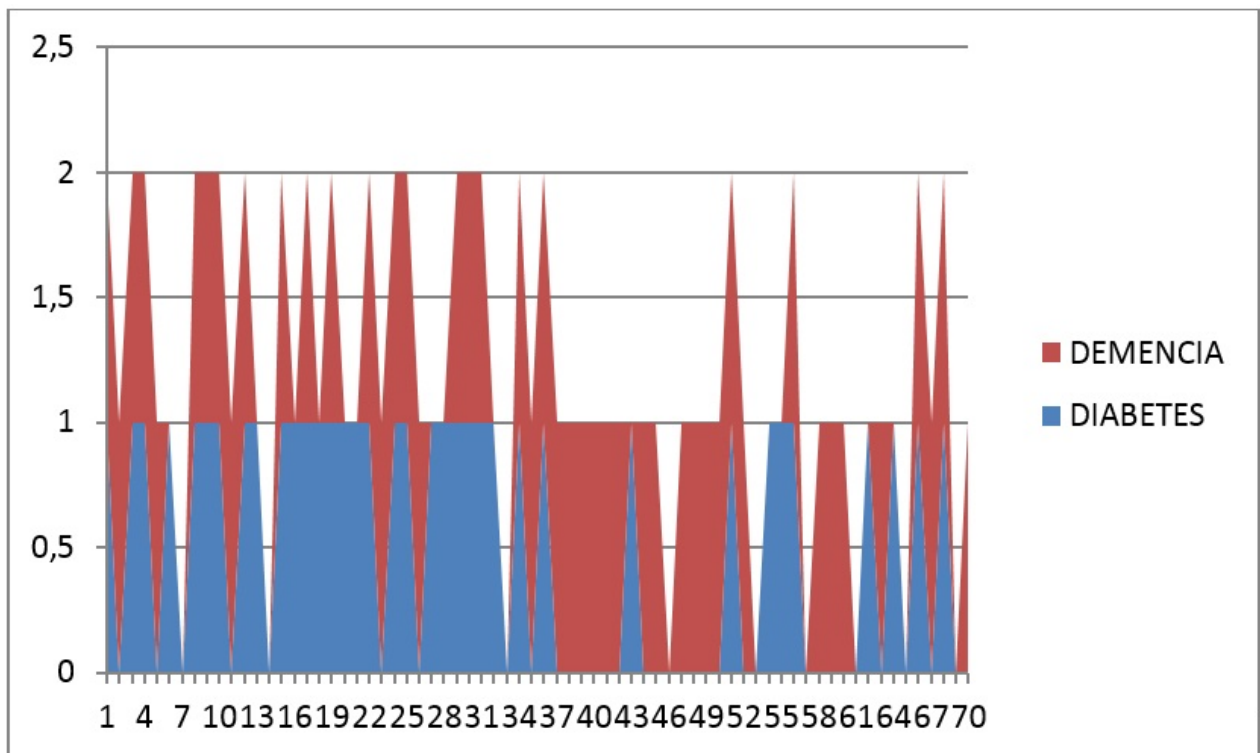
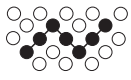
Hombres

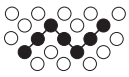




Mujeres







MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio de tipo descriptivo, se menciona la evidencia de pacientes con DM2, y su incidencia en la enfermedad de Alzheimer, deterioro cognitivo y demencia; para este estudio se utilizó la información obtenida de 70 expedientes médicos de pacientes, de los cuales 52 presentan DM2, tanto los que están controlados como los que presentan alteraciones se tomaron a consideración; para la valoración cognitiva se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Mini-Mental State Examination de Folstein
- Delirium Cam (Confusion assessment method)
- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)
- Test del reloj
- Prueba cognitiva de Leganés (PCL)

RESULTADOS

Hombres

En esta gráfica con un total de 31 hombres, se muestran los valores del porcentaje con diabetes tipo 2 en azul y se relaciona con la demencia en rojo.

Mujeres

Un total de 39 mujeres fueron evaluadas con los instrumentos cognoscitivos, arrojando los siguientes resultados.

Total de la población

En esta gráfica se muestra el total de la población, pudiendo observar la incidencia de demencia en pacientes diabéticos.

CONCLUSIONES

- * Existe una relación causal entre DM y trastornos de la cognición/Demencia, aunque su naturaleza exacta está por definir.
- * No conocemos el impacto del control glucémico en la aparición o en la evolución de la demencia, pero:

* La hipoglucemia se asocia a un incremento sustancial del riesgo de desarrollar demencia

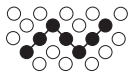
* La demencia incrementa el riesgo de hipoglucemias. En estos pacientes los fármacos con bajo riesgo de hipoglucemia están especialmente indicados

* La demencia influye en el impacto funcional de la DM

* La actividad física mejora el status funcional y el control glucémico en estos pacientes, sin riesgo de hipoglucemia.

REFERENCIAS

1. Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G. Cognitive impairment and alcohol and cigarette consumption in Mexican adults older than 65 years. *Salud Pública de México*. 2007;49
2. Del Ser-Quijano T, García de Yébenes MJ, et al. Evaluación cognitiva del anciano. Datos normativos de una muestra poblacional española de más de 70 años. *Med Clin* 2004; 122: 727-40.
3. Encuesta Salud y Bienestar y Envejecimiento. SABE. Colima 2015.
4. Suppl 4:S467-74. PubMed PMID: 17724519. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años.
5. Mejía-Arango S, Zuniga-Gil C. Diabetes mellitus as a risk factor for dementia in the Mexican elder population. *Rev Neurol* 2011; 1;53(7):397-405. PubMed PMID: 21948010. Pubmed Central
6. Molinuevo JL. Deterioro cognitivo leve: antecedentes históricos y concepto. In Molinuevo JL, ed. *Deterioro cognitivo leve*. Barcelona: Glosa; 2007.
7. PMID: 3557520. Diabetes mellitus como factor de riesgo de demencia en la población adulta mayor mexicana.
8. Rodríguez Mañas, I. (2013) Diabetes Mellitus y enfermedades Neurodegenerativas. Hospital Universitario de Getafe. Servicio de Geriatría.



Resiliencia en adultos mayores: Estudio de revisión

Ricardo Díaz Castillo¹, Sergio González-Escobar², Norma Ivonne Gonzákez-Arratia López Fuentes³, María Montero-López Lena⁴

Resumen

El estudio de la resiliencia se ha enfocado principalmente en niños y adolescentes, poco se conoce acerca de cómo se presenta y que factores están involucrados en su desarrollo en otras etapas de la vida como la vejez, por ello, el objetivo de la presente investigación es documentar la presencia de la resiliencia en adultos mayores, así como la participación de factores de riesgo y protección, a través una revisión sistemática de 32 artículos científicos publicados entre los años 2000 y 2016 obtenidos de las bases de datos Academic Search Premier, Pubmed, Redalyc, Scielo y Science Direct. Se encontró que la resiliencia ayuda a los adultos mayores a superar factores de riesgo como soledad, depresión, enfermedad crónica o el duelo por la muerte de alguna persona significativa, siendo personas espirituales, optimistas, con actitud positiva, con esperanza y con sensación de autoeficacia, que buscan información y toman decisiones, que mantienen estilos de vida saludables y en la medida de lo posible un buen estado de salud. Así mismo, realizando una reestructuración cognitiva de los acontecimientos dolorosos, y que durante dichos acontecimientos se mantenga una buena relación familiar, así como otras redes de apoyo como amigos, compañeros de trabajo y grupos religiosos. Se concluye que la resiliencia también se presenta en los adultos mayores y que al igual que en otras etapas de la vida, ésta se desarrollará a través de la interacción entre factores de riesgo y protección.

Palabras clave: Resiliencia, adultos mayores, factores de riesgo, factores de protección, estudio de revisión

Abstract

Abstract

The study of resilience has focused mainly on children and adolescents, little is known about how it is presented and what factors are involved in its development in other stages of life such as old age, therefore, the aim of this research is to document the presence of resilience in older adults, as well as the participation of risk and protection factors, through a systematic review of 32 scientific articles published between 2000 and 2016 obtained from the databases Academic Search Premier, Pubmed, Redalyc, Scielo and Science

Direct. It was found that resilience helps older people to overcome risk factors such as loneliness, depression, chronic illness or mourning for the death of a significant person, being spiritual people, optimistic, with a positive attitude, with hope and with a sense of self-efficacy, who seek information and make decisions, who maintain healthy lifestyles and, as far as possible, good health. Likewise, by making a cognitive restructuring of the painful events, and during such events a good family relationship is maintained, as well as other support networks such as friends, co-workers and religious groups. It is concluded that resilience also occurs in the elderly and that as in other stages

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2019

Recibido:
06/08/2019

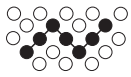
Aceptado:
17/09/2019

(1) Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma del Estado de México.

(2) Centro Universitario UAEM Atacomulco, Universidad Autónoma del Estado de México.

(3) Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.

(4) Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.



Resiliencia en adultos mayores: Estudio de revisión

of life, it will develop through the interaction between risk factors and protection.

Key words: Resilience, elderly, risk factors, protective factors, review study.

INTRODUCCIÓN

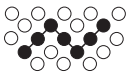
La resiliencia es la capacidad que pueden desarrollar las personas resultado del proceso dinámico en el que interactúan factores de riesgo y de protección, desde individuales hasta socioculturales, posibilitando la superación del riesgo y/o evitando los efectos negativos del mismo de una manera constructiva, con lo cual se presentará la adaptación positiva (Fergus & Zimmerman, 2005; González Arratia, 2007; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Olsson, Bond, Bums, Vella-Brodrick & Sawyer, 2003). De acuerdo con Fergus et al. (2005) y Olsson et al. (2003) serán necesarios tanto factores de riesgo que atenten contra la persona como factores que la protejan para que aparezca la resiliencia.

Los factores de riesgo son el conjunto de variables individuales, familiares y/o medioambientales, que al estar presentes incrementan la probabilidad de resultados negativos o problemas de adaptación positiva, como problemas emocionales, conductuales o de salud (Barcelata, 2015; Dekovic, 2005; Hein, 2004; Rutter, 2003). En este sentido, Aguirre (2004) señala como factores individuales a las alteraciones perinatales o en el transcurso del desarrollo, también considera problemas emocionales, inmadurez, baja autoestima y problemas escolares como bajo rendimiento o abandono de la escuela. Como factores familiares-sociales señaló a la enfermedad mental o el abuso de sustancias en la familia y conflictos familiares como divorcio, rechazo de los padres, abandono, maltrato y/o abuso infantil, así como a aquellos de carácter socioeconómico, particularmente la pobreza. Finalmente, dentro de los factores del medio considera la disponibilidad al alcohol, drogas, armas, condiciones de la comunidad como injusticia, pandillerismo y desempleo. Así mismo, se han identificado otros factores de riesgo como nivel socioeconómico (Brooks-Gunn & Duncan, 1997), número de sucesos vitales estresantes (Tiet et al., 1998), divorcio, enfermedad

física o mental de alguno de los padres (Garmezy, 1993), maltrato infantil (Jaffe, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas & Taylor, 2007), violencia intrafamiliar (Amar, Kotliarenko & Abello, 2003), catástrofes comunitarias o desastres naturales (Kotliarenko & Aceitón, 2006) y situaciones de riesgo acumulativo (Rutter, 1987).

Por su parte, los factores protectores son condiciones que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Rutter, 1985). Werner y Smith (1982) y Garmezy (1990) señalan que son dos categorías de factores protectores los implicados en el desarrollo de la resiliencia, factores internos como temperamento, inteligencia, sentido del humor, empatía y locus de control y, factores externos como unión familiar, calidad de las relaciones intrafamiliares y estilos de crianza. Así mismo, se han señalado otros factores internos como asertividad, autoestima, autonomía, control de impulsos, creatividad, espiritualidad, flexibilidad, iniciativa, moralidad, motivación al logro, personalidad, ser buen amigo, sociabilidad, solución de problemas y toma de decisiones (González Arratia, 2011; Kotliarenko, Cáceres & Fontecilla, 1996; Manciaux, 2003; Suárez-Ojeda, 1997; Wolin & Wolin, 1993). Mientras que como factores externos se ha identificado que la presencia de padres competentes, la relación de calidad con algún cuidador primario, el apoyo social de la familia, el desarrollo de vínculos informales y la participación en instituciones formales como escuela o grupos religiosos, son las condiciones socioambientales que favorecen la resiliencia (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt & Target, 1994; Mothner, 1995).

Es importante mencionar, que la mayoría de las investigaciones en resiliencia se han enfocado en la población infantil y adolescente, por lo que tanto los factores de riesgo como de protección han sido identificados en dicha población, sin embargo, tomando en cuenta que la resiliencia es la capacidad que resulta de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva (González Arratia, 2007), se puede asumir que esta situación se presente en otras etapas de vida, como la vejez. Al respecto, Braudy (2008) señaló que el desarrollo de la resiliencia es posible para muchos adultos mayores, independientemente de los orígenes sociales y culturales o de deficiencias físicas y cognitivas. Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación es



Díaz- Castillo, González-Escobar, González-Arratia López-Fuentes, Montero López-Lena

documentar la presencia de la resiliencia en los adultos mayores, así como la participación de factores de riesgo y protección, a través de una revisión sistematizada de estudios científicos.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos especializados en el tema, para lo cual se exploraron tres bases de datos internacionales (Academic Search Premier [Ebsco Host], Pubmed y Science Direct) utilizando las palabras clave; *resilience*, *older adults*, *old people*, *elderly*. Así mismo, con la intención de obtener información publicada en Hispanoamérica se exploraron dos bases más que tienen la característica de acoger estudios a nivel regional (Redalyc y Scielo), para esta búsqueda se utilizaron las palabras clave; *resiliencia*, *adultos mayores*, *personas mayores*, *ancianos*. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: 1) artículos publicados entre los años 2000 y 2016; 2) que contuvieran las palabras clave en el título y/o el resumen; 3) hacer referencia en su objetivo general al estudio, teórico o empírico, de la resiliencia en adultos mayores; y, 4) ser una investigación empírica, cuantitativa o cualitativa, o una revisión teórica. Treinta y dos estudios cumplieron los criterios, fueron analizados mediante el uso de una matriz con cinco secciones: referencia bibliográfica, objetivo, método, resultados y conclusiones.

RESULTADOS

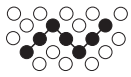
Los artículos fueron clasificados de acuerdo con el año de publicación, país de origen, idioma, enfoque y tipo de estudio, así mismo se clasificaron de acuerdo a la evaluación de la resiliencia (directa o indirecta) y variables asociadas (factores de resiliencia o consecuencias de resiliencia) con el objetivo de sistematizar la información arrojada por los mismos. En la Tabla 1 se observa que en los últimos 6 años (2011-2016) se ha publicado más del doble de estudios que en el periodo 2000-2010. También que la mayor parte de los estudios son de origen estadounidense, seguidos de los estudios colombianos, entre otros países, sólo se encontraron dos estudios mexicanos. En relación al idioma de redacción, la mayor parte de los estudios fueron escritos en inglés y sólo nueve estudios se redactaron en español. (Ver Anexo).

Por otra parte, en la Tabla 2 se puede observar la clasificación respecto a los enfoques de estudio, la cual se realizó a partir de los procedimientos utilizados para la recolección de información, aquellos estudios que utilizaron escalas de evaluación se identificaron como empíricos cuantitativos, mientras que los empíricos cualitativos utilizaron entrevistas y grupos focales, finalmente, los estudios teóricos fueron aquellos que brindaron información a partir de una revisión de estudios científicos. En este sentido, permearon los estudios cuantitativos duplicando a los cualitativos y finalmente sólo cuatro teóricos.

También en la Tabla 2 (Ver Anexo) se puede observar que en relación con el tipo de estudio, se clasificaron en dos tipos, estudios descriptivos, los cuales, como su nombre lo indica son aquellos que describen el objetivo de estudio, en este caso la resiliencia. Así mismo, se identificaron estudios de asociación, considerando aquellos que señalaron la relación entre la resiliencia con otras variables, ya sea como factores de resiliencia o como consecuencia de la misma, estos últimos estudios fueron los de mayor frecuencia en una proporción de ocho a uno. Para este análisis solo se consideraron los 28 estudios empíricos.

En la Tabla 3 (ver Anexo) se puede observar que los estudios se clasificaron de acuerdo con el enfoque desde el cual abordaron la resiliencia, se consideraron los estudios que la evaluaron a través de una escala de evaluación específica. Por otro lado se consideraron los que la evaluaron de manera indirecta, es decir, aquellos que evaluaron tanto factores de riesgo como soledad, depresión, ideación suicida, estrés y mala salud; como factores de protección como autopercepción de la salud, bienestar, satisfacción con la vida, felicidad y sentido de pertenencia a la comunidad, y con ello se asumió la presencia de la resiliencia. La mayor parte de los estudios fueron los que evaluaron la resiliencia de manera directa. Es importante mencionar que para esta clasificación solo se consideraron los estudios empíricos.

También, en la Tabla 3 se pueden observar la clasificación de los estudios de acuerdo con la participación de variables asociadas a la resiliencia, por un lado, se identificaron los estudios que evaluaron la relación con factores de resiliencia, por otro lado se identificaron los estudios que evaluaron variables que se consideraron consecuencia de la resiliencia. En este sentido, la mayor parte fueron aquellos que evaluaron la presencia de factores de resiliencia. Es importante



Resiliencia en adultos mayores: Estudio de revisión

mencionar que para esta clasificación se omitieron los tres estudios descriptivos, por lo que sólo se consideraron 25 estudios de asociación.

En relación a las variables asociadas a la resiliencia, como se mencionó, la mayor parte de los estudios analizaron los factores de resiliencia. En este sentido, respecto a los factores de riesgo, Adams, Sanders y Auth (2004) examinaron la relación entre la soledad y los síntomas depresivos de adultos mayores e indicaron que tanto la depresión como la soledad son factores de riesgo que reducen la resiliencia. También se analizó la presencia de la resiliencia bajo otros factores de riesgo como enfermedad crónica (Acosta & Sánchez, 2009), duelo por la muerte de un cónyuge, un familiar u otra persona significativa (Bellamy, Gott, Waterworth, McLean & Kerse, 2014), violencia social (Bennett, Chepngeno-Langat, Evandrou & Falkingham, 2015; Van Wormer, Sudduth & Jackson III, 2011), demencia (Braudy, 2008), e incluso desastres naturales como huracanes (Greene, 2007), señalando que la resiliencia se puede presentar bajo estas condiciones de estrés en adultos mayores.

Por otra parte, respecto a los factores protectores, Acosta y Sánchez (2009) estudiaron personas con enfermedades crónicas, entre los que permeaban adultos mayores, plantearon tres factores; individuales que se refieren al alto nivel de espiritualidad, esperanza y una actitud positiva frente al diagnóstico; así mismo se consideran factores familiares debido a que los pacientes ven como un aliciente el que sus familiares estuvieran presentes durante su enfermedad; y, finalmente factores comunitarios como las redes de apoyo alrededor de la persona, como amigos, trabajo y religión, que se convierten en una fuente de apoyo durante la enfermedad, en conjunto estos factores favorecieron la resiliencia en dichas personas.

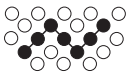
Mastel-Smith, Hersch y Walsh (2013) identificaron como atributos personales de resiliencia la toma de decisiones, ser optimista y tener esperanza, autoeficacia, reestructuración cognitiva de los acontecimientos dolorosos, trascendencia de los eventos adversos a través de la espiritualidad, altruismo y capacidad de respuesta rápida a las situaciones adversas. Así mismo, se identificaron otros factores de resiliencia como estilos de vida saludables, autopercepción y estado de salud, seguridad y apoyo, relaciones sociales, altruismo, competencia cognitiva, personalidad y espiritualidad

(Cortés, Flores, Gómez, Reyes & Romero, 2012; Greene, 2007; Hernández, 2009; Loua & Ngb, 2012; Pathike O'Brien & Hunter, 2015; Van Wormer, Sudduth & Jackson III, 2011; Wells, 2009).

Es de destacar el estudio de McLaren, Gomez, Bailey y Van Der Horst (2007), el cual fue el único de los analizados que aplicó los modelos de resiliencia (compensatorio, de riesgo-protección, de desafío; Fergus et al., 2005) para analizar la predicción de la ideación suicida, como factor de riesgo, y el sentido de pertenencia a la comunidad, como factor protector. Los autores reportaron que cuando el sentido de pertenencia (psicológico) fue el factor de protección, los resultados indicaron apoyo para el modelo de riesgo-protección para los hombres y las mujeres, mientras que el modelo de compensación sólo aplicó para las mujeres. Por otro lado, cuando el sentido de pertenencia (antecedentes) fue el factor de protección, el apoyo fue para el modelo de compensación para hombres y mujeres. Finalmente, señalaron que el modelo de exposición aplicó para las mujeres solamente.

Por otro lado, respecto a los estudios que analizaron variables como consecuencia de resiliencia, Zeng y Shen (2010) investigaron a 16566 adultos mayores para conocer si los adultos centenarios son más resilientes que adultos mayores jóvenes, y si la resiliencia contribuye a la longevidad. Los resultados indicaron que los centenarios son significativamente más resilientes que cualquier otro grupo de vejez. Los autores concluyeron que la resiliencia contribuye de manera significativa a la longevidad en todas las edades, y se vuelve aún más profunda a edades muy avanzadas. Por su parte, Pinheiro de Paula, Koller y Novo (2011) señalaron que los eventos más estresantes en los adultos mayores son el divorcio o separación matrimonial y la muerte de un hijo, cónyuge o de los padres. Así mismo, señalaron que la alta resiliencia se asocia a un mayor bienestar, a pesar de que también se asocia con una mayor presencia de eventos estresantes.

En relación al bienestar, Tomás, Sancho, Meléndez y Mayordomo (2012) señalaron que el afrontamiento resiliente es un predictor de bienestar. Por su parte, Engel et al. (2011) reportaron que la depresión, la resiliencia, y el bienestar emocional se relacionaron de forma significativa con la sensación de apetito, la cual regularmente se ve afectada en esta población. También, se ha reportado que la resiliencia se asocia a



Díaz- Castillo, González-Escobar, González-Arratia López-Fuentes, Montero López-Lena

la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas, entre ellas adultos mayores (Quiceno & Vinaccia, 2013; Vinaccia, Quiceno & Remor, 2012). Así mismo, que se asocia con la voluntad de buscar atención de salud (Smith, 2009; 2012).

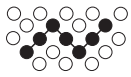
Suárez-Ojeda, 1997; Werner et al., 1982; Wolin et al., 1993). Por lo anterior, se concluye que la resiliencia es una capacidad que se puede desarrollar en la vejez y que al igual que en otras etapas de la vida, esta capacidad de desarrollará a través de la interacción entre factores de riesgo y protección.

CONCLUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue documentar la presencia de resiliencia en los adultos mayores, así como la participación de factores de protección y de riesgo, en este sentido, la capacidad que resulta del proceso dinámico en el que interactúan factores de riesgo y de protección, desde individuales hasta socioculturales, y que posibilita la superación del riesgo y/o evita los efectos negativos de una manera constructiva, conocida como resiliencia, tiene una relación directamente proporcional con la edad, en otras palabras, la resiliencia beneficia la longevidad de las personas.

También, la resiliencia ayuda a los adultos mayores a superar factores de riesgo como soledad, depresión, enfermedad crónica o el duelo por la muerte de alguna persona significativa, siendo personas espirituales, optimistas, con actitud positiva, con esperanza y con sensación de autoeficacia, que buscan información y toman decisiones, que mantienen estilos de vida saludables y en la medida de lo posible un buen estado de salud. Así mismo, realizando una reestructuración cognitiva de los acontecimientos dolorosos, y que durante dichos acontecimientos se mantenga una buena relación familiar, así como otras redes de apoyo como amigos, compañeros de trabajo y grupos religiosos.

Finalmente, el análisis permitió confirmar que los factores tanto de riesgo como de protección a los que se ven expuestos los adultos mayores, coincide con los señalados por otros autores. Por ejemplo, en cuanto a los factores de riesgo, coinciden en que el número de sucesos vitales estresantes, la violencia e incluso los desastres naturales son factores de riesgo de resiliencia (Amar et al., 2003; Kotliarenco et al., 2006; Tiet et al., 1998). Por su parte, en cuanto a los factores protectores, coinciden que la unión familiar, la autoestima, la espiritualidad, la personalidad, la toma de decisiones y las redes de apoyo, ya sea con la familia o con vínculos informales como la participación en instituciones formales como grupos religiosos son factores de protección de resiliencia (Garmezy, 1990, González Arratia, 2011; Kotliarenco et al., 1996; Manciaux, 2003;



Resiliencia en adultos mayores: Estudio de revisión

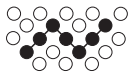
REFERENCIAS

1. Aguirre, G.A. (2004). Capacidad y factores asociados a la resiliencia en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Bello Cáceres, Sector IV de Pamplona alta San Juan de Miraflores 2002. Tesis no publicada de la Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
2. Amar, J.J., Kotliarenko, M.A. & Abello, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación & Desarrollo*, 11(1), 162–197.
3. Barcelata, B.E. (2015). Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia. México: Manual Moderno.
4. Braudy, P. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 43–61.
5. Brooks-Gunn, J. & Duncan, G. (1997). The effects of poverty on children. *The Future of Children: Children and Poverty*, 7(2), 55–71.
6. Dekovic, M. (2005). Multiple Perspectives within the Family: Family Relationship Patterns. *Journal of Family Issues*, 26(4), 467–490.
7. Fergus, S. & Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A frame work for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 1–26.
8. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. & Target, M. (1994). He Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology*, 35(2), 231–258.
9. Garmezy, N. (1990). A closing note: Reflections on the future. En: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub, (Eds.) *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 527-534). New York: Cambridge University Press.
10. Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127–136.
11. González Arratia, L.F.N.I. (2007). Factores determinantes de la resiliencia en niños de la Ciudad de Toluca. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad Iberoamericana. México.
12. González Arratia, L.F.N.I. (2011). Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Como desarrollarse en tiempos de crisis. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
13. Hein, A. (2004). Factores de riesgo y delincuencia juvenil. Revisión de la literatura nacional e internacional. Fundación Paz Ciudadana.
14. Jaffe, S.R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Polo-Tomas, M. & Taylor, A. (2007). Individual, family and neighborhood factors distinguish resilient and non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse and Neglect*, 31(3), 231–239.
15. Kotliarenko, M. & Aceitón, H. (2006). La resiliencia como ventana de oportunidad un análisis entre resiliencia y pobreza. III Conferencia de la red Latinoamericana y del Caribe de Child Watch Internacional. México.
16. Kotliarenko, M.A., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). Estado del arte de resiliencia. Disponible en <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resil6x9.pdf>
17. Luthar, S.S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562.
18. Manciaux, M. (2003). La resiliencia: resistir y rehacerse. España: Gedisa.
19. Mothner, H.D. (1995). Resilience (personality trait) in children. *Health Education*. Fall 95, 116(1).
20. Olsson, C.A., Bond, L., Bums, J.M., Vella-Brodrick, D.A. & Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1–11.
21. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.
22. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
23. Rutter, M. (2003). Categories, dimensions, and the mental health of children and adolescents. En J.A. King, C.F. Ferris, & I.I. Lederhendler (Eds.). *Roots of mental illness in children* (pp. 11–21). New York: The New York Academy of Sciences.
24. Suárez-Ojeda, E.N. (1997). Perfil del niño resiliente. Trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales. Universidad Nacional de Lanús. Fundación Bernard Van Leer.
25. Tiet, Q.Q., Bird, H.R., Davies, M., Hoven, C. Cohen, P. et al. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1191–1200.
26. Werner, E. & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Mac Graw Hill.
27. Wolin, S. & Wolin, S. (1993). *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*. Nueva York: Villardbooks.

ANEXO

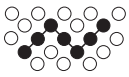
Artículos analizados en la revisión sistemática

28. Acosta, I. & Sánchez, Y. (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 24–32.
29. Adams, K., Sanders, S. & Auth, A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*, 8(6), 475–485
30. Araújo, C. & Faro, A. (2016). Estudio sobre la resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil. *Enfermería Global*, 42, 63–80.
31. Azeem, F. & Naz, M. (2015). Resilience, death anxiety, and depression among institutionalized and noninstitutionalized elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), 111–130.
32. Bellamy, G, Gott, M., Waterworth, S., McLean, C. & Kerse, N. (2014). 'But I do believe you've got to accept that that's what life's about': older adults living in New Zealand talk about their experiences of loss and bereavement support. *Health and Social Care in the Community*, 22(1), 96–103.
33. Bennett, R., Chepngeno-Langat, G., Evandrou, M. & Falkingham, J. (2015). Resilience in the face of post-election violence in Kenya: the mediating role of social networks on wellbeing among older people in the Korogocho informal settlement, Nairobi. *Social Science & Medicine*, 128, 159–167.
34. Brandburg, G.L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G. & Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 69(4), 862–874. doi: 10.1111/j.1365–2648.2012.06075.x.
35. Braudy, P. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and



Díaz- Castillo, González-Escobar, González-Arratia López-Fuentes, Montero López-Lena

- the lived experience of dementia. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 43-61.
36. Cárdenas-Jiménez, A. & López-Díaz, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista Salud Pública*, 13(3), 528-540.
 37. Cortés, J., Flores, P. Gómez, C., Reyes, K. & Romero, L. (2012). Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Ciencia y Enfermería*, 18(3), 73-81.
 38. Engel, J, Siewerdt, F., Jackson, R., Akobundu, U., Wait, C. & Sahyoun, N. (2011). Hardiness, depression, and emotional well-being and their association with appetite in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 482-487.
 39. Fernandes de Araújo, L., Teva, I. & Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276.
 40. Gooding, P.A., Hurst, A., Johnson, J. & Tarrrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 262-270.
 41. Greene, R. (2007). Reflections on hurricane Katrina by older adults: three case studies in resiliency and survivorship. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 16(4), 57-74.
 42. Hanfstingl, B. (2013). Ego and spiritual transcendence: relevance to psychological resilience and the role of age. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, s/n, 1-9.
 43. Hernández, Z. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores. *Liberabit. Revista de Psicología*, 15(2), 153-161.
 44. Hicks, M.M. & Conner, N.E. (2014). Resilient ageing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 744-755. doi: 10.1111/jan.12226.
 45. Lou, V. & Ng, J. (2012). Chinese older adults' resilience to the loneliness of living alone: a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 16(8), 1039-1046.
 46. McLaren, S., Gomez, R., Bailey, M. & Van Der Horst, R. (2007). The association of depression and sense of belonging with suicidal ideation among older adults: applicability of resiliency models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(1), 89-102.
 47. Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., Huang, W. & Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 238-243.
 48. Pathike, W., O'Brien, A. & Hunter, S. (2015). Elderly resilience in Thailand: an ethnographic study. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 22(10), 21.
 49. Pinheiro de Paula, M., Koller, S. & Novo, R. (2011). Stressful life events and psychological well-being in a Brazilian sample of older persons: the role of resilience. *Ageing International*, 36, 492-505.
 50. Quiceno, M. & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9, 17, 69-82.
 51. Quiceno, M. & Vinaccia, S. (2013). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 591-619.
 52. Smith, J. L. (2015). Self-compassion and resilience in senior living residents. *Seniors Housing & Care Journal*, 23(1), 16-31.
 53. Smith, P.R. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 829-837.
 54. Smith, P.R. (2012). Resilience and stigma influence older African-americans seeking care. *The ABNF Journal*, Fall.
 55. Tomás, J., Sancho, P., Melendez, J.C. & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: a structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3), 317-326.
 56. Van Wormer, K., Sudduth, C. & Jackson III, D. (2011). What we can learn of resilience from older African-american women: interviews with women who worked as maids in the Deep-south. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21, 410-422. doi: 10.1080/10911359.2011.561167.
 57. Vinaccia, S., Quiceno, M. & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos *Anales de Psicología*, 28(2), 366-377.
 58. Wells, M. (2009). Resilience in rural community-dwelling older adults Margaret. *The Journal of Rural Health*, 25(4), 415-419.
 59. Zeng, Y. & Shen, K. (2010). Resilience significantly contributes to exceptional longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, S/N, 1-9. doi:10.1155/2010/525693.



Resiliencia en adultos mayores: Estudio de revisión

Tabla 1. Categorización de los estudios por año de publicación, país de origen e idioma de redacción.

Año de publicación		País de origen		Idioma de redacción	
Categoría	n	Categoría	n	Categoría	n
2000-2010	10	Estados Unidos	12	Inglés	23
2011-2016	22	Colombia	4	Español	9
		Australia	2		
		Brasil	2		
		China	2		
		España	2		
		México	2		
		Chile	1		
		Kenia	1		
		Nueva Zelanda	1		
		Paquistán	1		
		Reino Unido	1		
		Tailandia	1		
Total	32	Total	32	Total	32

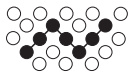
Díaz- Castillo, González-Escobar, González-Arratia López-Fuentes, Montero López-Lena

Tabla 2. Categorización de los estudios por enfoque y tipo de estudio.

Enfoque de Estudio		Tipo de estudio	
Categoría	N	Categoría	n
Empírico cuantitativo	20	De asociación	25
Empírico cualitativo	8	Descriptivo	3
Teórico	4		
Total	32	Total	28

Tabla 3. Categorización de acuerdo a la evaluación de la resiliencia y variables asociadas.

Evaluación de la resiliencia		Variables asociadas a la resiliencia	
Categoría	n	Categoría	n
Evaluación con escala	23	Factores de resiliencia	16
Evaluación Indirecta	5	Consecuencias de resiliencia	9
Total	28	Total	25



Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

María Teresa Vázquez Resino¹

Resumen

Las intervenciones basadas en Mindfulness son cada vez más utilizadas en psicología clínica por los efectos significativos que producen, siendo el sector de la tercera edad los principales candidatos de estas intervenciones, que enmarcadas en un modelo de envejecimiento con éxito demandan una práctica de calidad. Este estudio tiene como objeto el efecto de un programa de Mindfulness adaptado al ámbito residencial, en una muestra de doce personas mayores, enfocado a mejorar el bienestar psicológico-emocional, percepción de dolor, calidad y satisfacción de vida, bajo un diseño cuasi-experimental pre-post test, dirigido a evaluar dichas características; combinando prácticas formales de atención plena, con aspectos psico-educativos necesarios en el desarrollo de las mismas.

Los resultados mostraron efectos positivos en más de la mitad de las áreas intervinientes en el programa, siendo de interés para estudios futuros, utilizar una muestra más amplia representativa de dicha población con grupo de control, para seguir ahondando en formas de estimular el uso continuo de Mindfulness en este colectivo.

Palabras clave: Mindfulness, envejecimiento saludable, bienestar, compasión.

Introducción

Mindfulness based interventions are increasingly used in clinical psychology because of the significant effects they produce, with the elderly being the main candidates for these interventions, which framed in a successful model of aging demand quality practice. The object of this study is the effect of a Mindfulness program adapted to the residential environment, in a sample of twelve elderly people, focused on improving psychological-emotional well-being, pain perception, quality and life satisfaction, under a quasi-experimental design pre-post test, aimed at evaluating these characteristics; combining formal practices of full attention, with psycho-educational

aspects necessary in the development of them.

The results showed positive effects in more than half of the areas involved in the program, being of interest for future studies, to use a larger sample representative of said population with control group, to continue delving into ways to stimulate the continuous use of Mindfulness in this collective.

KEY WORDS

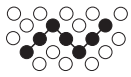
Mindfulness, healthy aging, well-being, compassion.

ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2019

Recibido:
03/09/2019

Aceptado:
20/10/2019

(1) Psicóloga General Sanitaria – Experta en Psicogerontología, Mindfulness y Psicología Positiva



María Teresa Vazquez Resino

INTRODUCCIÓN

Uno de los efectos de la práctica de Mindfulness es el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente, que trae consigo la serenidad y el cultivo de la misma que nos conduce a un aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) y nos aproxima a percibir la realidad tal y como es.

Durante las últimas décadas, el Mindfulness ha sido introducido en numerosos programas de mejora de la salud y también en tratamientos psicológicos para hacer frente a diversos trastornos mentales (ansiedad, depresión, estrés, etc.). El movimiento terapéutico actual que surge de la influencia de los planteamientos budistas en psicoterapia tiene dos figuras de referencia pioneras, Jon Kabat-Zinn (1990) y Marsha Linehan (1993), el primero introdujo la atención plena en el contexto hospitalario, para el tratamiento del dolor crónico, así como otras condiciones psicósomáticas relacionadas con el estrés, tomando la meditación vipassana como punto de partida (Programa MBSR).

A continuación, se resumen las diferentes intervenciones clínicas, que incluyen Mindfulness, con gran evidencia científica en apoyo de la misma. (Ver Anexo)

Así mismo, en el libro “Mindfulness en la práctica clínica”, Miró y Simón (2012) desarrollan la intervención y aplicación de Mindfulness en los diferentes tratamientos clínicos, como son el tratamiento de ansiedad y estrés, depresión, TOC, trastornos de las conductas alimentarias, tratamiento del dolor y trauma, trastornos de la personalidad y actualmente se está comenzando a aplicar en determinadas psicosis, con resultados esperanzadores, por las investigadoras Palao y cols. (2019).

Por tanto, nos encontramos ante una nueva generación de terapias, no sólo desde un enfoque integrador, actual, sino también en el sentido de dar sentido a toda psicoterapia, ampliándose poco a poco en todas las áreas y por ello surgen programas de gran calidad, renovadores e innovadores, destacándose:

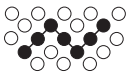
- El programa Mindful Self Compassión (MSC) (Germer y Neff, 2012) y Terapia centrada en la Compasión (Gilbert, 2015), donde se toman como claves: la empatía, como conexión interpersonal, la regulación emocional y la claridad del pensamiento que se siente. El equilibrio entre ellas produce una respuesta reflexiva que en muchos casos lleva a la consecución del bienestar personal y la felicidad.

- Las intervenciones basadas en Mindfulness y Compasión en dolor crónico. Palao y cols. (2018). Contextualizando el dolor como una experiencia, que invade la identidad de la persona, el sí mismo está invadido por una experiencia de primera persona, por una forma de autoconciencia, es a través de las conexiones con la corteza cerebral y el sistema límbico, como el mensaje doloroso se convierte en una experiencia emocional y consciente, construyéndose así el significado del mensaje doloroso. La hipótesis más aceptada es que cuando una persona con dolor crónico se entrena en Mindfulness, al no evitar y aceptar, cambia la evaluación cognitiva y emocional que hace sobre su dolor.

- Programa MBPM. Mindfulness-based Pain Management. Es un programa creado por Burch (2001), con el objeto de encontrar una manera efectiva, creativa y compasiva de gestionar el dolor, el estrés crónico y recuperar el bienestar, cultivando movimientos conscientes, meditaciones que promueven amabilidad, compasión, el amor, alegría empática, ecuanimidad y florecimiento humano.

- Programa MBMB: Mindfulness Based Mental Balance ó de desarrollo y crecimiento personal, desarrollado por Segovia (2012), tiene por objeto el desarrollo personal basado en la meditación que nos permite desarrollar equilibrio y bienestar psicológico en nuestra vida mediante la autorregulación de la atención, las emociones, las intenciones o motivaciones y la cognición o interpretaciones de lo que nos sucede. Este programa está organizado en tres niveles que se complementan.

Por otro lado, y cambiando la perspectiva teórica que nos ocupa, se debe resaltar que la esperanza de vida casi se ha duplicado en el siglo pasado como resultado de los avances en medicina, atención, saneamiento



Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

e industrialización. Con el incremento de la edad, aumenta la probabilidad de experimentar factores estresantes como la muerte de un compañero o amigo, la disminución de la salud mental y física, la dependencia de los hijos, y una menor capacidad para participar en actividades agradables y satisfactorias (Baltes y Baltes, 1990; Lee y Markides, 1990; Manton, 1990; Singer, Verhaeghen, Ghisletta, Lindengerger, y Baltes, 2003).

Fernández (2009) establece que el envejecimiento exitoso puede ser considerado como el producto del proceso de adaptación que ocurre a lo largo de la vida a través del cual se logra un óptimo desarrollo físico, psicológico y social de la persona. La promoción del envejecimiento activo supone prevenir la enfermedad y la discapacidad y mejorar la calidad de vida en la vejez. Debido a que las personas mayores muestran una gran variabilidad de formas para enfrentarse a estos estresores, la investigación se ha centrado en investigar mediadores y moderadores potenciales que fomenten el vínculo entre los objetivos de las personas, circunstancias y su calidad de vida subjetiva (Cheng, 2004; George, 2006; Kunzmann, Little, y Smith, 2000). El papel de factores como el control percibido, el apoyo social y la autoestima, han sido objeto de estudio para entender dicha conexión.

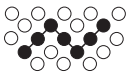
En una línea similar Ryff (1995) detalla las dimensiones que se asocian al bienestar psicológico, entre las que destaca: autoaceptación de uno mismo con las limitaciones o defectos, las relaciones positivas con las personas que no rodean, el control sobre el ambiente para satisfacer necesidades y lograr metas, la autonomía, el propósito en la vida y el crecimiento personal, todas ellas pueden servir de referencia hacia una vida adulta satisfactoria. Del mismo modo, la autoestima se relaciona positivamente con la satisfacción con la vida entre los adultos mayores (Fagerstrom et al., 2007), y dado que el bienestar subjetivo (B.S) aumenta con la edad, las investigaciones sugieren que los mayores se involucran en estrategias que ayudan a preservar el bienestar a pesar de una menor autoestima, usando estrategias de control de emociones y de afrontamiento más efectivas que los jóvenes (Baltes y Baltes, 1990; Brandstaedter y Greve, 1994; Carstensen, Isaacowitz, y Charles, 1999). Además, Erikson (1968) sugirió que los adultos mayores se aceptan más a sí mismos y, por lo tanto, tienen menos necesidad de auto-engrandecerse. Bajo esta última premisa, la autocompasión se

vincularía como estrategia de Bienestar Subjetivo, en el sentido de estar más receptivo al sufrimiento experimentado y promoviéndose sentimientos de autocuidado y amabilidad hacia uno mismo y hacia los demás.

La necesidad de desarrollar este envejecimiento activo y saludable apoya intervenciones que permitan enfrentarse a las dificultades y experimentar estados emocionales placenteros y por ello el Mindfulness juega un papel relevante a la hora de ofrecer instrumentos de gestión para afrontar los problemas y cambios que forman parte de esta etapa vital, por ello las primeras aproximaciones del Mindfulness aplicados en personas mayores comienzan a aparecer en la década de los 2000, así Levy, Jennings y Langer (2001) realizaron un ensayo aleatorio controlado para examinar si una intervención consciente, basada en la observación de distinciones en imágenes con el fin de mejorar la atención de 80 participantes de entre 60 y 89 años. Los resultados obtenidos fueron que los mayores que fueron asignados aleatoriamente al grupo de entrenamiento de Mindfulness recordaban mejor las diferenciaciones que aquellos que pertenecían al grupo control.

Entre 2008 y 2009, un psicólogo de investigación independiente entrevistó a sesenta y seis pacientes, mayores de 65 años, de cuidados paliativos con cáncer avanzado. Después de la práctica de atención plena informaron que eran conscientes, estaban presentes y podían responder a sus luchas diarias, tanto físicas como emocionales. En general, la mayoría de los participantes, reportaron sentimientos intensos de bienestar y un mayor enfoque y apreciación del presente.

Por otra parte, investigando trastornos depresivos asociados a ansiedad en mayores, Smith, Graham y Senthinathan (2007) realizaron un estudio no controlado aplicando un programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) en 30 participantes de entre 65 y 88 años que habían experimentado al menos tres episodios diagnosticados de depresión mayor y ansiedad, los resultados obtenidos mostraron que el programa MBCT fue efectivo, observándose un descenso en las puntuaciones de depresión y testimonios que indicaban la adquisición de recursos que impedían la rumiación y la identificación con los



María Teresa Vazquez Resino

propios pensamientos que les ayudarían a sobrellevar eficazmente la experiencia depresiva.

Otro estudio en Tailandia en que las personas mayores participaron en un programa de meditación caminando tenían significativamente mejor resultados que los adultos mayores que participaron en un programa solo para caminar. La meditación fue efectiva para reducir la depresión y mejorar aptitud funcional y reactividad vascular (Prakhinkit et al. 2014; ver también Krause 2009, Clark et al. 2012, y Toneatto et al. 2007).

Otro factor importante, que afecta al bienestar y envejecimiento sano de las personas mayores es el de la soledad, un estudio de la UCLA publicado en la revista *Brain: "Comportamiento e Inmunidad"*, Creswell et al. (2012) llevaron a cabo un estudio no controlado con 40 personas de entre 55 y 85 años, los resultados obtenidos mostraron una disminución de los sentimientos de soledad y una reducción de los genes pro-inflamatorios que podría guardar una relación con esa disminución. No obstante, no se hizo una comparación de dicha reducción sobre la biología inflamatoria o los resultados de enfermedad cardiovascular para determinar si había diferencias significativas.

En relación, a estudios realizados con residentes, se destaca el de Moss et al. (2015) los cuales realizaron una investigación controlada aleatoria en una comunidad de 39 residentes de entre 63 y 94 años. El objetivo era determinar si el programa MBSR adaptado, en comparación con un grupo control de lista de espera, reduciría los síntomas de angustia psicológica, así como mejoraría las cualidades centrales de la atención plena y la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados obtenidos mostraron una mejora significativa del grupo de intervención en observación consciente, flexibilidad psicológica, aceptación, humanidad común, vitalidad, limitaciones de rol debido a problemas emocionales y de salud física, funcionamiento psicológico general y bienestar.

Helmes y Ward (2017) realizaron una investigación, controlada aleatoria, con una muestra de 52 residentes con una media de 83 años de edad, en la que buscaban determinar si los individuos mostrarían reducciones significativas en las puntuaciones de los síntomas

de ansiedad durante los tres períodos de tiempo de medida (después de la primera sesión, después de la octava sesión y un mes después de la intervención). Los resultados mostraron que el grupo de intervención mostró mejoras en todas las medidas respecto al grupo control en las que no fueron significativas. Además, los síntomas de ansiedad se redujeron significativamente en el grupo de tratamiento después de la intervención y al mes de seguimiento.

Es en este marco teórico donde surge el presente estudio, en el que se aborda la necesidad de desarrollar un programa que integre todas esas variables dentro del entorno residencial; por ello el objetivo general es examinar el efecto que un programa de intervención basado en la atención plena tiene en diferentes características psicológicas de un grupo de personas mayores dentro del entorno residencial, incidiendo en variables como la atención, bienestar psicológico, sensaciones de dolor y ansiedad, dando coherencia y significado vital a sus vivencias dentro de ese contexto.

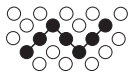
MÉTODO

Participantes

Las personas que han tomado parte en este estudio son residentes de la Residencia San Juan de Dios de El Álamo de Madrid. La muestra al inicio constaba de 14 personas: 10 mujeres y 4 varones, con edades comprendidas entre 65 y 92 años. Todos ellos con estudios primarios y medios. Durante el proceso, dos de las personas (mujeres) abandonan el estudio, por causas ajenas al mismo y por tanto la muestra queda constituida por 12 personas, con una edad media de 80,92 años (dt: 8,96; rango 65-92) cuyos datos descriptivos se exponen en la siguiente Tabla. (Ver Anexo)

El grupo es seleccionado en base a los siguientes criterios de exclusión:

- No tener las facultades cognitivas de atención y memoria preservadas o levemente deterioradas.
- Personas con déficits en la audición, que les impida seguir las meditaciones de una forma coherente (portal de los sentidos abierto a las sensaciones exteriores).
- Sufrir problemas en abusos de sustancias, trastornos psicopatológicos diagnosticadas de carácter grave o cualquier otro trastorno que les impida la facilitación



Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

de la conciencia en el momento presente

En relación a sus facultades físicas, cinco de ellos necesitan silla de ruedas y andadores como instrumentos de apoyo, lo cual demanda un tiempo de organización previa a las sesiones bastante amplia con el fin de adecuar los espacios a una mayor comodidad del grupo y ha hecho necesario adaptar los ejercicios de Hatha Yoga previstos (meditación caminando) a estiramientos sedentes. Dos de ellos usan audífonos y una persona necesita del aparato de oxígeno (enchufado a la red eléctrica) durante la sesión para ayudarle en sus problemas respiratorios. Una persona sufrió de poliomelitis en su infancia, y está afectada en las dos piernas, necesitando el uso de silla de ruedas en el desarrollo de su actividad diaria.

En cuanto a las sensaciones de dolor, en general remiten angustia y ansiedad asociada a dolores músculo-esqueléticos, en su mayoría artrosis, pinzamientos y reuma, y aunque no les impida desarrollar una vida plena, si les genera gran malestar en su vida diaria, tal como se muestra en el estudio previo del dolor.

Instrumentos de Evaluación

Los instrumentos utilizados en el estudio y evaluación de los datos se han empleado de manera hetero-aplicada, con el objeto de atender posibles miedos y dudas emergentes de los participantes; se pasan a relacionar a continuación, justificando su adaptación y fiabilidad.

.- El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger y cols., 1982); adaptado al español por Fernández, M.A., Ávila, M., López, .A., Zea, M.A., y Frades, B. (2015). Este instrumento permite la evaluación de la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad / Estado) y como rasgo latente (Ansiedad / Rasgo). Esta prueba evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (Ansiedad / Rasgo) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad. Los sujetos contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro alternativas de respuesta, que puntúan de 1 a 4, tal como se muestra en los ítems de ejemplo:

-Escala Ansiedad-Estado:

Me siento calmado 1-Nada,
2-Algo, 3-Bastante, 4-Mucho

Tengo confianza en mi mismo 1-Nada,
2-Algo, 3-Bastante, 4-Mucho

Esta escala ha obtenido una confiabilidad de .73; medida con Alpha de Cronbach, siendo una escala validada en personas mayores (Fernández et al., 2013, p.356)

-Escala Ansiedad-Rasgo:

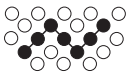
Me canso rápidamente 1-Casi nunca,
2-A veces, 3-A menudo, 4-Casi siempre

Me falta confianza en mi mismo 1-Casi nunca,
2-A veces, 3-A menudo, 4-Casi siempre

Esta escala ha obtenido una confiabilidad de .86; medida con Alpha de Cronbach, siendo una escala validada en personas mayores (Fernández et al., 2013)

.- La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989); adaptado por Díaz y cols. (2006). Este instrumento expone criterios privados de un buen funcionamiento psicológico, midiendo seis dimensiones del bienestar psicológico, que la autora estableció en base a las necesidades satisfechas, motivos y atributos que caracterizan a una persona plena en salud mental:

- La auto-aceptación o actitud positiva hacia el yo.
- Propósito en la vida y sensación de tener un sentido en la vida.
- La autonomía, que implica sostener la individualidad y autodeterminación en diferentes contextos sociales, manteniendo su independencia y autoridad personal.
- Control o dominio del entorno, asociado al locus de control interno.



María Teresa Vazquez Resino

- Relaciones positivas con otros, relaciones cálidas, de empatía y de intimidad.
- El desarrollo o crecimiento personal, asociado a la idea de evolución y aprendizaje positivo de la persona.

La adaptación española (Díaz y cols., 2006), consta de 29 ítems en una escala Likert de 1 a 6 (totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo), según ejemplo, siendo la fiabilidad de las subescalas superior a .70. (Días y cols., 2006, p.575)

En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.

A menudo me siento sólo, porque tengo pocos amigos íntimos, con quienes compartir mis preocupaciones.

.- Cuestionario de Dolor Español (CDE) (Ruiz y cols., 1990; Ruiz y cols., 1991): autoinformes orientados a población general con dolor agudo o crónico. El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada descriptor que forman una de las tres clases: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa, que a su vez están compuestas por varias subclases con diferentes descriptores de los cuales se debe seleccionar uno.

Ejemplo:

Clase: Valor de intensidad actual

Subclase: Intensidad

- Sin dolor Leve Molesto Intenso
 Fuerte Insoportable

Se determina unas propiedades psicométricas de fiabilidad, obteniendo una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de .918. (Ruiz y cols., 1990, p.304)

.- Escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985); la adaptación al castellano (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000) incluye cinco ítems que se contestan en escala de respuesta de 7 puntos, que van desde muy en desacuerdo (1 punto) hasta muy acuerdo (7 puntos),

como se muestra en el ejemplo: (Ver Anexo)

La fiabilidad de este instrumento es de .82, medida con Alfa de Crombach.

.- Cuestionario FMI-14, siglas del “Freiburg Mindfulness Inventory” (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, y Schmidt, 2006), validada y adaptada al español por Pérez-Verduzco, G., y Laca-Arocena, F.A. (2017). Esta escala otorga peso a aspectos como la aceptación o el estado de alerta, y dentro de su multidimensionalidad a procesos psicológicos como el bienestar, la atención o la censo-percepción. El FMI-14, está diseñado para personas que no están familiarizados con la meditación, siendo un instrumento confiable, dado que presenta buena consistencia interna según lo evaluado mediante el coeficiente alfa de Cronbach (.80). Está compuesto por 14 ítems con un anclaje de respuesta de 1 a 4 puntos, ejemplo:

Estoy abierto a experimentar el momento presente.....1 2 3 4

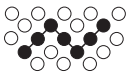
Donde 1: Raramente 2: Ocasionalmente 3: Con frecuencia 4: Casi siempre

Procedimiento

El diseño que se aplicó en este estudio es de carácter cuasi-experimental, cuyo objetivo es el estudio de los procesos de cambio tras la administración de un programa de intervención; se utilizó por tanto metodología cuantitativa, siendo un estudio pre-post de tipo longitudinal, ya que se realizaron dos mediciones una previa a la intervención y otra posterior al mismo grupo, siendo longitudinal por tratarse de dos mediciones en dos momentos diferentes (antes y después de la aplicación del programa), asimismo, el fundamento inferencial de este diseño pre-posttest es que al implicar a los mismos sujetos tiene un carácter intrasujeto.

La variable independiente es la aplicación de un programa adaptado de manera personal y transversal de Mindfulness en personas mayores, el cual se expone en la tabla Nº 3, de carácter integral basado en los siguientes programas validados.

- Programa MBSR, Mindfulness basado en la reducción de la ansiedad y el estrés (Kabat-Zinn, 1982)
- Programa MBCT. Mindfulness basado en la Terapia Cognitiva (Segal, Williams y Teasdale, 2002)



Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

- Programa MBPM. Mindfulness-based Pain Management ó Mindfulness para el bienestar y la salud (Burch, 2001)

- Programa MSC: Mindful-Self Compassión ó programa de entrenamiento en Autocompasión de Germer y Neff (2012) y adaptado al español por Palao y cols. (2018).

- Programa MBMB: Mindfulness Based Mental Balance ó de desarrollo y crecimiento personal (Segovia, 2017)

El procedimiento se inicia con una primera entrevista personal donde se procede a la recogida de datos (pre-test) y donde se les comunica el desarrollo y cronograma del programa, destacando su confidencialidad, aspectos éticos, voluntariedad y ningún tipo de obligación personal ni moral en el mismo; se les comunica así mismo que no existe ningún tipo de riesgo, con la consiguiente firma del consentimiento informado.

A la semana siguiente se procede al inicio del programa, el cual consistió en ocho sesiones de intervención semanal, de hora y media de duración cada una, explicitando que los ejercicios de meditación no excederán de 30 minutos en ningún caso.

Todas las sesiones comienzan con un saludo de bienvenida afectuosa, pasando a repasar las prácticas realizadas durante la semana (excepto la primera), seguidamente se realiza una introducción sobre los objetivos a desarrollar, estableciéndose un espacio de psicoeducación sobre el tema a tratar en la misma de unos veinte minutos de duración aproximadamente, a continuación se alternan vídeos y proyecciones con prácticas formales de meditación, donde se les va preguntando sobre sus sensaciones, percepciones y haciéndoles conscientes de los beneficios de cada una de ellas, con el objeto de anclarlas a sus experiencias vitales, finalizando con las recomendaciones de prácticas a desarrollar durante la semana siguiente. Se atienden sus dudas y posibles bloqueos y obstáculos que vayan encontrándose en las diferentes prácticas.

En la décima semana se vuelven a aplicar los cuestionarios, como medida post, tras el programa aplicado.

Los temas que se tratan y sirvieron de base al programa de intervención, constaron de 8 sesiones, bajo los epígrafes y objetivos que se destacan a continuación:

- 1.- ¿Qué es Mindfulness? “. Se explican los objetivos y metodología del programa.

- 2.- Entrenar el músculo de la atención: el objetivo es el entrenamiento de la atención plena.

- 3.- Cultivando una relación amable con nuestros pensamientos: No juzgar.

- 4.- Responder en vez de reaccionar. El objetivo es la gestión emocional del estrés.

- 5.- Manejar emociones y sentimientos difíciles. El objetivo es tomar conciencia de momentos difíciles y gestionarlos con inteligencia emocional, resiliencia y amabilidad.

- 6.- Tú no eres tu dolor: desarrollar emociones positivas ante las sensaciones de dolor.

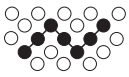
- 7.- Aprender a ser compasivo y autocompasivo. Nos querernos, abrazamos y respetamos.

- 8.- Practicando la bondad amorosa. Reflexión sobre todo lo aprendido.

Se resaltan como características de este programa que es dinámico y experiencial, al llevarse a cabo en el cuerpo, es psicoeducativo de carácter grupal y estructural, al sostenerse en una estructura bien planificada y adaptada al grupo, diseñando cada sesión con gran cuidado, siendo su transversalidad otra característica al integrarse en base a las observaciones y manifestaciones realizadas por el grupo.

Las distintas variables dependientes evaluadas fueron la ansiedad estado/rasgo, las seis subescalas que integran el concepto de bienestar psicológico, el valor de intensidad del dolor, la satisfacción con la vida y la atención y conciencia plena como variables cuantitativas discretas.

(Ver Anexo Tabla 3)



María Teresa Vazquez Resino

Análisis de Datos. Resultados.

Se estableció para su análisis un modelo lineal general polivariado, debido al número de la muestra (<30) y a su ausencia de distribución normal, se realizaron pruebas no paramétricas, utilizando para ello la prueba W de Wilcoxon (1945).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos prueba Wilcoxon (N=12). (Ver Anexo)

*Estadísticamente significativo en $p \leq 0.05$.

M= Media; DT= Desviación típica

Aunque, los estadísticos descriptivos presentados en la tabla 4, son suficientemente representativos, a continuación y como complemento a la misma, se exponen la tabla relativa a los rangos de las pruebas, obtenidos a través de las diferencias de respuesta (pre-post) en cada una de las variables estudiadas.

Tabla 5. Estadísticos Rangos de Prueba Wilcoxon para muestras relacionadas (N=12). (Ver Anexo)

Es significativo observar como aumentan el rasgo de respuestas positivas en las variables relativas a bienestar subjetivo, satisfacción vital y como disminuyen contrariamente (aumentan las respuestas negativas) en las variables relativas a las medidas de ansiedad, manteniéndose un equilibrio de respuestas (empates, que no se tienen en cuenta para los cálculos) dentro de la variable dolor.

DISCUSIÓN

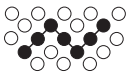
Tras la revisión teórica realizada en la introducción del presente estudio, se ha comprobado que el desarrollo de programas enfocados a tomar conciencia de los diversos cambios tanto físicos, cognitivos, emocionales y/o sociales que acompañan el envejecimiento y

destinados a desarrollar una actitud de aceptación (no reacción) así como de fomentar emociones positivas, autonomía, autocontrol, etc., generan en la persona mayor un sentido de bienestar y satisfacción con la vida al dotarle de mayores recursos mentales y psicológicos ante situaciones difíciles y adaptación a los cambios y estresores que se van produciendo. Teniendo en cuenta estas premisas, en el presente estudio se han analizado variables relacionadas con los niveles de ansiedad, bienestar subjetivo, intensidad de dolor, atención y conciencia plena, así como de satisfacción con la vida, antes y después de la aplicación de un programa de Mindfulness, donde durante ocho semanas se ha venido profundizando con los conceptos relacionados con dichas variables, describamos a continuación lo que nos aportan los datos obtenidos.

Con las limitaciones de generalización que conlleva cualquier estudio de naturaleza cuasiexperimental realizado en un contexto aplicado, los resultados obtenidos, por un lado, aportan solidez a la evidencia científica existente, y por otra, contribuye al análisis de recursos psicológicos que acompañan a programas centrados en la persona mayor en centros residenciales, contribuyendo así a hacerles más eficaces.

Los resultados constatan una reducción significativa en ansiedad, en consonancia con otros modelos como el desarrollado y mencionado de Helmes y Ward (2017), el programa administrado facilitaba recursos ante el estrés, creencias, pensamientos y distorsiones cognitivas, fuertemente arraigadas, por ello a la persona mediante la meditación se le ha hecho consciente de esos momentos y sus sensaciones corporales de paz y ecuanimidad en el cuerpo, lo cual se hace patente en los resultados obtenidos; además e importante constatar la variable de exposición, intrínseca en este tipo de terapia y que propicia la observación sostenida, sin juzgar y por ello se ha demostrado como ayuda a reducir la reactividad emocional, Kabat-Zinn (1990, 2003) y por tanto las relaciones asociadas a la ansiedad. Resaltar que en dos personas del grupo la ansiedad diferencial con el resto del grupo, se ha hecho patente de manera observable.

Por otro lado, la intención y objetivo fundamental de este estudio era verificar el bienestar subjetivo y el aumento de la satisfacción vital, habiéndose demostrado con los datos obtenidos el aumento significativo en todas las



Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

áreas de evaluación, tras la aplicación del programa. Pasemos a analizar estos datos con mayor atención.

Con el programa de Mindfulness se han tratado condiciones de bienestar, así como de la felicidad eudemónica, es decir estado de placer vinculado a la salud mental y más perdurable en el tiempo. Como se ha visto al inicio, son muchos los programas que tratan de incidir en este terreno, el programa aquí desarrollado ha tratado de vincular claves como la regulación emocional, empatía, valores y conciencia plena con ese bienestar personal y significado vital que muchos de ellos denominan felicidad.

Un bienestar psicológico equilibrado y un buen funcionamiento mental conlleva unas necesidades satisfechas, estas personas mostraban un déficit de relaciones de vinculación: soledad, apego, de pertenencia e intimidad e incluso algunas personas nos comunicaban la sensación de aislamiento, indicaban estar en el centro residencial como una especie de “castigo” y en algunos casos en contra de sus deseos, generando muchas de ellas emociones negativas de frustración, rabia o resignación. Se ha trabajado la auto-aceptación o actitud positiva hacia el yo, con el desarrollo del concepto de compasión y autocompasión en todas las sesiones, la importancia de haber tenido y tener un objetivo en la vida y hacerlo consciente, creando sensaciones positivas en cada una de ellas. La autonomía se ha trabajado con los valores del respeto, la coherencia y aprender a escuchar, creando en muchos de ellos confianza y seguridad.

El concepto del dominio del entorno se ha vinculado con prácticas meditativas donde se ha introducido la importancia de la autoeficacia en momentos difíciles, y haciéndoles conscientes de como en esas historias de vida “complicadas”, les ha servido de aprendizajes para el futuro, adoptando y creando responsabilidad para inmediatos momentos difíciles. Las relaciones positivas, han sido también analizadas en las sesiones bajo el prisma del perdón y la gratitud, generando prácticas de gran emotividad. El crecimiento positivo se ha plasmado en la conciencia de emociones positivas en procesos de cambio. Los resultados en estos aspectos, no ofrecen ninguna duda, la personas mayores nos han ofrecido una lección de vida en cada sesión, con su confianza, su atención desinteresada y sobre todo con esa paciencia y gratitud que les hace

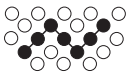
paradójicamente tan vulnerables y fuertes a la vez.

En los programas de Diener y Lucas (1999) o de Ryff (1995), se constatan la relevancia de los afectos positivos, la coherencia vital, y la importancia de relaciones positivas o de pertenencia tanto familiares como sociales, por ello la importancia de seguir trabajando en esa línea y en estos contextos psico-sociales en concreto.

En relación con la satisfacción vital se han trabajado conceptos relacionados con la resiliencia, propósitos en la vida, la importancia de tener metas significativas, y los resultados han sido altamente gratificantes y sorprendentes, porque todos ellos no solo han manifestado una gran satisfacción vital, sino el deseo también de volver a involucrarse y repetir estos talleres, no obstante todos ellos nos han indicado que dando un repaso atrás en su vida, volverían a cambiar alguna “cosa”, pero que también les ha servido de aprendizaje para el futuro, no arrepintiéndose de nada, sin juzgar: eso es Mindfulness.

Otro de los objetivos era establecer una disminución de la percepción en la intensidad del dolor al concluir el programa, este objetivo no se ha visto cumplido. Este aspecto puede deberse a que sólo una sesión fue dedicada a este concepto (sesión 6), y aunque la compasión y autocompasión (conceptos centrales del programa), iban muy unidos al concepto de “abrazar el dolor”, la conexión interpersonal, la regulación emocional y la claridad del pensamiento, el equilibrio entre ellas no ha producido la respuesta reflexiva deseada, y por tanto no se han gestionado adecuadamente los recursos dirigidos al afrontamiento de dichas situaciones personales. Aunque el programa ha extraído aspectos subjetivos del modelo actual MBPM, (Burch, 2001), es obvio que no se ha manejado adecuadamente el cambio en la evaluación cognitiva y emocional ante el dolor y la enfermedad que se realiza sobre sí mismo, debiéndose incidir en los aspectos valorativos y emocionales de aceptación y no evitación, y por tanto en dar mayor apertura el espectro de los movimientos conscientes corporales y las sensaciones y emociones positivas que producen en su realización.

Por último el aspecto relativo a la atención y conciencia plena desarrollados en el programa, se ve verificado



María Teresa Vazquez Resino

parcialmente, ya que no se confirma el aumento de las variables de atención al exterior y apertura a la experiencia, lo que reduciría el aspecto de autonomía personal del mayor, sin embargo si aumenta la autoregulación y percepción interior, lo cual nos indica un mayor autocontrol personal “insight”. Realmente estos datos son coherentes, si los comparamos a los obtenidos en autonomía, crecimiento personal y autoeficacia, como aspectos implicados en el bienestar subjetivo. A la persona mayor se le ha dotado, con el desarrollo de la atención plena, de mayor conciencia emocional y valor al presente que vive y aunque las pretensiones eran ambiciosas, tampoco se ven mermadas con estos resultados, ya que el Mindfulness es multidimensional (Soler, 2014), y no existe una única dimensión de atención y aunque estos datos apoyen en parte la denominada “mente de mono”, la distracción, y por ende la red neural por defecto, que hace difícil al mayor volverle a su realidad, los resultados evidencian una gran aceptación y autopercepción, incluso se iría más allá, ya que en algunos casos se ha realizado una verdadera introspección de sí mismos, con la práctica de la meditación.

Puede concluirse que los resultados hallados tras la aplicación del programa, han sido efectivos en la mayoría de las variables estudiadas, siendo el análisis del dolor el menos beneficiado, evidenciando que dicho aspecto del programa debe ser revisado en el mismo, sin embargo se destacan los buenos resultados obtenidos en relación al nivel de ansiedad, bienestar y satisfacción vital.

ASPECTOS A MEJORAR. LÍNEAS FUTURAS.

Aunque los datos aportados se presentan prometedores, se hacen necesarios estudios más amplios, que puedan examinar los datos a largo plazo, ya que estos efectos destacables, deben perdurar con la práctica de Mindfulness en el tiempo, si tenemos en cuenta que estas personas, con edades avanzadas, son vulnerables a los olvidos e inestabilidad cognitiva, se necesitaría una red de apoyo para estimular su uso continuo en el ámbito residencial y poder evaluar sus efectos en meses posteriores, como se estableció en la presentación del estudio (tres meses más tarde).

Por otro lado, se deben ampliar en dichos programas

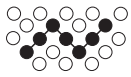
el tiempo dedicado a la aceptación y gestión del dolor, debiendo ampliarse las semanas del programa o desarrollando sesiones de más larga duración, con meditaciones más continuas y progresivas en el tiempo e incluso se recomienda modificar el test de evaluación en atención plena a personas mayores por su dificultad de comprensión en algunos de los conceptos indicados.

Otra idea destacable, que mejoraría el presente estudio, es sin duda la utilización de un grupo control para determinar si los efectos obtenidos se deben al programa, o a otras variables, como el sentirse escuchado, expectativas y habilidades del terapeuta, etc., no se puede obviar que además de establecer una práctica de atención y conciencia, se ha desarrollado una “terapia grupal”, donde la escucha, contagio de emociones y afectos se han hecho evidentes.

Además, se debería ampliar el tamaño de la muestra, para poder determinar si los cambios en relación a las medias podrían ser significativas si se aumentara el número de personas evaluadas, por tanto se deben tomar las conclusiones del estudio, con cierta precaución.

Por último, el estudio se ha focalizado en un grupo con variables biográficas y socio-demográficas concretas, se debería replicar en otros centros residenciales de otras zonas y comparar los datos contextuales, en base a esas diferencias.

Al margen de las limitaciones mencionadas, este programa no sólo ha mostrado consideraciones psicológicas importantes, igual que otros estudios basados en psicología positiva (Seligman, 2006 citado en Cuadra-Peralta y cols, 2012, p.646) o fortalecimiento de bienestar subjetivo, Alvarado, y cols. (2017), sino que además se incide en aspectos relativos a la prevención primaria y promoción del bienestar en las personas mayores que pueden marcar el inicio de líneas futuras en esta área. Teniendo en cuenta que los programas focalizados en un envejecimiento digno son muy escasos, en España son pocos los estudios que existen en esta población y la práctica de Mindfulness y en concreto los basados en centros residenciales; por ello se debería incidir en la importancia de la atención, la escucha y el acompañamiento, como punto de partida de un envejecimiento exitoso, activo y saludable en



Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

personas mayores y que sienten las bases para futuros programas, centrados en este colectivo.

CONCLUSIONES

Por la relevancia e importancia de los resultados, se puede concluir que el estudio presentado ayuda a constatar varios aspectos significativos; concretamente a nivel teórico se obtienen dos beneficios importantes: por un lado es el de seguir disfrutando y dotar de significado a la vida presente de nuestros mayores, por lo cual se considera que el estereotipo de asemejar personas mayores con personas tristes o infelices es erróneo, ya que se ha demostrado una gran capacidad de disfrute y niveles adecuados de bienestar subjetivo, además de hacer presente las experiencias pasadas como afrontamiento y aprendizaje para acontecimientos futuros.

Por otro lado, y relacionado al beneficio mencionado anteriormente, se ha dotado de recursos personales con los cuales enfrentarse de manera más óptima a estresores o acontecimientos habituales de manera que consigan adaptarse mejor e incluso mantener un nivel aceptable de bienestar y satisfacción (Baltes y Baltes, 1990; Knight, 1986 citado en Montoro y Fernández, 1997).

A nivel práctico, se evidencia:

- Una reducción de los costos de salud, al mejorar la longevidad y tomar conciencia del significado y valor vital.
- El fomento de un envejecimiento activo, al implicar una mejora en los procesos cognitivos (red neural de la atención mindful) y por ende un mayor control, seguridad y autonomía personal.

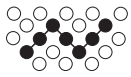
Se constata la importancia de conceptos como la autopercepción personal, crecimiento, relaciones personales y por ende significado vital en el envejecimiento exitoso practicando atención plena y de esta manera y suscribiendo a D'Ors (2012) podemos concluir: "Viviré desde la ética de la atención y el cuidado y llegaré así a una feliz ancianidad, donde contemplaré humilde y orgulloso, el pequeño y gran huerto que he cultivado". p.108.

Agradecimientos

Al personal de la Residencia San Juan de Dios de Madrid, sobre todo a su directora, psicólogas, terapeuta ocupacional y auxiliares que hicieron posible el desarrollo del estudio y sobre todo a las personas mayores por su entusiasta colaboración y participación en el programa.

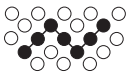
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., y Puyol, R. (2018). Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. [Mensaje en blog <https://envejecimientoenred.es>]. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
2. Alonso, M., y Germer, C.K. (2016). Autocompasión en Psicoterapia y el Programa Mindful Self Compassion: ¿Hacia las terapias de cuarta generación?. *Revista de Psicoterapia*. 27(103),169-185.
3. Alvarado, X., Toffoletto, M.C., Oyanedel, J.C., Vargas, S., y Reynolds, K. (2017). Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores. *Artigo original*.26,(2). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/es_0104-0707-tce-26-02-e5460015.pdf
4. Anguera, M.T., Arnau, J., Ato, M., Martínez, R., Pascual, J., y Vallejo, G. (s/f). *Métodos de Investigación en Psicología*. Madrid: Editorial Síntesis.
5. Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida. *Psicothema*.12 (2), 314-319.
6. Ballesteros, R., y Zamarrón, M.D. (1999). Evaluación en la vejez: algunos instrumentos. *Clínica y Salud*. 10(3), 245-286
7. Ballesteros, S. (2007). *Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Madrid: UNED.
8. Ballesteros, S. (2016). *Factores Protectores del envejecimiento cognitivo*. Madrid: UNED.
9. Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y Mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37(155-156), 43-63.
10. Batts, A., Goldwasser, E.R., y Leary, M. (2012). Self-Compassion and Well-being among Older Adults. *National Institutes of Health Public Access*.11(4): 428-453. doi:10.1080/15298868.2011.595082.
11. Burch, V. (2013). *Tú no eres tu dolor*. Barcelona: Editorial Kairós.
12. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2018). *Experto en Mindfulness para la intervención clínica y social*. Material no Publicado.
13. Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., y Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão e Crítica*. 25 (4), 644-652. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/188/18825219003/>
14. Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle C., van Dierendonck D. (2006).



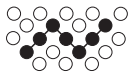
María Teresa Vazquez Resino

- Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff.18(3), 572-577. Recuperado de www.psicothema.com/pdf/3255.pdf
15. Diener, E. (1994). El Bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
 16. D'Ors, P. (2012). *Biografía del Silencio*. Madrid: Ediciones Siruela.
 17. Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Envejecer bien: Qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Pirámide.
 18. Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
 19. Fernández, M.A., Ávila, M., López, .A., Zea, M.A., y Frades, B. (2015). Propiedades psicométricas de una nueva versión abreviada del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para valorar el nivel de ansiedad en personas mayores. *Neurología: Publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología*, 30(6), 352-358.
 20. Flecha, A.C. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Revista Interuniversitaria*, 25, 319-341. doi: 10.7179/PSRI_2015_25.14.
 21. Germer, G., Siegel, R., y Fulton, P. (2013). *Mindfulness y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée Self-CompassioninClinicalPractice
 22. Germer, C.K., y Neff, K. (2013).Self-Compassion in ClinicalPractice. *Journal of Clinical Psychology*. 69(8),1-12.
 23. Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 24. Hanh, T.N. (2001). *Estás aquí. La magia del momento presente*. Barcelona: Editorial Kairós.
 25. Hanh, T.N. (2007). *Felicidad Prácticas esenciales de plena consciencia*. Barcelona: Editorial Kairós.
 26. Hanh, T.N. (2007). *El milagro de Mindfulness*. Barcelona: Ediciones Oniro.
 27. Hayes, S.C. (2004). *Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies*. Nueva York: Guilford Press.
 28. Hayes, S.C, Strosalh, K., y Wilson, K.G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 29. Henepola, B. (2002). *El libro de Mindfulness*. Barcelona: Editorial Kairós.
 30. Herrero, V., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, M.V., y Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor. revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 25(4), 228-236. doi: 10.20986/resed.2018.3632/2017.
 31. Juan, I. (s.f). *Mindfulness y Autocompasión: El arte de cuidarse a uno mismo*. [Mensaje en blog Intimind.es]. Recuperado de: <https://intimind.es/Mindfulness-y-autocompasion-el-arte-de-cuidarse-a-uno-mismo/>
 32. Kabat-Zinn, J.(1990). *Full Catastrophe Living*. New york: Delta. Edición en Castellano: *Vivir con plenitud las crisis*. (2003). Barcelona: Editorial Kairós.
 33. Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Editorial Kairós.
 34. Kabat-Zinn, J. (2011). *El poder curativo de la meditación*. Barcelona: Editorial Kairós.
 35. Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona: Editorial Kairós.
 36. Kaliman, P. (2017). *La ciencia de la meditación. De la mente a los genes*. Barcelona: Editorial Kairós.
 37. Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., y McGarvey, M. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport: For Rapid Communication of Neuroscience Research*, 16(17),1893-1897. doi:10.1097/01.wnr.0000186598.66243.19.
 38. Linehan, M. (1993). *Manual de Tratamiento de los trastornos límite de Personalidad*. Barcelona: Paidós.
 39. Miró, T. (2006). La Atención Plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67),31-76. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2389792>
 40. Miró, T., y Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 41. Montoro, I., y Fernández, M.I. (1997). La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más?. *Intervención Psicosocial*, 6(1).
 42. Neff, K. (2012). *Sé amable contigo mismo*. Barcelona: Ediciones Oniro.
 43. Ortuño, R. (2017). Los sistemas de regulación emocional según Paul Gilbert. Emociones positivas. Recuperado de: <https://emocionespositivas.com/2017/08/30/los-sistemas-de-regulacion-mocional-segun-paul-gilbert/>
 44. Páez, D. (2008). *Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental*. Manuscrito no publicado. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
 45. Palao, A., Torrijos, M., Del Río, M., Muñoz-San José, A y Rodríguez, B. (2019). Intervenciones Basadas en Mindfulness y Compasión en Dolor Crónico. *Riecs*, 4(S1). Recuperado de: <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/130/167>
 46. Palomas, M.T. (2015). *Mindfulness para mayores*. Barcelona: Editorial Kairós.
 47. Parra, M., Montañés, J., Montañés, M., y Bartolomé, R. (2012). Conociendo Mindfulness. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27. Recuperado de: <file:///C:/Users/mvazquezr/Downloads/Dialnet-ConociendoMindfulness-4202742.pdf>
 48. Pérez, MA., y Botella L.(2006). Mindfulness y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*.17(2),77-120.
 49. Pérez-Verduzco, G., y Laca-Arocena, F. (2017). Traducción y validación de la versión abreviada del Freiburg Mindfulness Inventory (FMI-14). *Revista Evaluar*, 17(1). Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/17076>
 50. *Programs for Mindful Living*. (2015). *Mindfulness and the Elderly. An Overview for the Elderly and Their Caregivers*. Recuperado de: https://www.programsformindfulliving.org/uploads/7/1/8/0/71807795/Mindfulness_and_the_elderly.pdf
 51. Quintana, D.J., y Miró, T. (2015). Estimulación basada en Mindfulness para personas mayores con enfermedad de alzheimer u otras demencias. *Papeles del Psicólogo*. 36(3), 2017-215
 52. Ramos, N., y Milena, S. (2008). Inteligencia emocional y Mindfulness; hacia un concepto integrado de la inteligencia emocional. *Revista de Facultad Trabajo Social*. 24(24), 135 - 146. Recuperado de: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/251>
 53. *Respira Vida Breathworks* (s.f). Programa Mindfulness para la Salud MBPM. Recuperado de: https://www.respiravida.net/?gclid=CjwKCAjwqfDIBRBDEiwAigXUaHrI9UY1RxGRmluuydKMFyjkqAHL-Hvn99qShW9LnqOH_YvNAdIWBocGasQAvD_BwE
 54. Rodríguez, B., y Fernández, A. (2012). *Terapia Narrativa basada en Atención Plena para la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 55. Rodríguez, N. (2017). Mindfulness: Instrumentos de Evaluación. Una revisión bibliográfica. *Psocial*. 3(2), 46-65.
 56. Ruiz, R., Pagerols, M., y Ferrer I. (1990). The spanish



Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

- pain questionnaire. *Pain*, 41(1), 304. doi:10.1016/0304-3959(90)92723-4
57. Ruiz, R., Pagerols M., y Ferrer I. (1991). El cuestionario del dolor en español. *Med Clin (Barc)*, 96(196).
 58. Santiago, L. (2017). Programación de atención plena en mayores. (TFM). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Jaén. Jaén.
 59. Santed, M.A., Segovia, S., y Alonso, M. (2018). *Mindfulness: Fundamentos y Aplicaciones*. Madrid: Editorial Paraninfo, S.A.
 60. Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J. (2002). *Terapia cognitiva basada en el Mindfulness para la depresión*. Barcelona: Editorial Kairós.
 61. Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J., y Kabat-Zinn, J. (2010). *Vencer la depresión*. Barcelona: Editorial Paidós.
 62. Segovia, S. (2017). *Mindfulness: un camino de desarrollo personal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 63. Shapiro, S., Astin, J., y Bishop, S. (2005). "Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial", *International Journal of Stress Management*. 12(2), 164-76.
 64. Siegel, R. (2010). *La solución Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 65. Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*. La Rioja, 17(66-67), 5-30. Recuperado de https://psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2015/11/Mindfulness_y_neurobiologia.pdf
 66. Simón, V. (2010). Mindfulness y Psicología: Presente y Futuro. *Información Psicológica*, (100), 162-170. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/109/93>
 67. Simón, V. (2011). *Aprende a practicar Mindfulness. Y abrir el corazón a la sabiduría y la compasión*. Madrid: Artes Gráficas Cofás, SA.
 68. Sociedad Española de geriatría y gerontología. (2014). *Manual para la promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia*. Recuperado de <https://www.segg.es/media/descargas/PromocionAutonomia.pdf>
 69. Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: Tea Ediciones.
 70. Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Journal of Cognition and Emotion*. 2, 247-274. doi:10.1080/02699938808410927
 71. Tomás, J.M., Meléndez, J.C., Oliver, A., y Zaragoza, G. (2010). Efectos de método en las escalas de Ryff: Un estudio en población de personas mayores. *Psicológica*, 31, 383-400.
 72. Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 79(1), 42-51. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es.
 73. Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*. 27(2), 92-99.
 74. Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*. 30(2), 23-29.
 75. Wilcoxon, F. (1945) "Individual Comparisons by Ranking Methods". *Biometrics* 1, 80-



María Teresa Vazquez Resino

Tabla 1. Intervenciones clínicas que incluyen Mindfulness en sus tratamientos.

	Tratamientos	Intervenciones	Autores
MBSR	Mindfulness basado en reducción del estrés.	Estrés, dolor crónico	Kabat-Zinn, J (1990)
MBCT	Mindfulness basado en terapia cognitiva.	Recaídas depresión (TDM), prevención ideación suicida.	Segal, Teasdale, y Williams (1991)
DBT	Terapia dialéctico conductual.	Trastorno Límite Personalidad (TLP)	Linehan, M (1993)
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso	Estrés, Ansiedad.	Hayes, Strosahl y Wilson (2014)

Tabla 2. Descriptivos de la muestra (N=12)

	Descriptivos	n	%
Sexo	Hombres	4	33,3%
	Mujeres	8	66,7%
Nivel educativo	Estudios Primarios	8	66,7%
	Estudios Medios	4	33,3%
Estado civil	Soltero	3	25,0%
	Casado	2	16,7%
	Vuido	7	58,3%

Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

Tabla 3.- Descripción Programa de intervención.

Sesión	Objetivo de la sesión	Psicoeducación	Prácticas a desarrollar	Tareas semanales
1	Crear un ambiente de confianza y tranquilidad Tratamiento de confidencialidad Presentación del Programa ¿Qué esperamos del Programa?	.- Cómo funciona nuestra mente? .- Mente de mono .- Juicios y diálogo interno .- ¿Qué es Mindfulness?	.- Práctica de alimentación consciente .- Práctica de atención a la respiración	.- Práctica informal: Atención a la respiración (audio grabado) .- Comer con atención
2	Entrenar el músculo de la atención Desarrollo de las sensaciones corporales Restablecer la unidad cuerpo/mente	.- Mente de Principiante .- Centrarse en el momento presente sin juzgar .- Prestar atención al propio cuerpo .- Vídeo: Claridad Mental	.- Espacio de respiración .- Focalización en la respiración .- Estiramientos sedentes	.- Inventario de acontecimientos agradables: Buscar fotos emotivas
3	Responder en vez de reaccionar No resistencia	.- ¿Qué es el estrés? .- El piloto automático .- Escala de pensamiento negativo .- Vídeo del estrés por Disney	.- Espacio de respiración .- Focalización en la respiración	.- Stop pensamientos desagradables .- Ir a misa con atención plena
4	Ser amables con nuestros pensamientos Desidentificar estados de ánimo negativos	.- Yo no soy mis pensamientos .- Dejar ir, dejar pasar .- Vídeo del samurai y la mosca	.- Espacio de respiración .- Meditación de los pensamientos (Tara Branch)	.- Atención plena al afeitarse
5	Manejar emociones y sentimientos difíciles	.- Suavizar-calmar-permitir .- La resiliencia y Víctor Frankl .- Vídeo el hombre en busca de sentido (reseña animada) .- Vídeos entrevistas a Irene Villa	.- Espacio de respiración .- <i>Body-scan</i> compasivo .- Práctica ante la ansiedad: suavizar-calmar-permitir	.- Pasear con atención plena
6	Tú no eres tu dolor	.- Pensamientos catastróficos .- Los 5 pasos del dolor .- La espiral del dolor .- Vídeo el hombre que susurraba a los caballos	.- Espacio de respiración .- Práctica de compasión	.- Ver el corto: "El valor de las pequeñas cosas"
7	Aprender a ser compasivo y autocompasivo Desarrollar empatía	.- Neuronas espejo .- RAIN y compasión .- Vídeo el abrazo de Wounda	.- Audio respiración: la sonrisa interior	.- Escucha activa
8	Repasar todo lo trabajado Animar a continuar las prácticas Finalizar desarrollando gratitud y bondad	.- El bienestar subjetivo .- El crecimiento personal .- La esencia de la autoeficacia	.- Audio de bondad amorosa .- Poema de Ángel González .- Canción de Diana Navarro: "Me amo y me acepto completamente"	.- Momento de reflexión: una palabra que sintetice el taller .- Merienda consciente

María Teresa Vazquez Resino

Tabla 4. Estadísticos descriptivos prueba Wilcoxon (N=12).

Prueba	Variables Dependientes	Pre M (DT)	Post M (DT)	Z	p (sig*)
STAI	Ansiedad-Rasgo	32,08 (7,92)	29,25 (6,02)	-2,28	,011*
	Ansiedad-Estado	30,75 (9,16)	25,75 (4,24)	-2,53	,023*
RYFF	Bienestar (autoaceptación)	17,00 (6,31)	20,58 (4,48)	2,56	,011*
	Bienestar (relaciones positivas)	18,00 (1,90)	20,83 (3,88)	2,82	,005*
	Bienestar (autonomía)	20,42 (6,05)	24,25 (4,75)	2,20	,028*
	Bienestar (dominio entorno)	22,33 (2,74)	24,75 (3,05)	2,61	,009*
	Bienestar (cto. Personal)	16,67 (3,96)	23,50 (3,31)	3,07	,002*
	Bienestar (Propósito de vida)	21,58 (5,16)	23,33 (4,40)	2,38	,017*
FMI-14	Atención	13,17 (1,85)	13,17 (1,85)	0,00	1,00
	Aceptación	19,17 (2,29)	19,17 (2,29)	0,00	1,00
	Autocontrol	9,42 (1,38)	10,17 (1,40)	2,71	,007*
	Autopercepción	2,50 (0,90)	2,83 (0,83)	2,00	,046*
CDE	Intensidad sensorial	5,42 (2,06)	4,83 (1,19)	-1,59	,112
	Intensidad afectiva	3,75 (1,96)	3,92 (1,44)	0,71	,480
	Intensidad evaluativa	0,83 (0,39)	0,92 (0,29)	1,00	,317
	Intensidad actual	2,67 (1,07)	2,58 (1,16)	-0,45	,655
	Escala visual analógica	4,17 (1,64)	4,00 (1,28)	-0,71	,480
DIENER	Satisfacción vital	24,83 (6,78)	28,83 (6,20)	-2,81	,005*

*Estadísticamente significativo en $p \leq 0.05$.

M= Media; DT= Desviación típica

Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

Tabla 5. Estadísticos Rangos de Prueba Wilcoxon para muestras relacionadas (N=12).

Prueba	VARIABLES Dependientes	Rangos negativos	Rangos positivos	Empates	Rango Promedio	Suma de Rangos
STAI	Ansiedad-Rasgo	8,00	0,00	4,00	4,50	36,00
	Ansiedad-Estado	11,00	1,00	0,00	16,18	78,00
RYFF	Bienestar (autoaceptación)	1,00	9,00	2,00	8,33	55,00
	Bienestar (relaciones positivas)	1,00	11,00	0,00	10,37	78,00
	Bienestar (autonomía)	2,00	8,00	2,00	9,13	55,00
	Bienestar (dominio entorno)	1,00	9,00	2,00	7,89	55,00
	Bienestar (cto. Personal)	0,00	12,00	0,00	6,50	78,00
	Bienestar (Propósito de vida)	1,00	10,00	1,00	12,40	67,00
FMI-14	Atención	0,00	0,00	12,00	0,00	0,00
	Aceptación	0,00	0,00	12,00	0,00	0,00
	Autocontrol	0,00	8,00	4,00	4,50	36,00
	Autopercepción	0,00	4,00	8,00	2,50	10,00
CDE	Intensidad sensorial	7,00	1,00	4,00	11,14	36,00
	Intensidad afectiva	2,00	3,00	7,00	5,83	15,00
	Intensidad evaluativa	0,00	1,00	11,00	1,00	1,00
	Intensidad actual	3,00	2,00	7,00	9,67	36,00
	Escala visual analógica	3,00	2,00	7,00	5,83	15,00
DIENER	Satisfacción vital	2,00	6,00	4,00	9,50	36,00

DESCUENTO
DEL 5% A

SOCIOS DE:
AEPG, AEEN
AEC y SEEGG

7ª Convocatoria

Manejo de comportamientos difíciles en la enfermedad de Alzheimer

Modalidad A Distancia

Recomendado para:

* Estudiantes y Licenciados de:

- Psicología
- Terapia Ocupacional
- Enfermería
- Medicina
- Trabajo social
- Logopedia
- Sociosanitaria

* Gerocultores / as

* Personal SAD

* Cuidadores / Familiares de
Enfermos de Alzheimer

Matriculación

65 € / 40 horas

Material: Manual de trabajo,
Prueba de conocimientos y
Tarjeta de tutorización

Fechas / Periodos de Inscripción

Edición	Inicio	Finalización
4ª Convocatoria	01/03/2019	01/06/2019
5ª Convocatoria	01/06/2019	01/09/2019
6ª Convocatoria	01/09/2019	01/12/2019
7ª Convocatoria	01/12/2019	01/03/2020

* Se entregará certificado de capacitación

INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN

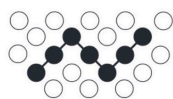


654 59 95 19



info@neurama.es

Organiza



neurama
revista electrónica de
psicogerontología

Recomendado por



Asociación Española
de Psicogerontología



Asociación Española de
Enfermería en Neurociencias

Avalado por



Sociedad Española de Enfermería
Geriátrica y Gerontológica

Avalado por



ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA

Recomendado por



geriatricarea