



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA Y SALUD

**FOMENTO DE LA ESPERANZA Y EL BIENESTAR EN LOS ADULTOS MAYORES**

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
DOCTORA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:  
MARCELA SÁNCHEZ ESTRADA

DIRECTORA  
DRA. CATALINA FRANCISCA GONZÁLEZ FORTEZA  
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR  
DRA. REBECA ROBLES GARCÍA  
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA  
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MÉXICO, D. F.

MAYO 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

Resumen	5
Introducción	7
1. Envejecimiento	9
1.1 Datos demográficos mundiales	9
1.2 Datos demográficos de América Latina y el Caribe	11
1.3 Situación demográfica actual y proyecciones de México	13
1.4 Estudio de la vejez	18
1.5 Definiciones: envejecimiento y vejez	18
1.6 Teorías sobre el envejecimiento	20
1.6.1 Teorías biológicas	20
1.6.2 Teoría del ciclo vital	23
1.7 Características psicológicas y sociales de los Adultos Mayores	24
1.8 Estudios y datos de atención de los Adultos Mayores en México	27
2. Bienestar	34
2.1 Psicología positiva	35
2.1.1 Clasificación y criterios de las virtudes, las fortalezas y los aspectos situacionales	37
2.2 Aportaciones de la economía al Bienestar	45
2.3 Bienestar subjetivo	47
2.4 Aportaciones de la psicología al estudio del Bienestar	53
2.5 Aspectos positivos del Bienestar: Índice WHO-Five	55
2.6 Intervenciones dirigidas al fomento del Bienestar	57
2.6.1 Propuesta de Fordyce	59
2.6.2 Propuesta de Fava	60
2.6.3 Propuesta de Frisch	62
2.6.4. Características y efectos de las intervenciones en AM	66
2.7 Variables asociadas al Bienestar	70
2.8 Esperanza	70
2.8.1 Modelo de Snyder	72
2.8.2 Mediciones de la esperanza	75

2.8.3	Intervenciones dirigidas al fomento de la esperanza	78
2.8.4	Esperanza y bienestar	85
2.9	Salud percibida	86
2.9.1	Mediciones de salud percibida	
	Escala de salud física (SF-36)	88
2.9.2	Salud percibida y bienestar	90
2.10	Espiritualidad	93
2.10.1	Definición	94
2.10.2	Mediciones de espiritualidad:	
	Escala de bienestar espiritual (EBE)	94
2.12.2	Espiritualidad y bienestar	95
2.11	Depresión	99
2.11.1	Datos epidemiológicos	100
2.11.2	La depresión en México	104
2.11.3	Escala de depresión geriátrica (EDG)	106
2.11.4	Depresión y bienestar	107
2.12	Bienestar, esperanza, salud percibida, espiritualidad y depresión	110
3	Método	111
	Justificación	111
	Preguntas de investigación	116
	Hipótesis	116
	Definición conceptual de variables	117
	Definición operacional de variables	118
	Investigación	
	Estudio 1: Construcción y validación de la Escala de Esperanza	120
	Objetivo	120
	Participantes	121
	Instrumentos	122
	Procedimiento	123
	Criterios de inclusión	123
	Criterios de exclusión	123
	Consideraciones éticas	123
	Análisis estadísticos	124

Resultados	124
Estudio 2: Esperanza, espiritualidad, salud percibida y depresión como predictores del bienestar en una muestra de AM	128
Objetivo	128
Diseño de investigación	128
Método	
Participantes	128
Instrumentos	128
Instrumentos diseñados para el estudio	131
Procedimiento	132
Criterios de inclusión	133
Criterios de exclusión	133
Consideraciones éticas	133
Análisis estadísticos	134
Resultados	134
Estudio 3: Estudio piloto para el diseño e implementación de un programa de intervención para fomentar la esperanza y el bienestar en un grupo de AM	146
Objetivo	146
Diseño de investigación	146
Método	
Participantes	146
Instrumentos	147
Procedimiento	149
Intervención	149
Criterios de inclusión	151
Criterios de exclusión	151
Consideraciones éticas	152
Análisis estadísticos	152
Resultados	152
Discusión	157
Referencias	172
Anexos	

## Resumen

La investigación que se presenta tuvo dos objetivos: el primero fue analizar el poder predictivo de las variables esperanza, salud percibida, espiritualidad y depresión sobre el bienestar; se evaluó el componente cognoscitivo del bienestar subjetivo – Satisfacción con la vida- y el Índice de bienestar (Who-Five) que evalúa elementos positivos; en una muestra de Adultos Mayores (AM) en México. El segundo objetivo se basó en los resultados de los predictores del bienestar para desarrollar e implementar una intervención piloto dirigida a modificar los niveles de la esperanza (el mejor predictor) y del bienestar en un grupo de AM.

Para lograr los objetivos se llevaron a cabo tres estudios. En el primero se diseñó y validó un instrumento para evaluar la esperanza para este grupo poblacional en áreas pertinentes a su ciclo vital: manejo de la economía, salud, relaciones interpersonales, apoyo y proyección a futuro; además de los componentes generales de la esperanza.

En el segundo estudio se analizó el papel predictivo de las variables. Participaron 355 AM usuarios de tres Centros de Atención Integral (área de credenciales) y de 11 clubes del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) en la Ciudad de México. Los resultados mostraron que los AM fueron diferentes en todas las características socio-demográficas entre estos dos tipos de centros y también en la evaluación de las variables psicológicas; los AM de credenciales fueron más jóvenes (casi 10 años de diferencia), con mayor escolaridad, menor número de enfermedades diagnosticadas y menor acceso a los servicios de salud, con trabajo remunerado como principal actividad. Por su parte, los AM de clubes eran viudos en su mayoría y tenían un promedio de ocho años de asistir a este servicio; lo que sugiere en relación con su edad, que ingresaron al club con una edad cercana a los 65 años y que hay pocos ingresos de AM más jóvenes.

Debido a las diferencias entre los grupos (clubes y credenciales), los análisis de regresión se realizaron por separado. Los determinantes comunes para ambos grupos para el bienestar con el índice Who-Five fueron por orden de importancia: la esperanza y la depresión explicando el 43% y 52% de la varianza respectivamente. En ambas submuestras, la esperanza se relacionó positivamente con el bienestar y la depresión de manera negativa.

En el caso del bienestar evaluado con la escala de Satisfacción con la vida, los predictores para el grupo de clubes fueron: la esperanza y la salud percibida que en conjunto explicaron el 12% de la varianza; mientras que para el grupo de credenciales los predictores fueron esperanza, salud percibida y depresión que explicaron el 38% de la varianza total; y como era de esperarse, la depresión tuvo una relación negativa con el bienestar.

Estos resultados fueron acordes con investigaciones previas en las cuales se ha destacado la esperanza como predictor del bienestar (Davis, 2005; Mella et al., 2004; Park, Peterson & Seligman, 2004). En otros estudios se ha sugerido que la esperanza puede ser un aspecto a considerar en intervenciones dirigidas a impactar en el bienestar, por lo que para esta investigación, en el tercer estudio, se desarrolló y se implementó una intervención piloto breve dirigida a modificar los elementos cognoscitivos, emocionales y conductuales de la esperanza en AM. Los resultados cuantitativos demuestran que hubo cambios positivos en la salud percibida y los datos cualitativos sugieren que los cambios también se presentaron en el ámbito cognoscitivo y conductual de la esperanza en el ámbito de la salud.

## Introducción

La transición demográfica indica que en los siguientes 40 años el sistema de salud, los servicios y la sociedad tendrán que hacer frente a una situación de aumento constante de Adultos Mayores (AM) en el mundo, y México no es la excepción; actualmente se reconoce que el sistema de salud no está preparado para el reto que esto representa. Aunque éste es un fenómeno mundial, aún son escasas las propuestas que estudien elementos positivos de la población desde una perspectiva de prevención.

La presente investigación tuvo como base la psicología positiva; es decir, el estudio de elementos positivos relacionados con el bienestar de los AM en México; y variables descritas previamente relacionadas con éste como lo son: la esperanza, la salud percibida y la espiritualidad, y por su importancia en estudios epidemiológicos: la depresión.

En respuesta a las necesidades que actualmente presenta este grupo y como una alternativa de estudio e intervención, en la presente investigación se desarrolló una propuesta positiva de abordaje para esta población que requirió primeramente el diseño y validación de un instrumento de medición de la esperanza, la identificación de las variables predictoras del bienestar y una propuesta de intervención, para lo cual se realizaron tres estudios:

En el primer estudio se diseñó y validó un instrumento para evaluar la esperanza en AM, en la Ciudad de México.

En el segundo, se evaluó el bienestar y el carácter predictivo de las variables: esperanza, salud percibida, espiritualidad y depresión en una muestra de AM usuarios de los servicios del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).

Finalmente, con base en los resultados obtenidos, en el tercer estudio se diseñó una propuesta de intervención para el fomento de la esperanza como el mejor predictor del bienestar en el marco de la psicología positiva en AM.

En la primera parte de esta Tesis se presentan los aspectos más importantes del envejecimiento con datos epidemiológicos mundiales y nacionales así como las proyecciones para los siguientes 40 años del grupo de AM, las diferentes teorías biológicas que han tratado de explicar el envejecimiento, las características sociales y psicológicas de los AM, y por último los estudios que se han desarrollado en México a nivel poblacional.

Posteriormente se describe el desarrollo del constructo de bienestar y las aportaciones de distintas disciplinas al mismo, así como las propuestas de medición que se han desarrollado, seguido por las aportaciones de la psicología positiva y la definición e importancia de las variables: esperanza, salud percibida, espiritualidad y depresión en el estudio del bienestar.

La revisión de las intervenciones para el fomento de la esperanza incluye las aportaciones más recientes en el campo de la psicología positiva con diversas poblaciones.

Una vez abordados todos los aspectos teóricos se presenta la investigación y se describen en particular cada uno de los estudios respecto a sus objetivos, método y resultados, para finalmente presentar la discusión de los resultados obtenidos.

## 1. Envejecimiento

### 1.1 Datos demográficos mundiales

La población del mundo está envejeciendo, los avances en medicina y en tecnología de los últimos 50 años han influido para que la esperanza de vida en casi todo el mundo aumente aproximadamente unos 20 años. Se ha observado un aumento en la proporción de personas mayores de 65 años en diversos países, a estas poblaciones se les llama poblaciones envejecidas. A nivel mundial, en el año 2000 un 8% de la población eran mayores de 60 años, en las proyecciones para el 2025 se estima que será del 16% y para el 2050 del 20% en los países en vías de desarrollo. Aunque se han identificado que hay diferencias entre países, por sexo y características socio-demográficas, los países con poblaciones envejecidas más elevadas son los países occidentales y Japón (Bernis, 2004; Viveros, 2007).

La transición demográfica es un proceso de dos etapas: en el primero se observa la transición de altos a bajos niveles de mortalidad; mientras que en el segundo, se presenta el descenso de la fecundidad hasta que ambos niveles se mantienen bajos (Comisión Económica Para América Latina, 2007).

En el 2006 cerca de 500 millones de personas en el mundo tenían 65 o más años, para el 2030 el crecimiento se proyecta a un billón: uno de cada ocho habitantes en el mundo. En promedio el aumento de AM en el mundo es de 2% anual, y aunque el número es mayor en países desarrollados, los países en desarrollo tendrán un aumento del 140% para el 2030, mientras que para los desarrollados será del 51% (National Institute on Aging, 2007; Viveros 2007).

Este aumento se debe a (Viveros, 2007):

- Disminución en el número de hijos.
- Aumento de años de vida al nacimiento y en edades posteriores (por la disminución de la muerte materna e infantil).
- El cambio de incidencia de enfermedades infecciosas a crónico degenerativas.

El aumento en la esperanza de vida refleja una serie de cambios a nivel mundial aunque con diferentes patrones, los países menos desarrollados en América Latina y África han tenido un aumento desde la Segunda Guerra Mundial, salvo algunos casos por la epidemia de VIH/SIDA; y en Asia del Este la esperanza de vida aumentó de 45 años en 1950 a 72 en la actualidad.

Durante la última mitad del siglo XX la esperanza de vida se incrementó en promedio 20 años, y se ha estimado que la esperanza de vida aumentó tres meses por año desde 1840 al 2000 (National Institute on Aging 2007; Viveros, 2007). Sin embargo, este aumento en la esperanza de vida no necesariamente está acompañada de salud o calidad de vida (Oxley, 2009).

Se espera que antes del 2020 por primera vez en la historia de la humanidad, la población de AM superará a la de los niños menores de 5 años, y el crecimiento paulatino de AM en el mundo ha generado cambios en la estructura familiar, y en los sistemas económico, social y de salud. Es cada vez más frecuente que haya hogares en los que hay miembros de diferentes generaciones; actualmente en Europa hay cuatro trabajadores por cada jubilado, y en el 2050 sólo habrá dos. Es claro que los sistemas de salud y de asistencia tendrán retos importantes para la atención de AM en los siguientes 50 años (National Institute on Aging, 2007).

El grupo que crece con mayor rapidez es el de 80 y más años, este grupo tiene una tasa de crecimiento de 3.8%, y se espera que para mediados del siglo XXI represente una quinta parte de la población (Viveros, 2007).

## 1.2 Datos demográficos de América Latina y el Caribe

Debido al creciente número de AM a nivel mundial y las necesidades de los países de América Latina, la OMS ha destacado la importancia de invertir ahora en la promoción de un envejecimiento saludable (Loewy, 2004). Es ahora el momento de planear y formar recursos humanos profesionales, con el objetivo de dar respuesta a la formación de jóvenes y de atención a los AM. Aunque el incremento de la esperanza de vida ha sido un logro para la medicina moderna, los cambios sociales que la acompañan no se han generado al mismo ritmo.

La Comisión Económica para América Latina (2003) en su declaratoria del 2002 expuso la necesidad de trabajar en la salud y bienestar de los AM, así como promover el enfoque de salud y de envejecimiento activo, ya que menos del 2% de los países incluyen metas para este grupo de edad en cuestión de promoción de la salud. Además de trabajar en la problemática con los sistemas de vigilancia de la región para monitorear los problemas de la malnutrición, las caídas, o la demencia en AM, y apoyar la investigación sobre factores de riesgo y comportamientos nocivos en ellos.

Estas recomendaciones incluyen a los gobiernos, los servicios de salud y la sociedad en general, y expertos en el área han sugerido que el crecimiento del grupo de AM afectará no sólo la distribución del gasto en los servicios médicos, sino de la estructura social. Cada vez es más frecuente que los cuidadores primarios de AM sean adultos con edades cercanas a los 60 años (Espín, 2008; Ocampo, et al., 2007).

Para América Latina y el Caribe la transición demográfica es heterogénea (con ritmos acelerados y retardados), se esperaba un aumento considerable de AM para el 2000, el grupo de 60 años y más era de 43 millones, pero para el 2025 alcanzará los 101

millones y para el 2050 podría ser de 186 millones. En cuanto al porcentaje de la población, en el 2000 fue 6.5% y se proyectó que aumentaría al 25% para el 2050, de tal forma que uno de cada cuatro habitantes tendrá 60 años y más (Comisión Económica Para América Latina, 2009).

Debido a la diversidad de condiciones de los países comprendidos en la región, se les ha dividido por la etapa de transición demográfica en la que se encuentran, las etapas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

Etapas de la transición demográfica en países de América Latina y el Caribe.

Transición	Países
Incipiente	Bolivia, Belice, Guatemala, Guyana Francesa, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay.
Moderada	Colombia, Ecuador, El Salvador, Guyana, Jamaica, Panamá, Perú, R. Dominicana, Surinam y Venezuela.
Moderadamente avanzado	Bahamas, Brasil, Costa Rica, <b>México</b> y Santa Lucía.
Avanzada	Argentina, Chile, Guadalupe, Trinidad y Tobago y Uruguay.
Muy avanzado	Barbados, Cuba, Martinica y Puerto Rico.

Nota. Datos provenientes de El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe”, de CEPAL, 2009, Separata, 1-4. Adaptado.

Para los países que están en la etapa avanzada el porcentaje de AM será de 20% en el 2025. Para esta región se establecieron tasas de crecimiento por debajo del 1% de la población hacia finales del 2050, pero ahora se prevee que será de un 2.4%. Aquellos países que se encuentran en la fase inicial tendrán un crecimiento superior al 3% (Comisión Económica Para América Latina, 2009).

Aunque éste es un fenómeno a nivel mundial, las características de la región son particulares, se estima que más del 30% de AM se encuentran en condiciones de pobreza y este porcentaje aumenta en algunos países. La estructura familiar se ha visto alterada, ya que uno de cada cuatro hogares tiene un AM, pero esto también se incrementará en

algunos países en las regiones rurales. Se ha observado que en otras regiones del mundo es frecuente que los AM vivan solos, pero en América Latina y el Caribe no supera el 17%. Con respecto al registro de ingresos en nueve países (Argentina, Chile, Venezuela, México, Perú, Colombia y Paraguay) por jubilación, pensión o ya sea trabajo, se encontró que más del 30% no cuenta con ellos, y este porcentaje llegó hasta el 50% en algunos países (Comisión Económica Para América Latina, 2009).

Pero no solo los ingresos son un elemento importante, también el acceso a los servicios de salud; en algunos países se observó que hasta un 30% de los AM permanecen en el mercado laboral debido a la falta de cobertura de los servicios, siendo ésta una forma de obtenerla (Comisión Económica Para América Latina, 2009).

México se encuentra en la fase moderadamente avanzada debido a tasas de fecundidad entre 2.1 y 1.8 hijos por mujer, pero con índices de envejecimiento de entre el 51% y 82% (Comisión Económica Para América Latina, 2009).

### **1.3 Situación demográfica actual y proyecciones para México**

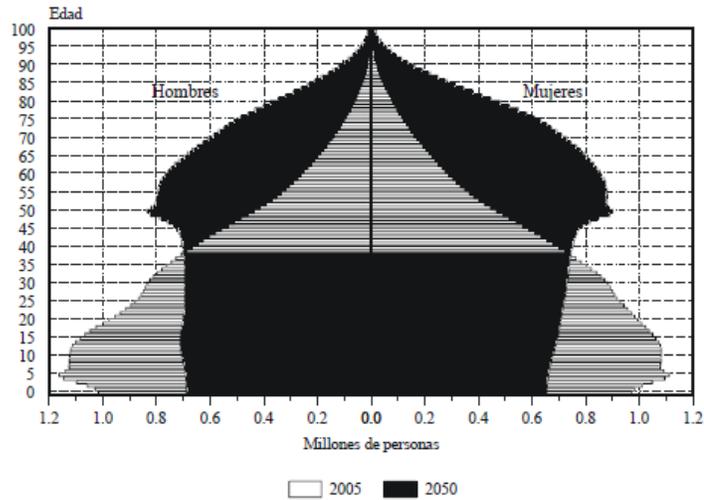
En México la esperanza de vida aumentó 30 años en el periodo de 50 años de 1940 a 1990. El segmento de mayor aumento es el de las personas de 80 años o más, en 1990 había 70 millones, pero se espera que esa cifra se quintuplique en los siguientes 50 años. Este grupo de población tiene características muy particulares, ya que se ha observado que la relación de hombre/mujer cambia; para mayores de 60 años la relación es de 81 por cada 100, pero para el grupo de 80 años y más, la relación es de 53 por cada 100. Esto se debe a que se han podido reducir el número de muertes relacionadas al embarazo y al parto con mayor efectividad que las asociadas a las enfermedades

cardiovasculares, violencias y algunos tumores malignos, más asociadas a los hombres (Secretaría de Salud, 2001).

La tendencia descendente de la mortalidad ha contribuido al aumento de la esperanza de vida que se incrementó casi 3 años, del 2000 al 2008, de 73.9 a 76.8 años. La población infantil (de 0 a 14 años) empezó a decrecer desde el 2000 y se espera que la tendencia siga, con una disminución de 33.6 a 20.5 millones para el 2050. Para el grupo de jóvenes (de 15 a 24 años) esto empezará desde el 2011. Para el grupo de adultos mayores (65 y más) el crecimiento más alto será en la primera mitad del siglo XXI, de 5.8 millones en la actualidad se cuadruplicará para el 2050 (Consejo Nacional de Población, 2008).

México redujo el ritmo de crecimiento desde 1974, con la implementación de la Ley General de Población para la promoción de una fecundidad reducida, lo que la redujo en casi dos terceras partes a la fecha, de poco más de seis hijos a poco más de dos hijos por mujer en el 2009; y con la disminución de la fecundidad que se observó en el presente siglo, de 2.41 millones de nacimientos en el 2000, a 1.96 millones para el 2008 (Romo y Sánchez, 2009). En la Gráfica 1 se muestra la distribución poblacional del 2005 y la proyección para el 2050.

Grafica 1. Pirámides de población de México de 2005 y proyección al 2050.

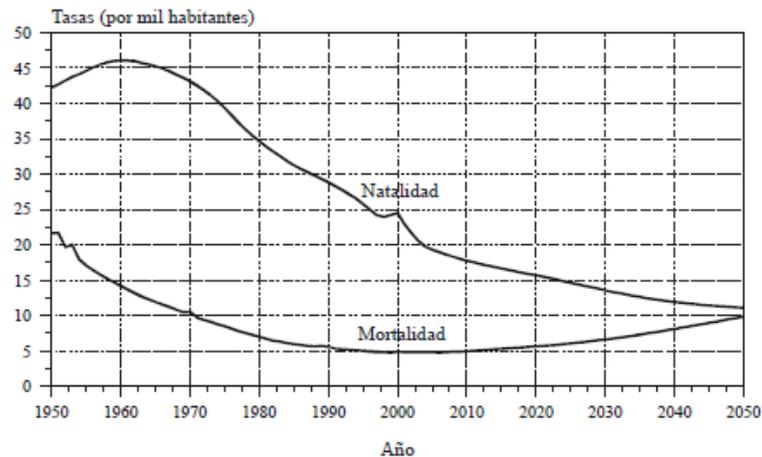


Fuente: Estimaciones de CONAPO, 2006.

Los cambios en la estructura poblacional representan retos importantes para las políticas públicas, los servicios y los diferentes sectores de la población, ya que cambiarán la razón de dependencia demográfica, que es la razón de individuos en edad laboral y sus dependientes (menores de 15 y mayores de 60 años), la cual tendrá su valor más bajo alrededor del año 2020.

Es importante implementar acciones para dar respuesta no sólo a las necesidades de hoy sino a las proyecciones para el futuro. En este sentido, el Consejo Nacional de Población (2008) presentó sus tendencias para los siguientes años, la esperanza de vida se mantendrá en aumento y se espera que el incremento sea de 7.3 años, en el 2005 la media fue de 74.6 años y se espera que aumente a una media de 81.9 años (79.9 para hombres y 83.9 para mujeres) para el 2050. Asimismo, las proyecciones indican que para el mismo periodo, la tasa de crecimiento disminuya de 0.89 a -.020; lo que generará que por primera vez después de la Revolución Mexicana la población decrecerá a partir del 2042. En la Gráfica 2 se puede observar el comportamiento esperado de la mortalidad y fecundidad para los siguientes años.

Grafica 2. Transición demográfica de México 1950-2050.



Fuente: Estimaciones de CONAPO, 2006.

La predominancia de los grupos de AM, propiciará un aumento en la tasa de mortalidad y la fecundidad por debajo del reemplazo generacional, dará como resultado no sólo que la transición se complete para dicho periodo, sino que además se prevee una disminución de la población.

El envejecimiento de la población se muestra además con el cambio en la media de la población, mientras que para el 2005 fue de 28 años, para el 2050 será de 42.7 años. Estas proyecciones toman en cuenta los determinantes de la fecundidad, la mortalidad y la esperanza de vida; sin embargo, se sabe que éste es un posible escenario pero que depende de otras variables; por ejemplo para la esperanza de vida y su proyección se hace considerando que:

1. La ganancia de años se vuelve más lenta conforme el nivel es mayor.
2. La diferencia entre los sexos aumenta al disminuir la mortalidad.
3. La esperanza de vida es una estimación de las obtenidas en 1976 y 1979 (García & Bistrain, 2008).

El incremento en la esperanza de vida ha generado una serie de retos a nivel del sistema de salud; la atención de enfermedades propias de la edad adulta y de las

enfermedades crónicas, así como el proveer servicios para un grupo de la población con necesidades específicas. Los cambios demográficos dejan ver que en perspectiva es fundamental la preparación de recursos humanos enfocados a la generación de conocimiento e intervenciones para los AM considerando tanto los factores epidemiológicos como los sociales y biológicos.

## **1.4 Estudio de la vejez**

La vejez ha sido un tema importante en el desarrollo de la humanidad, Ward (1984) destaca que desde los filósofos egipcios (2600 a. C.) la vejez era considerada una aflicción para el hombre. En la filosofía griega de la antigüedad también se abordó el papel de los AM en la sociedad, misma que se mantuvo en la literatura inglesa (1605). Pero a la par, también se ha desarrollado el tema de la prolongación de la vida y de mitos como el de la fuente de la eterna juventud. Si bien las características de la vejez han sido temidas, el interés por vivir más ha sido una inquietud presente en el desarrollo de la humanidad.

El estudio científico de la vejez (gerontología) se inició en los años 1800, con el análisis estadístico de Quételet, quien describió la distribución de rasgos por edad, seguido por el trabajo de Sir Francis Galton en 1884, quien describió las diferencias asociadas a la edad en 17 diferentes habilidades, como la agudeza visual y el tiempo de reacción entre otras. Otro momento importante es posterior a la Segunda Guerra Mundial con el desarrollo de sociedades gerontológicas alrededor del mundo, como una necesidad de estudiar las tendencias de crecimiento del grupo de edad.

## **1.5 Definiciones: envejecimiento y vejez**

El envejecimiento es un proceso natural que implica cambios biológicos, psicológicos y sociales. Se considera a la vejez como el conjunto de procesos subsecuentes al desarrollo y la última etapa del mismo. Tiene connotaciones de disminución o pérdida de capacidades o funciones; sin embargo, al concebirse como una etapa del desarrollo adquiere matices evolutivos y de maduración, que si bien conlleva

deterioro físico, éste no es de la misma intensidad en todos los individuos (Muñoz & Alix, 2006). El deterioro se asocia con las complicaciones y comorbilidad de patologías previas, pero que considerando estas diferencias individuales, no necesariamente es así en todos los casos.

De forma tradicional, el criterio por excelencia para definir la vejez ha sido la edad. La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1997) estipula que la relación entre la edad cronológica y el envejecimiento no es lineal, ya que el factor determinante es la calidad de vida y no el número de años vividos. Por lo tanto la concepción de la vejez debe incluir elementos subjetivos y sociales.

En el análisis y abordaje de la atención a los AM, la ONU (2002) establece dos grandes perspectivas: la macrosocial que se refiere al impacto del envejecimiento de la sociedad a las instituciones, servicios y a la sociedad misma; y la microsocia, que analiza el impacto en la familia y en el individuo mismo, desde la perspectiva biológica y psicológica.

Desde la perspectiva psicológica se sugiere que hay un apartado subjetivo que se basa en la forma en que el individuo se adapta a los cambios asociados al incremento de la edad cronológica, fundamentado en la experiencia propia y con una fuerte contribución de la apreciación social de la vejez, ya que la percepción individual puede ser modificada en gran medida por el contexto social (Organización de las Naciones Unidas, 2002).

La edad social se refiere a la postura predominante de la vejez, matizada por las normas legales (que marcan cambios como la jubilación) y que afectan la interacción de los AM en la sociedad. El contexto social y cultural señalan diferencias entre los países e incluso entre las regiones. De acuerdo con la ONU (2002), se estableció como punto de cohorte los 60 años para denominar a los AM. En México, la edad para ingresar al grupo de AM también son los 60 años de acuerdo con el INAPAM.

El establecimiento de la edad para los AM está matizado por definiciones sociales de las etapas de la vida (Ward, 1984), con una transición entre las diferentes etapas y roles: infancia, adolescencia, juventud y adultez; etapas caracterizadas por funciones o actividades específicas como asistir a la escuela, incorporación a la vida laboral, casamiento y cuidado de los hijos. Aunque la información cronológica (edad) no es precisa en cuanto a las características sociales y psicológicas de los AM, actualmente se emplea como el indicador de mayor importancia para identificar al grupo.

## **1.6 Teorías sobre el envejecimiento**

Debido a la amplia gama de factores que inciden en el proceso de envejecimiento, diferentes disciplinas han enfocado sus esfuerzos para explicarlo.

**1.6.1 Teorías biológicas.** Se enfocan en los cambios físicos que se presentan con el transcurso de los años, Pérez y Sierra (2009) describen las tres teorías biológicas más importantes en la actualidad:

1. La teoría de los radicales libres de Harman, desarrollada en 1956 propone que se genera un daño acumulativo por los radicales libres; los datos sugieren que si bien afectan el desarrollo de patologías, no parecen contribuir al proceso en sí del envejecimiento ya que en su manipulación no se ha observado que se extienda la vida (Bernis, 2004; San, 1997).
2. La senescencia celular de Hayflick de los años 60's, establece que las células pueden replicarse *in vitro* un número limitado de veces, por lo que se consideró que ésto representaba el envejecimiento celular y la causa de que la longevidad

sea limitada; actualmente se sabe que esto se debe al acortamiento de los telómeros cada vez que se divide la célula.

3. Por las células madres y troncales, se sugiere que hay un descenso de la capacidad de regeneración, que se puede explicar por un agotamiento en las células troncales que tienen una función de reparación de los tejidos, y que disminuye con la edad. Aunque parece que el proceso es diferente en los tejidos, el resultado fisiológico es el mismo.

Estas son sólo algunas teorías, Tosato, Zamboni, Ferrini y Cesari (2007) describen que son más de 300 teorías que estudian el envejecimiento enfocándose a un aspecto biológico, funcional o genético.

Para el estudio del funcionamiento biológico, los mayores cambios se presentan desde la infancia hasta la adolescencia, para los individuos sanos la adultez es una etapa de estabilidad. Sin embargo se espera que decline gradualmente desde la edad adulta media (40 a 65 años), ya que los diferentes sistemas y órganos cambian su funcionamiento con patrones que varían entre sistemas y personas (VanderBos, 1998).

El envejecimiento orgánico incluye los cambios que se producen en el organismo con el transcurso del tiempo, ni todos los órganos, ni en todos los individuos se observa este cambio biológico de la misma forma. Al igual que la edad cronológica como indicador, el envejecimiento orgánico no es igual para todos, incluso éste no es un estado sino un proceso a lo largo del tiempo. Es debido a esta variabilidad que algunos autores proponen estudiar el proceso desde diversas perspectivas, edad biológica, social y psicológica, que son desde esta perspectiva diferentes a la edad cronológica. Algunos autores diferencian el envejecimiento primario del secundario, siendo el primero el biológico, mientras que el segundo se relaciona con aspectos psicológicos y sociales (Muñoz & Alix, 2006).

Entre los cambios más significativos se encuentran por ejemplo, la agudeza visual, que se empieza a deteriorar de forma temprana desde los 20 años, pero en promedio estos cambios se observan entre finales de los 30 y principios de los 40 años; el cristalino puede perder su elasticidad, la córnea se opaca y las células (conos y bastones) presentan disminución foto receptora. La audición se ve afectada por la pérdida de flexibilidad del pabellón auditivo, puede haber aumento de rigidez debido a la calcificación de los huesillos. El adelgazamiento y flacidez de la piel afecta la lubricación y función de barrera de protección que tiene para el cuerpo. Se presenta una reducción de la masa ósea y muscular posterior a los 50 años, lo cual incide en la movilidad (Muñoz & Alix 2006, Smith & Gove, 2005; Withbourne, 1998).

Desde el estudio del funcionamiento cerebral, muchos autores proponen que el envejecimiento afecta el sistema nervioso, con la degradación o aumento de la mortalidad neuronal, degradación neurofibrilar y disminución del número de dendritas (Muñoz & Alix 2006).

Los cambios fisiológicos en los AM afectan directamente su capacidad de comunicación, e interacción con otras personas, su independencia y funcionalidad, los cambios ya mencionados se presentan de forma común y no necesariamente por una patología; sin embargo, pueden generar problemas graves al ser factores de riesgo para accidentes si no se tratan de forma oportuna. No sólo con tratamiento especializado sino también con modificación de actividades que prevengan el deterioro o las consecuencias de éste.

Tosato et al. (2007) proponen que es necesario un estudio global del envejecimiento, porque si bien las teorías han contribuido a su estudio no se han analizado como complementarias de un proceso complejo y multicausal. Aunque el

aspecto biológico es importante en el estudio del envejecimiento, desde una perspectiva global es necesario incluir los aspectos sociales y psicológicos.

**1.6.2 Teoría del ciclo vital.** Durante el siglo pasado se destacó una asociación entre el envejecimiento y la involución de los seres humanos (Muñoz & Alix, 2006). Se estableció una diferencia entre las funciones cognitivas, sociales y físicas desde la infancia hasta la adultez como parte del desarrollo, mientras que los cambios posteriores se catalogaron como patológicos o disfuncionales. Se ha estudiado la velocidad de los cambios y se ha postulado que el detrimento de las funciones y capacidades de las personas es el futuro de todos los seres humanos (Bernis, 2004; Muñoz & Alix, 2006).

Sin embargo, la teoría del ciclo vital plantea que en cada una de las etapas de la vida hay pérdidas y ganancias, por lo tanto no se dividen las etapas por tener un mayor desarrollo o involución, en este sentido se propone que el envejecimiento inicia desde el nacimiento y concluye con la muerte, por lo tanto el desarrollo y envejecimiento son procesos simultáneos. Las diferencias que se observan entre los individuos se deben a la expresión genética y a las características del medio ambiente. A diferencia de la importancia casi exclusiva que la edad cronológica ha tenido, el ciclo vital analiza la existencia humana como un proceso multicausal y multidireccional (Dulcey-Ruiz & Uribe, 2002).

El ciclo vital se enfoca en el estudio, descripción y modificación (para su optimización) de los procesos del desarrollo de la vida humana, las actividades y tareas que se presentan en los diferentes periodos de la vida desde la concepción hasta la muerte. Enfatiza el proceso de adaptación de las personas para manejar las demandas externas, y los cambios físicos y mentales. Los cambios en los AM son vistos como un

proceso secuencial de toda la vida; emplea el modelo biopsicosocial con el cual se estudian los cambios y su interrelación con estas áreas (VanderBos, 1998).

Aunque en la actualidad se acepta que hay una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades con el aumento de la edad, no todas las personas llegan a un grado de disfuncionalidad. Las enfermedades no son parte del proceso de envejecimiento, pero el deterioro en el funcionamiento deja expuestas a las personas a diversas enfermedades, entre ellos la capacidad de recuperar los parámetros fisiológicos una vez alterados (Pérez & Sierra, 2009). Cada individuo tiene un proceso diferente y los cambios pueden deberse al proceso normal de desgaste sin vincularse con una patología. Con esta perspectiva más positiva de la etapa y del análisis del envejecimiento, se acepta con mayor frecuencia la teoría de la degradación difusa; la cual propone que los sistemas biológicos y cognitivos decaen paulatinamente con el tiempo, en un proceso normal (Muñoz & Alix, 2006).

El contexto es importante en la propuesta del ciclo vital, debido a que las expectativas sociales se encuentran relacionadas con la edad, la influencia histórica y los acontecimientos personales únicos. A los dos primeros se les considera normativos por conformar la identidad social con respecto a determinado grupo; hay un grupo importante de acciones que se realizan por criterios específicos de edad y género; o bien por situaciones históricas que afectan a toda una generación (Dulcey-Ruiz & Uribe, 2002).

## **1.7 Características psicológicas y sociales de los AM**

Desde finales del siglo pasado se ha realizado una crítica a la postura tradicional ante el envejecimiento, por las connotaciones negativas asociadas principalmente a la presencia inevitable de patologías, rechazo social, disfuncionalidad y deterioro físico, que afectan el entorno y a la persona misma (Buendía & Riquelme, 1997).

Se considera que el proceso de envejecimiento se da en un contexto en particular; a partir de la relación entre el contexto y los AM se han desarrollado diversas teorías que explican la adaptación de los AM al entorno social. Muñoz y Alix (2006) en un análisis de las teorías remarcan la teoría de la desvinculación, la teoría de la actividad y la teoría de la continuidad, las cuales se describen brevemente a continuación:

- La teoría de la actividad inicialmente desarrollada por Tartler (1953) propone que un elevado número de interacciones sociales correlaciona con un elevado nivel de adaptación y satisfacción, lo que implica que el AM se mantenga activo y promueva diversos roles, mantener los previos o desarrollar nuevos. Sugiere que la calidad e intensidad de las relaciones sociales son más importantes que la cantidad.
- La teoría de la desvinculación formulada por Cumming, Henry, Havighurst y Neugarten (1956-1962) a partir de una investigación que realizaron en Estados Unidos con una muestra de adultos entre 50 y 90 años, con buena salud y sin problemas económicos graves, con mediciones sobre sus interacciones sociales y variables socio-demográficas cada seis años. Los autores sugieren que se presenta una crisis entre los 60 y 65 años debido a la separación de las interacciones sociales o por una disminución de las mismas. Inicialmente por identificación en la reducción de energía para realizar sus actividades, de tal forma que no puede seguir cumpliendo los roles que venía desempeñando. Muñoz y Alix (2006) también proponen una desvinculación psicológica, los lazos afectivos van perdiendo fuerza y el AM se centra más en sus necesidades; de esta forma su bienestar no se basa en el rol que venía desempeñando sino en la detección de sus necesidades.

- La teoría de la continuidad desarrollada por Atchley (1964) postula que durante el transcurso de la vida, las personas desarrollan actitudes, estilos de vida, valores y metas que se mantienen durante la vejez, por lo que en la vejez éstos se comportan como un continuo de los estados previos. Si bien el cambio en la situación laboral es importante, los antecedentes sirven como herramientas para la estabilidad de esta etapa. El elemento más importante de esta teoría es la coherencia entre las etapas previas y la vejez, esta continuidad se expresa de forma interna y externa; interna con el temperamento y habilidades y externa con la interacción con el medio como las relaciones interpersonales.

Cada una de estas propuestas sugiere que los AM se acercan o alejan de su entorno, que cambian sus necesidades y la forma en la que se relacionan con otras personas y el ambiente, lo cual incide también en la sociedad.

La vejez desde la perspectiva actual no es un proceso óptimo, sin embargo hay evidencia de que se pueden realizar acciones para mejorar el estado de salud de los AM, al considerar sus habilidades y condiciones reales; con entrenamiento o bien con manejo de las contingencias ambientales. Diversas disciplinas han aportado herramientas a la atención de los AM para promover su calidad de vida. La psicología no ha sido la excepción, desde distintos enfoques se ha considerado que con el manejo de algunos elementos muy particulares se puede fomentar un envejecimiento saludable para lo cual se requiere de mayor información y estudio del contexto específico de la población.

VandenBos (1998) destacó la propuesta que Rowe y Kahn realizaron en 1987, con base en el ciclo vital desarrollaron la aproximación de envejecimiento exitoso, en el que se destaca la optimización selectiva y compensación para la adaptación a esta etapa. La propuesta se fundamenta en la selección de determinadas áreas en las cuales hay cambios con respecto al potencial previo; la optimización de los recursos llevados hasta

las acciones de las personas para maximizar sus opciones; y, por último la compensación, la cual al igual que la selección se presenta por las restricciones en la adaptación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) en su tarea de guiar programas, propuso el concepto de envejecimiento activo y lo definió como el proceso de optimización de las oportunidades en salud, participación y seguridad para fomentar la calidad de vida de los AM. Promueve la participación social de los AM con el fin de mantener la capacidad funcional durante la vida; el objetivo es activar a los AM al mayor nivel de funcionalidad relacionada con la edad, mantener su independencia y prevenir la discapacidad como sea posible (Cloos et al., 2010; Gutiérrez, 2007; Mendoza-Núñez, Martínez-Maldonado & Correa-Muñoz, 2009; Oxley, 2009).

La visión del envejecimiento saludable incluye el fomento de hábitos y estilos de vida saludables, lo cual implica que las acciones deben iniciarse antes de los 60 años para fomentar el consumo moderado del alcohol, no fumar, realizar ejercicio regular y mantener una alimentación y peso adecuado. Estos hábitos se identificaron como factores asociados al envejecimiento saludable, junto con un matrimonio estable, mecanismos positivos para lidiar con las dificultades y la ausencia de depresión (The Swedish National Institute of Public Health, 2006).

## **1.8 Estudios y datos de atención a los AM en México**

La ONU (2002) señaló como prioridad el desarrollo de estrategias para prevenir, retrasar o mitigar el deterioro biológico y físico relacionado con el avance de los años. La relación entre el envejecimiento y el desarrollo es bidireccional, ya que el envejecimiento es afectado por las condiciones sociales, culturales y económicas del contexto histórico; y de la misma forma, el envejecimiento puede provocar cambios en la estructura social,

afectar la economía y la cultura. Se ha observado que conjuntamente con el aumento de AM se ha incrementado el número de personas que viven en condiciones de pobreza, lo cual no se explica por la transición demográfica, sino por las grandes diferencias económicas que se han presentado en la región de América Latina y el Caribe.

El año 1999 fue denominado el Año Internacional del Adulto Mayor por la ONU y la OPS en el marco del Día de la Salud destacó el diálogo entre los países miembros con el objetivo de crear conciencia y buscar respuestas al reto que implica el envejecimiento de la población. Como resultado de este análisis se generó un programa con una serie de recomendaciones que les proporciona a los AM un papel más activo en la sociedad y a ésta un mayor compromiso para con ellos.

Ante el requerimiento de abordar el envejecimiento, la OMS y OPS han sugerido que se fomente el envejecimiento saludable y activo en todas las etapas de la vida para prevenir la aparición y controlar las enfermedades crónicas como las cardiopatías, arteriosclerosis, diabetes, hipertensión arterial; así como promover la salud mental y generar políticas públicas acordes a estas necesidades (Mendoza-Núñez et al., 2009; Organización Panamericana de la Salud, 1999).

Aunque la promoción de la salud es una estrategia de suma importancia para mejorar la salud de la población, se ha encontrado que de acuerdo con la declaración de la OMS/OPS en Madrid, menos del 2 por ciento de los países incluyen metas de promoción de la salud en la población de 60 años y más, lo cual deja en desventaja a este grupo (Hoskins & Méndez, 2002).

De acuerdo con el reporte de la Comisión Económica Para América Latina (2007), México ha desarrollado acciones en dos de las tres áreas estipuladas en la reunión de 2003: en servicios farmacéuticos correspondiente a las prestaciones sanitarias, especialización en geriatría o gerontología a nivel de universidades en el rubro

de formación de personal, y aunque en el reporte no se mencionan acciones en cuidados de largo plazo que comprendieran fomentar alternativas comunitarias de cuidado y medidas que regulen la apertura o funcionamiento de instituciones de larga estadía, sí se identificaron acciones en estrategias de promoción y prevención de la salud.

La Comisión Económica Para América Latina (2007) describió también que en general los principales retos fueron la falta de acceso a pensiones, la cobertura de seguridad social, así como la discriminación en función de la edad y la violencia para los grupos más vulnerables, y la desigualdad con respecto a la vivienda incide directamente en la autonomía y convivencia intergeneracional.

El envejecimiento de la población no es reversible, ya que los adultos mayores del futuro ya nacieron; en México las generaciones más numerosas fueron entre las décadas de los 60's y 80's (Secretaría de Salud, 2008), lo cual implica que a partir del 2020 el reto tendrá uno de sus puntos críticos; sin embargo, este no será el único ya que aunque el número de AM varíe por generación, en general el crecimiento será sostenido.

La Secretaría de Salud (SSA) integró en 1999 el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN), para la elaboración y vigilancia de la normatividad del programa de atención al envejecimiento. Entre sus principales funciones está el de capacitar recursos humanos para la atención, difundir campañas de educación de prevención y detección temprana, desarrollar estrategias para el control de las enfermedades, establecer modelos y líneas de investigación para favorecer la salud de los AM, coordinar acciones interinstitucionales y con diversos sectores de la sociedad, e informar de los avances y formar comités estatales al interior de la República Mexicana (Secretaría de Salud, 2001).

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) con 27 años de desarrollo –y con el mismo nombre desde 2002- tiene el objetivo de la integración de las

acciones para la población de AM en México. Reconoce que este grupo de edad tiene muchas carencias, pero también que el contexto social requiere de la participación de los AM, para vincular a otros sectores sociales en el fomento del envejecimiento activo y saludable (González, 2007).

En México se identificó que es importante trabajar en la calidad de vida. En 1994 con la Encuesta Sociodemográfica del Envejecimiento, se observó que sólo un tercio de la población considera que su salud es buena o muy buena. Una segunda aplicación en 1999 mostró la urgente necesidad de tomar acciones al respecto con una visión más amplia de la epidemiología tradicional, con el análisis de los recursos que realmente se tienen y de las implicaciones a futuro (Secretaría de Salud, 2001).

Posteriormente se realizó el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en el año 2000, que fue un estudio prospectivo de personas de 50 años y más. La encuesta inicial fue realizada en el 2001 y en el 2003 se realizó la de seguimiento. La muestra fue aleatoria a partir de la Encuesta Nacional de Empleo y se seleccionaron 11 mil hogares que contaran con una persona de 50 años o más. En la entrevista inicial se logró concluir con 15 186 personas; en el seguimiento alcanzó un 93%. La entrevista incluyó medidas de salud, antecedentes del entrevistado, características de los familiares, transferencias monetarias, datos económicos, historial laboral, condiciones de vivienda, datos antropométricos, impresiones personales (Wong, Espinoza & Palloni, 2007).

En el apartado de auto-reporte de salud, las mujeres evaluaron peor su salud que los hombres y los de mayor edad que los más jóvenes; al comparar en este rubro las zonas geográficas, las urbanas tuvieron mejor puntuación que las rurales. También se encontró que 1 de cada 5 mujeres fuma y el consumo de alcohol y tabaco es mayor entre los AM más jóvenes. El ejercicio es más frecuente entre los más jóvenes y hombres. El

30% se encuentra con desnutrición y el 15% con obesidad, y cerca del 9% reporta problemas de funcionalidad en la vida cotidiana (Wong et al., 2007).

Con respecto a la jubilación, el 45% de los hombres mayores de 60 años reportan tenerla, mientras que en las áreas rurales el porcentaje es del 16%. Más de la mitad vive en hogares nucleares y la frecuencia de vivir solo o en hogares extendidos es mayor para los de mayor edad y más para las mujeres que para los hombres. Sólo el 6% reportó no tener hijos, y más de dos tercios tener cinco o más. Con respecto a la ayuda a su familia, se observó que 20% de los encuestados proporciona ayuda mientras que el 54% la recibe.

En la segunda entrevista, el auto-reporte de salud fue menor en personas de 60 o más años y se observó un mayor puntaje para las áreas rurales que las urbanas. De las enfermedades crónicas, se observó que entre quienes reportaron no tener ninguna para el 2001, para el seguimiento el 5% declaró tener por lo menos una en el 2003.

Aunque el estudio destaca la importancia de analizar las características de los grupos con mayor vulnerabilidad y problemas en la funcionalidad física, emocional, capacidades económicas y familiares, para impactar en las políticas de salud, el análisis reportado no incluyó el apartado emocional. Tampoco se menciona la cobertura institucional, sólo se señala que es baja.

Con los datos de la encuesta se realizó un análisis de 2 838 participantes de 65 años y más para identificar las variables asociadas a la dependencia funcional. Se encontró que de las actividades básicas de la vida diaria, el 24% reportó tener dependencia y 23% para las instrumentales; en estos dos casos asociadas a la movilidad. La dependencia se presentó en mayores de 75 años, solteros y que perciben una mala situación de salud y económica. Aunque se menciona que se evaluó el estado cognitivo

no se hace ninguna referencia de ello en los resultados (Barantes-Monge, García-Mayo, Gutiérrez-Robledo & Miguel-Jaimes, 2007).

Tanto las cifras en aumento de los adultos mayores en México, como las sugerencias internacionales, son indicadores del aumento de necesidades asistenciales para el grupo de adultos mayores, por lo que es de suma importancia la incorporación de políticas para este grupo que permita dar respuestas de calidad, enfocando las acciones a su calidad de vida.

Los AM se enfrentan a situaciones complejas como el padecer enfermedades crónicas, cambios en sus capacidades físicas, en su desempeño y/o actividades laborales, necesidades económicas que en su mayoría no pueden ser solventadas por ellos mismos, así como una sociedad que no está preparada para brindarles los servicios necesarios.

La Secretaría de Salud señaló en el año 2008 que en México no se tiene un sistema de información que caracterice fenómenos como la depresión, alteraciones cognoscitivas (memoria), incontinencia y otros tipos de discapacidades, lo que da como consecuencia problemas para su detección, diagnóstico y tratamiento. En el mismo año se publicó el programa de acción específico para los siguientes cuatro años, el cual tiene como objetivo desarrollar una mejor salud para lograr un envejecimiento activo y saludable. Con este programa se pretende reducir la mortalidad por neumonías, aumentar la cobertura de vacunación anti-influenza y aumento de la detección de depresión y alteraciones de memoria; así como el desarrollo de diagnósticos situacionales del envejecimiento (encuestas SABE) en más entidades federativas y el desarrollo de centros geronto-geriátricos en el país (Secretaría de Salud, 2008).

Los datos de las condiciones demográficas de México ponen de manifiesto la necesidad de trabajar desde hoy para impactar en la salud y bienestar de los AM, de

estudiar no solo la detección de los principales problemas de salud, sino de establecer estrategias de atención que fomenten el bienestar desde una perspectiva más positiva del envejecimiento.

## 2. Bienestar

A pesar de todo el desarrollo en el área de la salud, se sigue manteniendo un enfoque hacia la enfermedad; más que estudiar y promover estados de bienestar, se estudian y tratan los problemas, el malestar, los síntomas y daños generados por situaciones específicas, como el diagnóstico de enfermedades crónicas, la pérdida de un ser querido o la adaptación a situaciones de desastre.

Con esta aproximación a las patologías y a la curación se han desarrollado un sinnúmero de documentos, manuales y estudios sobre los problemas de la vida diaria, de los síntomas y de las estrategias para los profesionales de la salud mental para su abordaje. El ejemplo más claro es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE), que se han desarrollado para establecer un esquema de clasificación de los diversos problemas psicológicos. Su estructura plasma la importancia de contar con elementos que faciliten el estudio y análisis de estos aspectos que afectan a las personas teniendo como objeto de estudio la enfermedad.

Actualmente los profesionales de la salud se enfrentan al reto de aproximarse al campo de la prevención más que de la curación. Diversas instituciones y organismos internacionales han destacado la importancia de anticiparse a diversas problemáticas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas y fomentar la participación de las comunidades, aunque su objetivo es lograr un resultado concreto en un largo plazo pero con efectos a mediano y corto plazo (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Se sabe que los resultados concretos en promoción de la salud varían, pero comprenden la participación individual y comunitaria y contribuyen a mejorar la calidad de vida; ésta última es actualmente un objeto de estudio para las disciplinas relacionadas con la salud.

La psicología no ha sido la excepción ante este reto, desde hace algunos años se ha enfatizado en este campo la importancia por el estudio de elementos positivos, benéficos para la salud mental de las personas. Como la definición de la OMS lo señala: la salud es más que la ausencia de enfermedad (Organización Panamericana de la Salud, 1999); sin embargo hay poca información del estado de bienestar ya que durante mucho tiempo y aun ahora la medición tradicional del bienestar ha sido un índice entre niveles de ansiedad y depresión (Newnham, Hooke & Page, 2009; Vedel, Hansen & Bech, 2006), y es desde una perspectiva más positiva que se propone incluir otros elementos diferentes al tradicional, de tal forma que se analicen: los elementos que lo componen, las estrategias para su fomento y su comportamiento a lo largo de la vida como parte del desarrollo de todos los seres humanos.

## **2.1 Psicología positiva**

La psicología positiva ofrece una propuesta al estudiar las fortalezas de las personas, el cómo promover y mantener el bienestar. Este abordaje implica una postura diferente, en el cual se considera el potencial humano como un camino para fomentar el bienestar en la vida (Peterson & Seligman, 2004a). Se basa en estudios empíricos, en el método científico para estudiar y entender a las personas y los fenómenos psicológicos considerados positivos, pero esto no significa que ignora o niega los aspectos negativos; al contrario, lo que propone es que los seres humanos experimentan situaciones positivas y negativas, y que existe un balance vital entre las debilidades, fortalezas y el ambiente (Aspinwall & Staudinger, 2002; Ironson & Powell, 2005; Peterson & Seligman 2004a). Las personas acentúan lo positivo en la vida al enfrentarse a situaciones negativas, por lo tanto no es ignorar los aspectos negativos reales ni tener una falsa percepción de los

problemas cotidianos, las situaciones de riesgo y las amenazas reales. Es reconocido por varios autores este campo como una aproximación de aquellos elementos que han sido poco estudiados sin ser otra “Psicología” (Costa & López, 2008; McNulty & Fincham, 2011).

Un problema de este campo es la ausencia de un vocabulario común en el estudio de los aspectos positivos lo cual dificulta el estudio de los mismos y la comunicación entre los profesionales interesados en el área. Como parte de esta necesidad, Peterson y Seligman (2004a) han desarrollado junto con un grupo de colaboradores un esquema de clasificación que facilite el estudio de estos elementos positivos individuales.

Aunque los autores remarcan el abordaje de enfermedad del DSM, afirman que hay lecciones que se pueden aplicar al desarrollo de un manual en psicología positiva; una de ellas es que se han establecido reglas explícitas para el reconocimiento de los desórdenes, se han considerado los contextos familiares y los auto-reportes, así como la descripción multidimensional dando pie al análisis de la complejidad individual y su organización y funcionalidad con los diferentes ejes.

Con estas aportaciones se ha desarrollado un esquema que incluye las virtudes, fortalezas, talentos y el estudio y evaluación de los aspectos positivos con una postura vertical que permite especificar diferentes niveles conceptuales como parte de una jerarquía. La clasificación se basa en la estructura de las virtudes morales planteadas en el desarrollo histórico y en diferentes culturas.

**2.1.1 Clasificación y criterios de las virtudes, las fortalezas y los aspectos situacionales.** Desde la psicología positiva se proponen tres niveles conceptuales: virtudes, fortalezas y temas situacionales.

En este análisis las habilidades y talentos tienen un carácter más innato e inmutable (Peterson & Seligman, 2004a), por lo que se distinguen de las virtudes y fortalezas en que éstas están más relacionadas con la voluntad. Más que destacar la importancia de genes específicos, el punto a tratar es que estos elementos en ambientes y experiencias específicos se fortalecen. Con esta propuesta de clasificación lo que se pretende es reconocer los elementos morales a través de diferentes culturas y no sólo por las características del siglo XXI.

Las virtudes son las características principales de la psicología positiva, se definen por ser consideradas valiosas por los filósofos y pensadores religiosos o espirituales, seis son las que se han considerado universales para esta clasificación; sabiduría, valor, humanidad, justicia, moderación y trascendencia (Peterson & Seligman, 2004a).

Las fortalezas del carácter son los aspectos psicológicos de las virtudes, considerados procesos o mecanismos que definen a las virtudes. Son los caminos por los cuales se expresa una u otra virtud. Una virtud puede manifestarse por diversas fortalezas, todas ellas incluyen la adquisición y uso de conocimiento, pero son diferentes entre ellas. En esta clasificación se incluyen 24 fortalezas que se distribuyen en familias por virtud (Peterson & Seligman, 2004a) favorecen el crecimiento humano y constituyen el principio fundamental de la condición humana; algunas de ellas han sido consideradas como rasgos y se han medido en diferentes etapas para identificar su desarrollo a lo largo de la vida (Martínez, 2006; Seligman & Csikszentmihalyi 2000).

Los temas o aspectos situacionales son los hábitos específicos que las personas realizan ante una situación particular con respecto a una fortaleza. Los temas se pueden

dividir en: trabajo, familia y en cada uno se analiza cómo se manifiestan las diferentes fortalezas, lo cual le da un contexto mucho más particular para su estudio (Peterson & Seligman, 2004a). Los temas o situaciones permiten dar sentido a un comportamiento descrito a partir del contexto, los autores explican que estos temas pueden ser diferentes entre las culturas, género, cohortes y otras variables sociales importantes. Estos temas no tienen un carácter bueno o malo *per se*, su uso permite identificar el camino por el cual se puede llegar al mismo objetivo de diferentes formas, en distintas situaciones.

Con esta propuesta se sugiere que puede variar la expresión en las fortalezas, los temas situacionales pero no las virtudes. Las fortalezas son el punto intermedio entre lo abstracto (virtudes) y lo concreto (aspecto situacional), la descripción de virtudes y fortalezas se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2

Clasificación de virtudes y fortalezas propuesta por Peterson y Seligman.

VIRTUD	FORTALEZAS				
<b>Sabiduría y conocimiento</b>	Creatividad	Curiosidad	Mente amplia	Amor por aprender	Perspectiva
<b>Determinación</b>	Valor	Persistencia	Integridad	Vitalidad	
<b>Humanidad</b>	Amor	Gentileza		Inteligencia social	
<b>Justicia</b>	Igualdad	Liderazgo		Pertenencia a un grupo	
<b>Mesura</b>	Humildad	Prudencia	Autorregulación	Perdón y misericordia	
<b>Trascendencia</b>	Apreciación de la belleza y excelencia	Gratitud	<b>Esperanza</b>	Humor	Espiritualidad

Las fortalezas son la expresión de las virtudes

Nota. Datos provenientes de Hope [Optimism, Future-Mindedness, Future Orientation] de Peterson y Seligman, Character Strengths and virtues. A handbook and classification (2004). Adaptado.

Para considerar una fortaleza como tal debe satisfacer los siguientes diez criterios, de las fortalezas propuestas por los autores Peterson y Seligman (2004a).

Criterio 1. Una fortaleza contribuye al logro de metas que constituyen una buena vida; las fortalezas y virtudes determinan cómo una persona enfrenta la adversidad.

La expresión y mantenimiento de las fortalezas son motivadoras por sí mismas más que por los efectos que tienen. Por lo tanto el esfuerzo para mantenerlas se debe a la valoración de dichas acciones más que por las consecuencias o reconocimiento de las mismas.

Criterio 2. Aunque las fortalezas pueden producir resultados deseables, cada una de ellas es moralmente valiosa por sí misma, aún en la ausencia de resultados benéficos obvios.

Se sugiere que las fortalezas tienen por sí mismas recompensas propias más que los resultados esperados; entre estos aspectos de ganancia están: el bienestar subjetivo, aceptación de sí mismo, veneración por la vida, habilidad, eficacia y maestría, salud mental y física, redes sociales sólidas, respeto por los otros, trabajo satisfactorio, suficiencia material, familias y comunidades sanas.

Criterio 3. La expresión de una fortaleza por una persona no demerita otras personas del entorno.

La expresión de las fortalezas es admirada por las personas en el entorno, porque por su valor se aspira a desarrollarlas y/o tenerlas. Se ha criticado y visto a la bondad con escepticismo ya que se considera que es una falsa careta para ocultar los vicios, que las personas bondadosas son aburridas o bien porque los actos relacionados con ellas pueden generar vergüenza en quienes se comportan con menos valor o empatía.

Criterio 4. La capacidad de expresar el opuesto putativo de una fortaleza de forma adecuada puede afectar al considerarla como una fortaleza.

Debido a que casi ninguna de las fortalezas tiene un opuesto directo, para encontrarlo se puede emplear la estrategia de ida y vuelta para identificar el concepto, pero no de forma inmediata. Algunas de las fortalezas tienen un opuesto por el continuo, como felicidad-infelicidad. Otras son unipolares como el sentido del humor.

Criterio 5. Una fortaleza necesita manifestarse en un rango de comportamientos individuales, como pensamientos, sentimientos y/o acciones, los cuales puedan ser medidos. La medición debe ser en un sentido de rasgo, que tiene niveles generales en diferentes situaciones y estabilidad en el tiempo.

Se considera que las fortalezas se mantienen en el tiempo (tónicas) y que su expresión es en varios comportamientos, no sólo se presentan en ambientes propicios.

Criterio 6. Las fortalezas son diferentes de otros elementos positivos de la clasificación y no pueden ser descompuestas en ellos.

En el análisis empírico de las fortalezas, algunas de ellas se estudian juntas ya que se presenta una sobreposición empírica o teórica, pudiendo estar relacionadas entre ellas.

Criterio 7. Una fortaleza se puede personificar en ejemplos consensuados.

Culturalmente se cuentan historias, cuentos, parábolas, poemas, canciones u otras formas populares para transmitir información de esa fortaleza. Para mostrarla con ejemplos reales, por relatos místicos o por medio de modelos de roles de esa fortaleza, en ese contexto en particular, que es valorada por todos.

Criterio 8. Pueden presentarse casos prodigiosos con respecto a alguna fortaleza (No se considera que este apartado se aplique a todas las fortalezas).

Se han identificado casos excepcionales de talentos en niños como la música, las matemáticas o los deportes (estos casos no son frecuentes), y Gardner (1979), autor de la teoría de las inteligencias múltiples, propone que estos prodigios tienen una base biológica. En el análisis presente de las fortalezas se propone que estos casos especiales no son espontáneos, sino que se van desarrollando paulatinamente a lo largo del tiempo y que puede ser más rápido este desarrollo en algunos casos; y que estos casos requieren cierta instrucción o guía del contexto para alcanzar esos niveles. Por lo tanto, el ambiente es importante ya que facilita o estimula su expresión. Y, por último, no se han realizado seguimientos de estos casos que se han identificado en la infancia, por lo que no se sabe si estas fortalezas siguen expresándose de la misma forma o cambian en la edad adulta.

Criterio 9. La existencia de personas que muestran de forma selectiva la ausencia total de la fortaleza.

Se considera que pueden existir casos de personas que no expresan de forma tradicional una fortaleza en particular. Como no sentir curiosidad o no poder amar y ser amado. Aunque la propuesta es que las fortalezas están presentes en todos los seres humanos, es posible encontrar personas que no expresen determinada fortaleza, por lo que esta situación podría considerarse como la ausencia de dicha fortaleza.

Criterio 10. La sociedad provee instituciones y rituales asociados con el fomento de las fortalezas y virtudes para sustentar su práctica.

Las diferentes culturas establecen situaciones que favorecen eventos particulares y que ayudan a fortalecer la práctica de las fortalezas, con una guía explícita por el ambiente.

Actualmente se realizan estudios en diferentes países y diversas culturas para su identificación y ubicación en la clasificación.

Algunos estudios reportados por Aspinwall y Staudinger (2002) muestran que hay personas que han reportado cambios positivos como resultado de tener alguna enfermedad de importancia, también reportaron cambios negativos, lo que sugiere que ante la presencia de enfermedades se establece un balance entre cambios positivos y negativos que depende de algunas condiciones en particular como la expresión de las fortalezas. Uno de los grandes retos de este campo es el consenso en cuanto al vocabulario y definiciones de los rasgos positivos, por lo que desde hace algunos años se han desarrollado algunas propuestas en cuanto a la clasificación de las fortalezas.

Diversos estudios y teóricos han sugerido que hay independencia entre las emociones positivas y las negativas; es decir, las emociones positivas no son la ausencia de las negativas. Ostir, Ottenbacher y Markides (2004) en el análisis de este fenómeno, destacan un estudio realizado en 1965 por Bradburn y Caplovitz, en el cual la correlación entre reactivos positivos y negativos fue baja, pero alta dentro de cada grupo, así como altas puntuaciones en cada caso tuvieron resultados asociados con diferentes comportamientos. La evidencia biológica en el campo del proceso neuroquímico de la dopamina asociado con emociones positivas, y del metabolismo de la serotonina asociado a emociones negativas marca la diferencia entre estos procesos diferenciándolos entre sí.

Estos datos sugieren que el estudio de los fenómenos positivos debe ser justamente de éstos y no de sus “opuestos” relacionados con la enfermedad; y por otro lado permite la generación de conocimiento específico para esta área, con el objetivo de analizar estos fenómenos en diversas poblaciones y contextos con una perspectiva de promoción de estos fenómenos.

Para contemplar los elementos individuales, la experiencia positiva como tal y su contexto, se ha propuesto considerar las siguientes condiciones:

- Contextualizar el estudio de las fortalezas humanas, los procesos saludables y el logro de los objetivos.
- Establecer un balance en el estudio de la hipótesis sobre las fortalezas con hipótesis de debilidad.
- Usar y desarrollar procedimientos de medición que cuantifiquen procesos saludables.
- Considerar la universalidad de las satisfacciones alcanzadas por las personas.

Lopez, Snyder y Rasmussen (2003) proponen para este último apartado que se consideren aspectos relacionados con una buena vida, como el bienestar, el significado del trabajo, el amor y la interacción social; sugieren que hay suficiente información sobre las fortalezas humanas, y que su estudio es tan antiguo como la humanidad.

Los esfuerzos por definir y medir las fortalezas humanas ha llevado a la medición de rasgos individuales. Esta aproximación disposicional no considera los procesos, ni la dinámica en ellos, sin embargo, si se consideran los procesos involucrados, es posible entonces explicar las respuestas ante diferentes situaciones así como desarrollar intervenciones que promuevan el desarrollo de estas fortalezas. Algunos autores en años recientes sugieren, de acuerdo a lo anterior, que el estudio de las fortalezas humanas se enriquece al complementar la aproximación de rasgo con una aproximación orientada al proceso, lo cual permita identificar momentos y elementos en los cuales se pueda intervenir (Harris, Thoresen & Lopez, 2007).

Con esta aproximación se puede plantear un abordaje preventivo para el bienestar de las personas ante distintas situaciones y condiciones, no es que la psicología positiva sea otra psicología, es un campo que ha destacado la importancia de los aspectos positivos que una amplia gama de escenarios de la disciplina tenían olvidados (Costa & López, 2009; McNulty & Fincham, 2011); para mejorar el estudio del comportamiento, los

pensamientos, las actitudes desde una visión mucho más completa que solo los síntomas y patologías, y sin negar que estas últimas forman parte de la vida y que el estudio del ser humano es mucho más vasto que sólo los aspectos positivos o negativos (Aspinwall & Staudinger, 2002; Costa & López, 2009; Fisher & Wrisberg, 2004; Ironson & Powell, 2005, McNulty & Frncham, 2011; Peterson & Seligman 2004b).

En su análisis, Schwartzmann (2003) refiere que desde los años 80's se ha incorporado poco a poco en las ciencias de la salud el interés por aspectos positivos; inicialmente con la calidad de vida por medio de mediciones de funcionamiento ante diversas patologías o situaciones particulares, y con mediciones de síntomas de ansiedad y depresión. La OMS tiene un papel importante en este tema, y en 1991 crea un grupo de expertos con el fin de trabajar en la definición de la calidad de vida, quienes sugirieron incorporar medidas de la percepción de los involucrados (subjetivas), destacar los aspectos de la vida cotidiana de las personas (multidimensionales), incluir sentimientos positivos y negativos e identificar aspectos particulares del tiempo como la etapa de desarrollo en la que se encuentra el encuestado, así como el momento específico o etapa de la enfermedad que padece (conocida como variabilidad en el tiempo).

La incorporación de aspectos positivos a la tradicional medición de síntomas y grados de disfuncionalidad relacionados con la salud, ha dado la oportunidad de identificar qué aspectos como el sentido de la vida, la esperanza y la voluntad de vivir, y la espiritualidad son factores importantes en el proceso de recuperación (Schwartzmann, 2003).

Los aspectos o elementos positivos (emociones, fortalezas y pensamientos positivos) se han relacionado con mejor desempeño académico, mejor recuperación posoperatoria, mayor satisfacción laboral y desempeño, mejor respuesta inmunológica ante infecciones e incluso con aumento de la longevidad (Fernández-Ballesteros, 2009).

Pero es importante considerar el contexto en el cual se evalúan, ya que los aspectos positivos por si solos no son indicadores de bienestar, el ambiente y las situaciones en las cuales se presentan son de suma importancia para identificar sus efectos en la vida de las personas (McNulty & Fincham, 2011).

## **2.2 Aportaciones de la economía al Bienestar**

Diversas disciplinas han contribuido el estudio del bienestar, entre ellas la economía, la psicología y la sociología; y a partir de cada una de ellas se han desarrollado propuestas para su estudio. Aunque inicialmente las disciplinas de origen se enfocaron en un punto en particular, con el tiempo se han extendido algunas de éstas propuestas a otras áreas, principalmente al área de la salud.

Una de las aportaciones de la economía ha sido la definición de indicadores objetivos relacionados con el bienestar de la población; por ejemplo el nivel de ingreso y su tasa de crecimiento anual, la posesión de bienes duraderos y el acceso a servicios públicos. Desde esta perspectiva se asume que estos factores permiten acceder al bienestar personal. Esta relación entre los indicadores y el bienestar se ha fundamentado por modelos teóricos más que por datos empíricos (Rojas, 2005). En el siglo XIX los economistas se centraban en investigar la conducta de los consumidores con respecto a bienes y servicios por medio de la comparación de los productos, la satisfacción que le brindan y el costo de los productos (Van & Ferrer-I-Carbonell, 1999). En función de este análisis es que se sugiere que las personas eligen productos y buscan la satisfacción de sus necesidades por medio de ellos. Además de los indicadores individuales también se han generado indicadores regionales y nacionales como el Producto Interno Bruto (PIB) que actualmente se emplea por instituciones internacionales de diversa índole (salud,

finanzas, de carácter social) para comparar el nivel de desarrollo de los países entre sí (Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2011).

Es en años recientes que se han relacionado los índices objetivos económicos (capacidad económica para la adquisición de bienes) con la percepción de las personas (bienestar subjetivo) con el componente cognoscitivo -la satisfacción de la vida- y el componente emocional también denominado felicidad (Bernard & Frijters, 1999; Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2011). Se ha reconocido que las mediciones subjetivas tienen diferentes niveles de asociación con los indicadores objetivos del bienestar que van desde  $r=.81$  hasta  $r=.22$  en algunos casos, debido a la interpretación, expectativas y aspiraciones de las personas y componentes culturales. A pesar de que en la economía ha destacado el sesgo de las mediciones subjetivas, también se ha reconocido su importancia para identificar las áreas en las que las políticas públicas puedan incidir y mejorar las mediciones para entender su relación con indicadores objetivos (Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2011).

### 2.3 Bienestar subjetivo

El término de bienestar subjetivo hace referencia a la evaluación que las personas hacen de su vida; esta evaluación puede comprender juicios sobre la satisfacción con la vida y la evaluación de estados emocionales placenteros y displacenteros (Diener & Lucas, 1999). Aunque estos componentes -la satisfacción con la vida y los estados emocionales- están relacionados, se pueden evaluar empíricamente de forma independiente pero de forma conjunta proporcionan una visión general del bienestar. En el caso del estado emocional, se consideran estados placenteros y displacenteros, en una relación de mayor a menor respectivamente se le denomina felicidad. Pero si ambos niveles son elevados, se le cataloga como *altamente emocional*, mientras que alguien con un mayor número de estados emocionales displacenteros, se espera que difícilmente considere su vida como buena o con un elevado nivel de satisfacción.

El bienestar es una valoración vinculada al presente con proyección al futuro, ya que surge del balance entre las expectativas (hacia el futuro) y los logros (del presente) lo que se considera como satisfacción general y en áreas específicas. Esta interacción entre lo social y lo psicológico en un contexto en particular (escenarios específicos) afecta el comportamiento social, ya que influye directamente en la postura que la persona asume en ese contexto (García-Viñegas & González, 2000).

Desde la definición se establece que la medición es desde la perspectiva del participante, y como no se basa en mediciones externas se ha considerado una debilidad del constructo; sin embargo, se propone que el juicio debe corresponder a un estado relativamente estable en el tiempo, con influencia de factores como la salud a largo plazo, las condiciones de vida y los aspectos de la personalidad que interactúan con el medio ambiente (Diener & Lucas, 1999).

Love, Gleib y Goldman (2009) han propuesto que el componente cognoscitivo del bienestar subjetivo es más estable que el componente afectivo ya que es una valuación cognoscitiva de la concordancia entre la vida y las expectativas que tiene la persona sobre ella. En el caso de los AM, el bienestar puede ser un indicador del proceso de adaptación a los cambios asociados con la edad. Estos autores sugieren que la satisfacción con la vida parece no estar afectada por los cambios de la edad, y de hecho se ha propuesto como un indicador de la adaptación por cambios en la salud en AM (Love, Gleib & Goldman, 2009).

Por lo tanto, el bienestar subjetivo tiene un componente cognoscitivo que corresponde al juicio sobre la satisfacción con la vida y el afectivo que es el balance entre el placer y displacer que también se le conoce como felicidad (Reig & Garduño, 2005). Kahneman (1999) sugiere que hay dos nociones de felicidad: la subjetiva que es la reportada por las personas cuando se les pregunta, qué tan felices se sienten, y la objetiva que aunque también está basada en la percepción del individuo, se le denomina objetiva porque está regida por una regla lógica relacionada con un parámetro de tiempo específico. En la felicidad subjetiva se sugiere que cada momento o experiencia es evaluado como bueno/malo. Esta evaluación tiene dos elementos, la atribución subjetiva de la experiencia y la tendencia de seguir o detener la acción o situación. Ambos elementos se llevan a cabo de forma automática, no necesariamente siempre de forma consciente ya que la conciencia de estos elementos daría como resultado el placer o displacer, la aceptación y el rechazo a la situación o acción.

En el caso del componente cognoscitivo del bienestar subjetivo, también se le ha evaluado de forma general y por áreas específicas de la vida. Van y Ferrer-I-Carbonell (2004) realizaron un análisis del estudio de la satisfacción con la vida desde las perspectivas de diversas disciplinas, y argumentan que por ejemplo la antropología, la

economía, las ciencias políticas y por supuesto la psicología, estudian el constructo desde su campo sin considerar la influencia de otros aspectos o elementos que su disciplina no contempla para su análisis, y esto se debe a la complejidad del constructo.

Aunque la satisfacción es medida mentalmente en una escala continua que va desde la insatisfacción total hasta la satisfacción total; de forma práctica se emplean escalas numéricas del cero al diez o del cero al 100 en las cuales las personas ubican la satisfacción. De esta forma se pueden comparar dos situaciones o productos; los economistas en los años noventas emplearon esta estrategia para comparar la satisfacción de bienes y servicios (Van & Ferrer-I-Carbonell, 2004).

La evaluación continua de qué tan satisfecho se está con los diferentes aspectos de la vida tiene el objetivo de mejorar aquéllos que sí son factibles de cambiar. Estos cambios pueden ser desde acciones específicas sobre objetos o bien en acciones que inciden en periodos prolongados de tiempo como el cambio de trabajo. Diener y Lucas (1999) analizan los trabajos de diversos autores sobre la estabilidad en la evaluación de la satisfacción con la vida. Proponen que mediciones a cuatro años correlacionan entre  $r=.52$  y  $.58$  dependiendo del origen de los datos (auto-reporte o por amigos y familiares).

Esta evaluación de la satisfacción con la vida se obtiene mediante una comparación, que puede ser a partir del estado presente en el momento o bien de la información temporalmente más accesible; es decir, de lo que viene primero a la mente y que es relevante para la comparación, ya que esta información contribuye a construir lo que responde a: mi vida ahora (Schwarz & Strack, 1999).

Mehlsen, Kirkegaard, Viidik, Olesen y Zachariae (2005) sugieren que la percepción de control está relacionada con este componente del bienestar. El control sobre el ambiente para generar cambios e incluso sobre el sujeto mismo. En un estudio realizado por los autores con 203 AM en Dinamarca encontraron que en esta muestra la evaluación

de la satisfacción con la vida la realizaron por medio de tres estrategias: comparación social, lo cual significa que compararon su vida con las de otras personas de la misma edad (reportada en el 62%); comparación temporal, las personas compararon los diferentes periodos de su vida (59%); y comparación histórica, al comparar su vida con la de sus padres (reportada por el 37%). Es importante destacar que hubo casos en los que los participantes reportaron el empleo de más de una estrategia. Por lo tanto, el componente cognoscitivo se basa en la comparación ya sea consigo mismo o con los otros.

Se ha propuesto además de la medición global, evaluar diversos aspectos de la vida (como el trabajo, las actividades recreativas, el ingreso económico, la relación marital, la salud etc.) y se ha observado que hay relación entre las diferentes áreas (Van & Ferrer-I-Carbonell, 2004).

Borg, Goine, y Söderberg (2006) estudiaron junto con la satisfacción con la vida, los factores sociales, el estado de salud y las consideraciones financieras, encontrando que las personas con problemas de salud y dificultades económicas reportaron menor satisfacción debido a la problemática para pagar los tratamientos.

Diener, Kesebir y Lucas (2008) proponen que los indicadores objetivos económicos de bienestar están sobreevaluados como parte principal para la toma de decisiones y el establecimiento de políticas públicas e internacionales, y que el bienestar (satisfacción) en diversas áreas puede ser un elemento para realizar un análisis de costo-beneficio. La evaluación de los componentes del bienestar subjetivo se ha realizado en diferentes grupos poblacionales con diferentes características, pero en años recientes se propone realizar mediciones poblacionales, para identificar la relación de los elementos económicos y la satisfacción de la vida (Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2011).

Vázquez y Hervás (2009) realizaron un análisis de la posibilidad de cambio en el nivel de bienestar a lo largo del tiempo. Basados en la información que actualmente se tiene con respecto a los efectos de diversas situaciones positivas o negativas en el bienestar de las personas, se ha observado que estos efectos no son a largo plazo y el bienestar tiende a regresar a su estado basal; a este punto de referencia se le conoce como anclaje. Se sugiere que este retorno se debe a un sistema homeostático que permite regresar a un estado previo a la situación, sea ésta positiva o negativa.

Debido a lo anterior, hay dos posturas con respecto al cambio en el nivel de bienestar: el que argumenta que el cambio es limitado y el que propone que es factible modificarlo.

La postura del cambio limitado argumenta esta condición por estudios en las siguientes áreas:

Genéticos.- Se ha estudiado el componente hereditario del bienestar, sugiriendo que hay límites para el cambio en su nivel, el porcentaje de influencia de la genética se ha establecido en el 50%, que no es modificable (Diener & Lucas, 1999).

Personalidad.- Con los rasgos de personalidad se propone que hay una respuesta emocional característica de los individuos que se mantiene aún con el cambio del medio ambiente (Diener & Lucas, 1999).

Por otro lado, la propuesta de que el cambio es factible se sustenta en investigaciones longitudinales en las cuales se ha observado que el punto de anclaje no es totalmente estable, que si bien hay una tendencia a regresar al estado basal, éste no es inmediato y que este retorno puede llevarse un periodo de hasta dos años. Hay investigaciones en las cuales se ha observado un cambio sostenido de bienestar en algunos grupos específicos y se plantea que al menos el 40% de la varianza puede

deberse a elementos modificables, como actitudes, actividades intencionales y hábitos cotidianos (Vázquez & Hervás, 2009).

Además de las aportaciones del bienestar subjetivo al análisis económico con una perspectiva más amplia del fenómeno global, sus elementos tienen impacto en los individuos y en la sociedad; por ejemplo, el componente afectivo se ha asociado con un mejor estado de salud, mejores relaciones interpersonales y aumento de la longevidad (Diener, Kesebir & Lucas, 2008), con una mejor respuesta del sistema inmunológico y con conductas saludables (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

En relación con la salud se ha identificado que el bienestar es un factor importante en la mortalidad por diferentes causas (como accidentes, enfermedad cardiovascular), ya que en niveles bajos es un factor de riesgo (Love et al., 2009). En el caso específico del componente cognoscitivo se ha sugerido como un potencial predictor de quienes tienen riesgos para problemas de salud, recaídas o alteraciones en el funcionamiento en diversos ámbitos como el laboral y social. También para enfermedades cardiovasculares, dolor crónico, infecciones respiratorias agudas, así como en la intención de prevenir enfermedades y eliminar comportamientos de riesgo. Por otro lado, niveles bajos se han asociado también con episodios de depresión y aumenta el riesgo de suicidio (Frisch et al., 2003).

## 2.4 Aportaciones de la psicología al estudio del Bienestar

Vázquez y Hervás (2009) mencionan que los principales representantes del estudio del bienestar: son el modelo de salud mental positiva de Jahoda, la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan, y el modelo de bienestar de Ryff, los cuales se describen brevemente a continuación.

Maria Jahoda (1958) centró su estudio en la salud mental positiva en el individuo, y propuso seis criterios para identificar el estado de salud, detallando las dimensiones o variables de estos criterios, y sugirió diferentes mediciones de estos criterios y tipos de diseño para su estudio. Aunque mencionó que los aspectos físicos y sociales también eran importantes, se enfocó en el individuo.

Los criterios propuestos fueron: Actitudes hacia sí mismo, crecimiento, desarrollo y autorrealización, integración, autonomía, percepción de la realidad y control ambiental (Vázquez & Hervás, 2009).

El modelo de autodeterminación de Deci y Ryan (1985) se basa en los principios humanistas y en la premisa de que el bienestar es básicamente la consecuencia de un funcionamiento óptimo y no sólo la frecuencia de experiencias placenteras. Este funcionamiento implica la adecuada satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas (vinculación, competencia y autonomía) y un sistema de metas, coherentes con los propios valores e intereses y preferentemente intrínsecas. El bienestar estaría relacionado con el nivel de satisfacción de las tres necesidades básicas y de las metas planteadas. Las necesidades son importantes entre sí más que el dominio de una sobre las otras. Los autores sugieren que la privación en edades tempranas de las necesidades básicas, puede generar necesidades sustitutivas (ejemplo de éstas son el deseo de admiración o

dominación) cuyo objetivo es la reducción de la insatisfacción de las necesidades básicas (Vázquez & Hervás, 2009).

La propuesta desarrollada por Ryff (1989) incluye un esquema de seis dimensiones que integra distintos aspectos del funcionamiento humano óptimo. Las emociones positivas no son parte del bienestar, sino más bien una consecuencia de éste. Las dimensiones son consideradas como índices del bienestar más que predictoras, entre ellos se encuentran: la auto-aceptación, el crecimiento personal, la autonomía, el propósito en la vida, el dominio del control del ambiente, y las relaciones positivas con los otros (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2003). Con esta propuesta teórica de los componentes se ha evaluado el bienestar en diferentes poblaciones y condiciones; ya que además de la definición de las dimensiones, Ryff construyó un instrumento para su medición, y aunque originalmente fue enfocado a AM, desde su publicación se ha aplicado también a diferentes grupos, con adaptaciones para su uso con otros grupos etéreos. Las mediciones independientes de las dimensiones han proporcionado información de elementos como la autonomía, y aspectos de vulnerabilidad que se consideran acompañan al ser humano en su desarrollo (Ryff & Singer, 2003).

La propuesta de medición a partir de los seis elementos no parte de una visión única del bienestar en la vida, sino del contacto directo con experiencias complejas, de las demandas del medio y los retos constantes; lo cual marca desde la perspectiva de la psicología positiva la paradoja entre el dolor y el placer en la vida cotidiana, y el bienestar surge de la relación entre estas dos entidades.

## **2.5 Aspectos positivos del bienestar: índice WHO-Five**

El fenómeno del bienestar es complejo, diversas disciplinas han contribuido a su construcción, con propuestas específicas de medición y con estudios referentes a la factibilidad de generar intervenciones para incrementarlo. Con el reciente auge que ha tenido y su incorporación para evaluar diferentes situaciones de la vida, como la salud, diferentes grupos y organizaciones han tratado de sumarse con propuestas de medición dirigidas a situaciones relacionadas con la salud.

La OMS ha desarrollado el índice de bienestar WHO-Five, el cual es un instrumento para medir el bienestar originalmente dirigido a pacientes diabéticos que actualmente es utilizado para diferentes proyectos internacionales y poblaciones; tiene una página en la red con las versiones traducidas a 28 idiomas, las características para su calificación e interpretación son de libre acceso.

Una de las formas más comunes de evaluar el bienestar en diferentes poblaciones o condiciones sobre todo clínicas ha sido con un índice entre depresión y ansiedad (Vedel et al., 2006; Newnham et al., 2009), el cual no describe en forma alguna los elementos del bienestar. Como resultado de una serie de estudios con respecto a la calidad de vida de pacientes con diabetes en Europa, se desarrolló una propuesta de medición del bienestar destacando los aspectos positivos como la relajación, la alegría, el descanso, la vitalidad y el interés en las actividades cotidianas.

El WHO-Five fue desarrollado en un proyecto de calidad de vida en 1990 para pacientes con diabetes y fue diseñado a partir de diferentes escalas de depresión, ansiedad, de estrés psicológico de Zung y del Inventario de Bienestar Psicológico (PGWB, por sus siglas en inglés) además de la incorporación de otros reactivos específicos para el instrumento. La escala original constaba de 28 reactivos, posteriormente Bech y sus

colaboradores propusieron una versión de 10 reactivos, una de 5 reactivos en 1995 con 4 reactivos positivos y uno negativo, finalmente en 1998 la revisión de esta última versión dio como resultado un índice de 5 reactivos todos positivos (Bech, Raabaek, Kjoller & Kristian, 2003).

Esta última versión tuvo un coeficiente de homogeneidad de .63 y un alfa de Cronbach = .88. La versión disponible en la red tiene seis posibles respuestas que van desde “Todo el tiempo” a “Nunca”; y en algunos casos se ha cambiado la escala de respuesta a numérica de cero a 100 (Bech et al., 2003; Bonsignore, Barkow, Jessen & Heun, 2001).

Actualmente el WHO-Five forma parte de una evaluación del bienestar de la OMS a nivel mundial, ha sido traducida a 28 idiomas (Vedel et al., 2006, Newnham, et al., 2009). También se han realizado estudios de adaptación y validación al japonés para su uso en la detección de depresión con pacientes diabéticos y al árabe para la identificación de depresión en AM (Awata, et. al., 2007; Mehio, Chaaya, Tohme, Mahfoud & Al-Amin, 2009).

Se evaluó la validez externa del WHO-Five (en sus dos versiones, con cuatro y cinco reactivos positivos) con la Entrevista Internacional Diagnóstica (CIDI por sus siglas en inglés) que se emplea para la detección de diversos desórdenes psiquiátricos de acuerdo con los criterios del CIE-10, en una muestra de 367 personas mayores de 50 años y se encontró que la versión con los cinco reactivos positivos es más específica para detectar depresión (Bonsignore et al., 2001).

Se incluyó el índice WHO-Five para la evaluación de los aspectos positivos del bienestar, junto con el componente cognoscitivo del bienestar subjetivo (Keyes, 2005; Love et al., 2009).

## 2.6 Intervenciones dirigidas al fomento del Bienestar

Un gran número de intervenciones psicológicas se han desarrollado para disminuir el malestar, los síntomas y reducir el impacto de la patología psicológica en la vida de las personas, teniendo a las enfermedades como punto central de intervención, y por lo tanto su curación. Esto indudablemente ha generado el aumento del conocimiento sobre las patologías y los tratamientos más efectivos; sin embargo, con el paso de los años y la creciente prevalencia de muchas de las psicopatologías, la prevención ha cobrado mayor importancia, pero desde el paradigma de la curación esto sin duda es un reto (Harvard, 2008; Vázquez & Hervás, 2009).

El modelo médico ha establecido la pauta del objetivo de estudio (la enfermedad) y el punto central de la intervención (la curación) desde un esquema fundamentalmente de alteraciones biológicas (Pereira & Smith, 2006). La psicología se ha desarrollado en este mismo modelo, y con el objetivo de disminuir la patología psicológica y el malestar se han desarrollado un gran número de intervenciones y estrategias exitosas; sin embargo, no se incluye el bienestar o la felicidad como un aspecto a tratar en la terapia, ni para su medición o fomento en el tratamiento (Lyubomirsky & Dickerhoof, 2010). Este énfasis por la enfermedad ha sido criticado desde el enfoque de la psicología positiva, ya que la reducción del malestar no necesariamente implica el aumento del bienestar (Costa & López, 2009, Ryff et al., 2006; Sheldon & King, 2001).

La ausencia de enfermedad se ha asociado a la salud, aunque en años recientes se ha identificado que los estados emocionales positivos no necesariamente aumentan con el tratamiento para reducir la sintomatología negativa o patológica. Aunque si hay una correlación entre la depresión y la felicidad ( $r = -.35$ ), ésta es mucho más baja del uno que se pudiera esperar (Seligman, 2008). Por lo tanto, la inclusión en la medición de aspectos

positivos (que son más que sólo la ausencia de enfermedad) entre ellos el bienestar y en las intervenciones, como un componente más podría proporcionar información de cómo se relaciona el tratamiento de la psicopatología con los aspectos positivos.

Burns (2010) propone que la disminución de los síntomas no significa que las personas se sientan bien (felices, satisfechas y con un mayor estado de bienestar). Algunos autores seguidores de la psicología positiva proponen que la felicidad debe ser la meta final de la psicoterapia, independientemente del problema motivo de consulta y que la inclusión del bienestar en los tratamientos puede tener mayores beneficios para los pacientes (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

Para esto se han desarrollado estrategias cognitivas y conductuales específicas para el fomento del bienestar, como la práctica intencional de pensamientos optimistas o de gratitud, evocación de experiencias positivas, acciones para la expresión de la gratitud y la ejecución de acciones altruistas hacia los otros (Sin & Lyubomirsky, 2009; Lyubomirsky & Dickerhoof, 2010).

Entre las intervenciones enfocadas al bienestar, diferentes autores han mencionado la intervención de la felicidad de Fordyce (1977), y la del bienestar de Fava (1998) como las propuestas antecedentes más importantes para el fomento de aspectos positivos. En años más recientes, Frisch (2006) desarrolló una intervención para mejorar la calidad de vida (Hervás, Sánchez & Vázquez, 2008; Seligman, Rashid & Parks, 2006). Estas propuestas se describen a continuación:

**2.6.1. Propuesta de Fordyce para la felicidad.** Hervás, Sánchez y Vázquez (2009) resumen los estudios de Fordyce (1977-1983) realizados sobre el bienestar y la felicidad. Inicialmente, con la comparación del efecto de tres estrategias diferentes para el fomento de la felicidad: psicoeducación, instrucciones en acciones específicas y actividades sin instrucción. Se observó que para aumentar el bienestar se requería una actividad intencional sostenida. A partir de sus resultados, Fordyce diseñó un programa que denominó “Programa de los catorce componentes fundamentales”, el cual está basado en ese número de actividades específicas. Actividades de corta duración como por ejemplo: mantenerse activo, mejorar las relaciones sociales, fomentar pensamientos positivos y mejorar la organización del tiempo.

Este programa se implementó junto con una intervención sólo con contenidos generales sobre la felicidad. También se desarrollaron versiones cortas del programa con sólo un tercio del contenido, las cuales fueron tan efectivas como la versión completa. En el seguimiento de 9 a 18 meses de concluida la intervención corta y con la evaluación por auto-reportes se identificó que el 39% de los participantes incorporaron esas actividades a su vida diaria.

Por su parte, Duckworth, Steen y Seligman (2005) destacan en su revisión del trabajo de Fordyce que el elemento más importante es el hallazgo de poder aumentar la felicidad, de cambiar el nivel de felicidad con una intervención y a la par disminuir los niveles de ansiedad y depresión. Mazzuchelli, Kane y Ress (2010) sugieren que la adaptación del programa de Fordyce con intervenciones de activación conductual han mostrado ser efectivos para aumentar los niveles de bienestar en personas con o sin depresión siendo una alternativa para el trabajo preventivo.

**2.6.2 Propuesta de Fava para el Bienestar.** Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conty y Grandi (1998) desarrollaron e implementaron una intervención terapéutica para incrementar el bienestar psicológico de pacientes con síntomas residuales de trastornos afectivos, con respuesta satisfactoria al tratamiento medicamentoso para el trastorno. Los trastornos incluyeron depresión mayor, trastorno de pánico con agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo; participaron 20 pacientes quienes fueron asignados aleatoriamente al tratamiento para los síntomas residuales con la intervención de bienestar o tratamiento cognitivo conductual, y el periodo de la terapia fue de ocho semanas.

Se evaluaron síntomas depresivos y el bienestar psicológico con la escala de Ryff (Ryff, 1989) que mide seis factores: autonomía, crecimiento personal, maestría en el ambiente, propósito en la vida, relaciones positivas y auto aceptación. Se encontraron diferencias significativas entre las dos intervenciones con las mediciones de sintomatología depresiva ( $t(18)=5.58$ ,  $p=.001$ ). Además de observarse una diferencia significativa en el bienestar psicológico entre los dos grupos ( $p=.05$ ). Estos resultados sugieren que el enfoque de los aspectos positivos tiene efectos adicionales además de la reducción de los síntomas en este caso residuales, ya que los factores del bienestar psicológico permiten el desarrollo de las capacidades humanas diferentes a la enfermedad (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conty & Grandi, 1998).

La intervención del bienestar se implementó también como parte de un paquete cognitivo conductual para pacientes con depresión mayor tratados con tratamiento medicamentoso; el objetivo de la intervención fue reducir los síntomas residuales. Se asignaron aleatoriamente a los pacientes a la intervención cognitiva conductual y al manejo clínico, que consistió en el monitoreo de la medicación. La terapia del bienestar incluyó estrategias como el reporte de episodios de bienestar y su evaluación diaria en

una escala de 0-100; la identificación de pensamientos que interferían con el bienestar de cada uno de los participantes, además de la evaluación de los 6 factores del bienestar psicológico para que, posterior a su evaluación, se promovieran los factores con puntuaciones más bajas. Se encontraron diferencias entre las varianzas de ambos grupos. En el seguimiento a dos años, 25% de los pacientes con terapia cognitiva conductual recayeron; mientras que para el grupo de mantenimiento clínico fue del 80% (Fava, Rafanelli, Cazzaro et al., 1998).

Fava y Ruini (2003) en revisiones recientes han propuesto incrementar el número de sesiones hasta 16, dependiendo del grupo y el avance en los componentes de la intervención. Aunque la intervención del bienestar tiene bases cognitivo conductuales, tiene una estructura directiva, orientada hacia el problema y basada en el modelo educativo. El objetivo de la misma no es la reducción del malestar, sino el aumento del bienestar, por lo tanto los autores proponen que el bienestar se incorpore a la evaluación de la recuperación de los pacientes, ya que la respuesta al tratamiento es sólo la reducción de los síntomas, y el bienestar requiere de estrategias particulares. Se pueden emplear estrategias como la reestructuración cognoscitiva, la programación de actividades, el entrenamiento en asertividad y la solución de problemas para alcanzar el nivel óptimo del bienestar psicológico en sus diferentes áreas.

La incorporación de elementos positivos como el bienestar a la evaluación de las intervenciones en pacientes con trastornos del afecto puede tener efectos importantes en los pacientes, ya que niveles bajos de bienestar dan como resultado condiciones de vulnerabilidad para situaciones adversas futuras que desencadenen recaídas (Fava, Rafanelli, Cazzaro et al., 1998; Fava & Ruini, 2003). Por sus resultados, tanto en los síntomas como en el bienestar, Berrocal, Ruini y Fava (2009) proponen la incorporación de esta intervención o de algunos de sus elementos al tratamiento de pacientes con

síntomas residuales de trastornos afectivos, de trastornos de la imagen corporal, de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y con grupos de adultos mayores.

**2.6.3 Propuesta de Frisch.** En el campo de la salud, en el caso de la psicología, de la terapia o de intervenciones específicas, se ha buscado indicadores del cambio como resultado del tratamiento. Frisch et al, (2003) sugieren que el mejor indicador clínico es la calidad de vida, como la experiencia cotidiana de funcionamiento de los pacientes. Frisch propuso una intervención para el fomento de la calidad de vida con un esquema cognitivo conductual para pacientes con depresión.

La propuesta se basa en el modelo de bienestar de Diener (2000). Frisch propuso que el bienestar global se sustenta en la satisfacción de aspectos específicos, tales como salud, economía, relaciones con los otros, creatividad y solidaridad; en total propuso diez y seis. También describió un proceso de cuatro pasos para llegar a la satisfacción (Frisch et al, 2003):

1. Circunstancias del contexto particular (elementos objetivos)
2. Aspectos subjetivos como actitudes e interpretaciones del contexto
3. Parámetros individuales de acuerdo a las metas establecidas
4. Evaluación de ese aspecto en particular

Con estos pasos facilitarían evaluar cada uno de los aspectos, o bien de aquéllos en los que los niveles de satisfacción son bajos (Hervás, Sánchez & Vázquez, 2009).

En pacientes con trasplante de pulmón se ha identificado la importancia de las intervenciones psicológicas para incrementar su calidad de vida, y disminuir la depresión y la ansiedad con la respuesta al trasplante. Pacientes en lista de espera de trasplante de pulmón ( $n=31$ ) completaron la evaluación, intervención y seguimiento a uno y 3 meses de

seguimiento, los pacientes fueron asignados al azar a una intervención de apoyo y a la de calidad de vida (Rodrigue, Baz, Widows & Ehlers, 2005).

La intervención tuvo algunas sesiones vía telefónica debido a las dificultades de los pacientes para asistir a las sesiones; el formato fue de una intervención breve, y algunas de las estrategias particulares fueron el fomento de la expresión escrita de la respuesta emocional con los otros, estrategias para incrementar el contacto y el apoyo social, técnicas de relajación, uso de diarios de estrés, técnicas de solución de problemas, técnicas para la revaloración de metas y valores antes y después de la cirugía. La evaluación se llevó a cabo con el Inventario de Calidad de Vida (QOLI por sus siglas en inglés), alteraciones del estado de ánimo e intimidad social. Se encontró que los pacientes en la intervención para calidad de vida incrementaron significativamente su calidad de vida, en el seguimiento a un mes y a los tres meses. Aunque la muestra es pequeña los autores sugirieron que esta intervención puede ser empleada en otras muestras con enfermedades diversas (Rodrigue et al., 2005).

El desarrollo de estudios sobre el bienestar y elementos positivos no sólo es importante desde la perspectiva de la psicología positiva ya que se han identificado implicaciones para la salud. Collins, Goldman y Rodríguez (2008) analizaron la relación entre el bienestar y la salud, y varios estudios sugieren que el afecto positivo es un factor protector para el desarrollo de alteraciones de movilidad y también para la mortalidad, para la disminución de la probabilidad de tener un derrame cerebral a 2, 6 y 7 años de seguimiento, con el ajuste de variables sociodemográficas y de salud en adultos mayores. Los estudios relacionados con el componente cognoscitivo –satisfacción de la vida- se han vinculado con la disminución de la posibilidad de tener accidentes fatales, discapacidad para el trabajo, mortalidad por enfermedades y accidentes en hombres, con seguimiento a 11 y 20 años.

Los autores reiteraron que el bienestar tiene un efecto en la discapacidad y la sobrevivencia a lo largo del tiempo. Con respecto al pensamiento dirigido al futuro, los autores concluyeron que estos pensamientos se relacionan con la recuperación post operatoria, mejor respuesta al tratamiento y disminución de la mortalidad relacionada con causas cardiovasculares (Collins et al., 2008).

Rasmussen, Wrosch, Scheier & Carver (2006) proponen la posibilidad de considerar a la satisfacción en la vida como un indicador de la adaptación de las personas a las metas no alcanzadas y el planteamiento de nuevas metas, siendo esta estrategia de suma importancia ante alteraciones de salud como enfermedades crónicas o de movilidad. La evaluación del bienestar y su fomento pueden ser estrategias para impactar en la salud de las personas; por sí mismo el componente subjetivo es ya suficiente para desarrollar intervenciones desde la perspectiva de atención de la psicología, pero si además es posible impactar en el estado de salud de las personas, su aplicación puede tener efectos importantes en el sistema de salud.

Sin y Lyubomirsky (2009) realizaron un metanálisis que comprende estudios reportados entre 1977 y 2008 con bases de datos electrónicas y personales; codificaron como moderadores de los participantes: estatus de depresión (presente o ausente); la edad de los participantes (niños/adolescentes hasta 17 años, adultos jóvenes de 18 a 35 años, adultos de edad media de 36 a 59 años y adultos mayores de 60 años en adelante); la auto-selección del participante a la intervención positiva (auto-selección/asignación). Las variables moderadoras fueron: duración de la intervención (hasta 4 semanas, de 5-7 semanas, de 8 a 12 semanas y más de 12 semanas); el tipo de intervención (individual, grupal, auto-administrada); y comparación con tipo de grupo (no control/control neutral/placebo/ tratamiento tradicional).

Se analizaron 49 estudios para bienestar, el tamaño del efecto fue de un rango de  $r = -.31$  a  $r = .84$ , con un 96% de efectos predichos hacia una dirección positiva. Aunque con tamaños del efecto heterogéneos ( $\chi^2(48) = 230.92$ , de una cola  $p = 9 \times 10^{-26}$ ), los autores sugieren que se debe a la presencia de los moderadores. Para la evaluación de la depresión se incluyeron 25 estudios, el rango del tamaño del efecto fue de  $r = -.28$  a  $r = .81$ , y al igual que para el bienestar, los moderadores afectan la variación en el tamaño del efecto ( $\chi^2(24) = 146.32$  de una cola  $p = 2 \times 10^{-19}$ ).

Al combinar los resultados para bienestar (49 estudios) y depresión (25 estudios), la magnitud de los efectos es en promedio  $r = .29$  y  $r = .31$ , respectivamente. Los resultados sugieren que estas intervenciones aumentan significativamente el bienestar y disminuyen los síntomas depresivos. Las intervenciones tienen un mayor efecto en participantes deprimidos, de mayor edad (el efecto aumenta con la edad), con la motivación para participar específicamente en este tipo de intervenciones positivas, en formato individual seguido por el grupal, y con mayor duración.

Diferentes estrategias, herramientas y actividades se han implementado en diversas poblaciones para incrementar el bienestar y la felicidad, y se han observado cambios que se mantienen al menos durante los siguientes 6 meses de la intervención (Lyubomirsky, 2002; Seligman et al., 2005). Con los cambios observados en los individuos, la propuesta es desarrollar intervenciones para grupos, organizaciones y comunidades, de tal forma que se mejore la calidad de vida de los participantes por medio del aumento del bienestar en diferentes ámbitos. Las intervenciones deben lograr que este cambio en el bienestar incida en el nivel basal del mismo para que a lo largo del seguimiento este aumento se mantenga y no sea sólo un cambio temporal durante la intervención (Diener, Lucas & Scollon, 2006).

**2.6.4. Características y efectos de las intervenciones en AM.** Las intervenciones mencionadas anteriormente han tenido el objetivo de mejorar las condiciones de las personas independientemente de otros componentes específicos para problemáticas particulares. La propuesta de diversos autores es incorporar estas estrategias junto con los programas ya estandarizados para indagar el impacto en los diferentes grupos o pacientes (Vázquez, Hervás & Ho, 2006).

Uno de los grupos a los cuales se han enfocado diversas intervenciones es el de los AM. En muchos países es una necesidad el trabajo con los AM para fomentar los aspectos positivos, el bienestar y su calidad de vida. A continuación se describen algunas de las intervenciones dirigidas a ellos.

Una de las intervenciones ha sido la reminiscencia, la cual es el recuerdo voluntario de eventos de la vida. La reminiscencia se ha estudiado junto con el envejecimiento exitoso; consta de relatar eventos importantes y definir el significado de los mismos en la vida en general de los participantes. Esto permite resaltar los valores, las capacidades y habilidades personales ante situaciones difíciles, puede realizarse sola o en grupo. Las intervenciones en AM con el empleo de la reminiscencia puede facilitar el desarrollo de estrategias de enfrentamiento para las situaciones relacionadas con el envejecimiento, reforzar el sentido y significado de la vida, por el análisis del éxito en situaciones pasadas y la posibilidad de tenerlo nuevamente en los planes a futuro, además de promover la reconciliación (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2007).

En el metanálisis realizado por Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers y Smit (2007) de los últimos cinco años, 15 estudios fueron identificados en intervenciones de reminiscencia en AM. Se encontró que tuvieron un efecto moderado (.54) sobre la satisfacción de la vida y el bienestar emocional. Los autores sugirieron que la técnica “Resumen de la vida” es más efectiva que la reminiscencia simple, ya que el resumen se enfoca en los

acontecimientos importantes (tanto buenos como malos) de la vida, para posteriormente ser evaluados por los participantes y resolver conflictos pasados.

La evaluación de las etapas anteriores o del momento presente tiene relación con el bienestar, Mehlsen et al. (2005) evaluaron en 203 AM en Dinamarca el proceso cognitivo (la justificación o razón para evaluar un periodo de la vida: niñez, juventud, adultez y senectud), y encontraron que para evaluarlo como satisfactorio se marcaron las cualidades generales del periodo, aspectos que son valorados como positivos; mientras que para la valoración negativa, el principal reporte fue por eventos negativos específicos de esa etapa, como la pérdida de un ser querido. Los autores proponen que la valoración positiva de la etapa presente de los AM, depende en gran medida de la identificación de aspectos positivos, y que la generalización de un apartado positivo específico a toda la etapa, puede ayudar al reconocimiento de habilidades, y que con su empleo promuevan la adaptación y la salud mental y social. Los elementos cognitivos implicados en el bienestar pueden ser incluidos como parte de un programa de intervención, ya que con estrategias cognitivas se podrían establecer objetivos dirigidos a identificar elementos positivos en la etapa actual del AM.

El bienestar promueve un estado en el que las personas son más productivas, sociables y creativas en diversos ámbitos de la vida, como en el trabajo, en las relaciones interpersonales y en su relación con el medio ambiente. Los cambios físicos, de roles, económicos y sociales que se presentan en los AM inciden directamente en su bienestar. Diversos autores han propuesto que es posible fomentar el bienestar en AM por medio de intervenciones dirigidas a aspectos positivos, y que estas intervenciones pueden incluirse en diferentes escenarios, como los programas ya establecidos en la atención y educación dirigidos a este grupo de edad (Davis, 2005; Kennedy, Abbott & Rosenberg, 2002; Sener, Terzioglu & Karabulut, 2007).

El fomento del bienestar debe ser antes de que se presenten los efectos negativos de los cambios en los AM, promover el desarrollo de las fortalezas y el bienestar para incrementar sus recursos en el presente y proyectarlo a los años posteriores. Para el trabajo con AM se sugiere diseñar intervenciones no cortas, ya que para promover el cambio en esta población se requiere de mayor tiempo para la realización de los ejercicios y tener retroalimentación de los mismos en su vida cotidiana (Bohlmeijer et al., 2007).

El enfoque sobre el bienestar y las emociones positivas sobre la enfermedad establece la posibilidad de trabajar en población abierta sin patologías previamente diagnosticadas para fomentar el bienestar, así como prevenir posibles trastornos afectivos futuros (Cloninger, 2006). Seligman, Rashid & Parks (2006) argumentan que el efecto de las intervenciones positivas radica en la identificación de aspectos positivos en la vida diaria, así como de las fortalezas individuales, su expresión y los esfuerzos (por medio de los ejercicios) para mejorar su situación. Por ello, es fundamental que la práctica se incorpore a la vida cotidiana de las personas y no sólo como parte de la intervención, en un lapso de tiempo específico.

Con el enfoque hacia el bienestar y el desarrollo de las capacidades de las personas para manipular su medio ambiente, tener relaciones satisfactorias con los otros, aumentar el afecto positivo, y desarrollar y mantener conductas saludables, se requieren de intervenciones específicas para diferentes grupos y escenarios para alcanzar estos objetivos. Así como su adaptación e inclusión a tratamientos dirigidos a un trastorno en particular como la depresión, para que de forma simultánea disminuya la sintomatología depresiva y se incrementen los aspectos positivos (Ong & Bergman, 2004).

Las diferentes estrategias y modalidades en el enfoque de los aspectos positivos han mostrado que el trabajo con AM es eficaz y que al promover aspectos positivos se están previenen alteraciones emocionales con el beneficio de fortalecer los recursos y

habilidades para situaciones futuras. Dadas las condiciones de México con la transición demográfica, el fomento de aspectos positivos puede centrarse en el bienestar para el diseño e implementación de intervenciones para los AM, como una alternativa a la demanda de atención y compromiso social que se tiene con este grupo, buscando desde esta visión positiva mejorar la calidad de vida de los AM.

## **2.7 Variables asociadas al Bienestar**

Debido al interés de darle un enfoque hacia la salud al proyecto de investigación de la presente Tesis, se realizó una búsqueda de artículos que abordaban determinantes o variables asociadas al bienestar en AM. Las bases consultadas fueron Psychinfo, EBSCO y Pubmed, de los últimos cinco años. Se identificaron 52 artículos, de los que se revisaron 30 en formato completo, con el objetivo de identificar las variables de mayor impacto en el bienestar en este grupo de edad.

De este análisis se identificó por el resultado del análisis estadístico y en conjunto con la frecuencia de las variables en los diferentes estudios, que las de mayor importancia con relación al bienestar son: esperanza, salud percibida, depresión y espiritualidad.

## **2.8 Esperanza**

Peterson y Seligman (2004b) en su propuesta de las fortalezas humanas agruparon la esperanza, el optimismo, la apertura de mente y la orientación al futuro como fortalezas dirigidas al futuro. Debido a que comparten la dirección, las definieron como un conjunto de cogniciones, emociones y motivaciones dirigidas hacia ese periodo de tiempo. En un análisis más fino de los elementos que las constituyen, incluyeron pensamientos dirigidos al futuro, expectativas de que eventos deseados o resultados favorables ocurran, así como la realización de acciones que aumentan las posibilidades de que ese evento esperado ocurra; además de tener un componente emocional constituido por sentimientos de confianza respecto al esfuerzo necesario para llegar a la meta.

Estos autores (Peterson & Seligman, 2004b) sugieren que hay diferencias muy particulares entre estos constructos, y que la esperanza es más emocional; mientras que el optimismo se enfoca más a las expectativas, la resolución y la orientación al futuro.

La historia del constructo de la esperanza se ha desarrollado desde el discurso judeo-cristiano como una virtud; sin embargo, ésta hace referencia en el contexto de la psicología positiva, a las expectativas sobre situaciones que tienen una posibilidad razonable de cambiar.

Con el trabajo de Erikson (1950), la esperanza fue un elemento del desarrollo cognitivo saludable; su descripción se basó en su aproximación como la creencia de poder mantener los deseos, los cuales le dan sentido a la vida (Lopez, Snyder & Pedrotti, 2003). Por lo tanto, la esperanza en este contexto está formada por un grupo de pensamientos o creencias que permite a los seres humanos moverse o dirigirse hacia sus metas.

En el análisis que realizaron Lopez, Snyder y Pedrotti (2003) destacan la aportación que realizó Breznitz en 1986 al definirla como un estado cognitivo, con características suficientemente fuertes para generar la respuesta fisiológica, haciendo a ésta una última parte importante de la esperanza. Mencionan que otras propuestas han considerado elementos como las expectativas de resultado, los deseos y las posibilidades de éxito que en interacción promueven la activación y la movilización del sujeto hacia su meta. Y que en el desarrollo del constructo en la literatura, la esperanza se ha definido como una emoción, un sentimiento que permite mantener las creencias ante determinadas circunstancias, y desde la psicología también se ha destacado el componente emocional de la esperanza (Lopez, Snyder & Pedrotti, 2003).

Averill, Catlin y Chon (1990) fundamentaron su teoría conceptualizando a la esperanza como una emoción determinada por cogniciones. Para ellos la esperanza es

más apropiada cuando las metas son razonablemente alcanzables, bajo control, vistas como importantes y aceptables en un nivel social y moral. Por lo tanto, la cultura y la sociedad afectan en la definición de la esperanza. El ambiente puede tener un efecto que favorezca el desarrollo o deterioro de la esperanza desde una perspectiva cultural.

También el componente conductual se ha abordado, Lopez et al. (2003) enfatizan en este sentido la propuesta de Mowrer de 1960, que conceptualizó definiéndola como un reforzador afectivo secundario. En sus estudios, la esperanza se identificaba cuando en experimentos estímulo-respuesta el sujeto asociaba el estímulo con un efecto agradable, lo cual aumentaba la actividad para alcanzar la meta.

**2.8.1 Modelo de Snyder.** Las aproximaciones ya descritas son las más importantes con respecto a la esperanza, lo cual hace complicado su abordaje con tal diversidad; sin embargo, el interés por el fenómeno ha fomentado el desarrollo de definiciones recientes. Para Snyder (1994) la esperanza es un conjunto de cogniciones basadas en el desarrollo recíproco del sentido de determinación *agency* exitoso hacia una meta, y los caminos *pathways* o estrategias para llegar a ella (Snyder, 2000).

De acuerdo con esta propuesta (Lopez, Snyder & Pedrotti, 2003; Snyder, Sympton, Michel & Cheavens, 2002), la esperanza está constituida por los componentes, cognoscitivos –son los pensamientos dirigidos hacia una meta y los caminos o estrategias para alcanzarla- los motivacionales – por la determinación o agencia-, y los emocionales – como consecuencia del éxito o fracaso para llegar a la meta-.

Una parte importante en el estudio de la esperanza son las metas, ya que se requiere de un objeto que tenga valor para el sujeto y cierto grado de incertidumbre. Para las metas que tienen un 100% de probabilidad de alcanzarse no se requiere esperanza; lo mismo sucede para aquellas que tienen un 0% de probabilidad (Snyder, 2000); las metas intermedias entre esos porcentajes, son las que se consideran el estudio de la esperanza.

Las metas varían de acuerdo al tiempo en corto y largo plazo, pero, en ambos casos las metas son valoradas como deseables; también pueden variar en dificultad, aquellas metas que tienen mayor dificultad requieren de un esfuerzo superior. Las metas pueden ser orientadas a la aproximación, lo cual indica que son aspectos que deseamos; o de naturaleza preventiva, algo negativo que se desea no pase. Por lo tanto se ha identificado una relación importante entre la esperanza y el pensamiento al futuro.

El otro componente cognitivo se ha definido como los caminos o estrategias para alcanzar la meta; éstos son rutas posibles para llegar al objetivo deseado. Se sugiere que primero se adquieren los caminos; es decir, la forma en la cual se puede llegar a ella y posteriormente la dirección, por lo que una vez adquiridas estas estrategias pueden ser empleadas para metas diferentes.

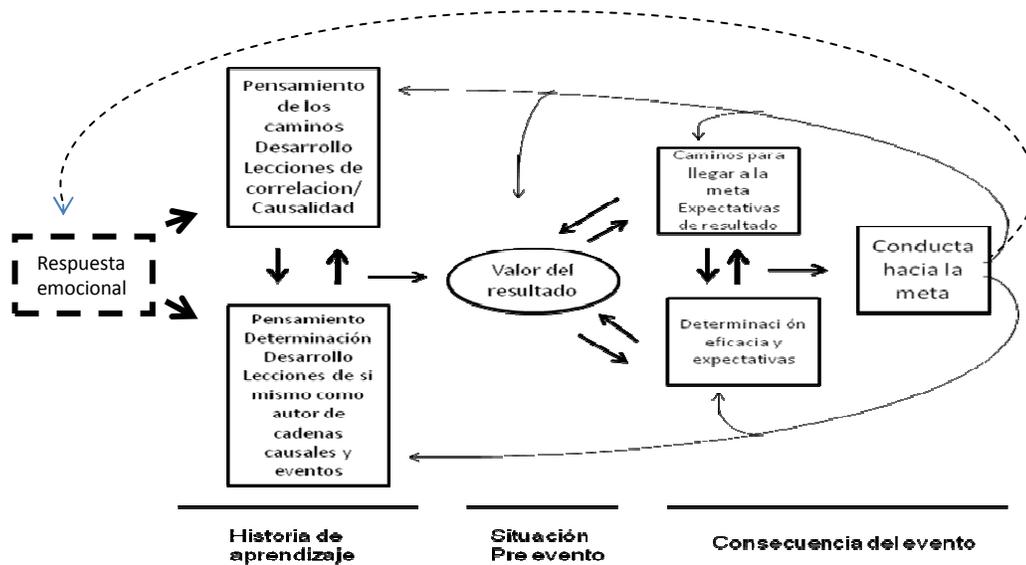
El componente motivacional es lo que se ha catalogado como determinación o agency, y que en su definición hace referencia a la dirección para llegar a la meta planteada. En este caso la determinación dirige al sujeto a través de las posibles rutas o caminos para llegar al objetivo, y además de incluir esta percepción de movimiento por los caminos también incluye la percepción de las habilidades para perseverar en el intento para llegar al objetivo.

Se sugiere que de forma inicial es la determinación que activa el movimiento de los caminos; sin embargo la relación entre estos componentes se mantiene durante todo el intento por llegar a la meta, ya que se van retroalimentando y fortaleciendo entre ellos simultáneamente.

Con respecto al componente emocional, en la teoría de Snyder (2000) éste es un resultado de los pensamientos dirigidos hacia la meta. Las emociones positivas son la consecuencia de la percepción de éxito para alcanzar el objetivo, y las emociones negativas lo son de la percepción de fracaso.

La esperanza es por lo tanto un sistema interrelacionado de pensamientos con un sistema de retroalimentación que se presenta en la Figura 1. Los componentes cognoscitivos y motivacionales interactúan no sólo durante la situación, el esquema plantea que las experiencias previas y las consecuencias del resultado interactúan con los componentes.

Figura 1 Esquema de retroalimentación los elementos de la esperanza (Snyder, 2000).



Nota: Información obtenida de Snyder, Handbook of hope. Theory, measures, & Applications, 2000. Adaptado.

La influencia de las experiencias previas influye en las situaciones futuras. Se ha observado que los niños tienen en general puntuaciones más elevadas de esperanza que los adultos, lo que sugiere que las situaciones de la vida adulta influyen en esta reducción, ya que las dificultades que se presentan pueden impactar en la situación de diversas formas; sin embargo, se han desarrollado propuestas de intervención para el fomento de los componentes de la esperanza en los niños como una forma de fomentarla en edades subsecuentes (Snyder, 2000).

**2.8.2 Mediciones de la esperanza.** Se han basado fundamentalmente en lo que las personas reportan, en lo que generalmente creen; y este tipo de mediciones se ha sustentado desde una única perspectiva cognitiva o emocional de la esperanza. Sin embargo, se han sugerido mediciones de ambos aspectos o de otro tipo de elementos como la observación de conductas de esperanza en simulaciones, o en el reporte de acciones de esperanza en un determinado lapso de tiempo (Peterson & Seligman, 2004b).

Diversos instrumentos se han desarrollado, como la *Straits Hope Scale* (1989), en la cual se identifica la deseabilidad de que el evento ocurra y de forma simultánea se mide la posibilidad de que ocurra; tiene 18 reactivos dirigidos a adultos (Lopez, Snyder et al., 2003).

Un instrumento que ha sido ampliamente empleado es la escala para adultos de la esperanza disposicional desarrollada por Snyder, et al., (1991), llamada escala de Esperanza, creada para individuos de 15 años en adelante; en los reactivos se le pide a las personas que identifiquen la opción que mejor los describa ante determinadas situaciones en una escala tipo Likert con ocho opciones de respuesta. Tiene dos factores: la activación para alcanzar las metas, y la habilidad para generar los caminos para alcanzar las metas. En las aplicaciones a diferentes poblaciones se han obtenido coeficientes de Cronbach entre .74 a .84. En el factor de activación se han obtenido alfas de .71 a .76; mientras que en el de habilidad de identificar estos caminos ha sido de .70 a .80. En cuanto a la confiabilidad temporal se han obtenido correlaciones test – retest de  $r=.85$  y  $.76$  a intervalos de tres semanas y a 10 semanas respectivamente en muestras de alumnos universitarios. Para la validez convergente se ha observado una correlación con escalas de autoestima ( $r= .58$ ), con escalas de expectativas generales de éxito ( $r=$

.55). Para la validez divergente, se ha evaluado con escalas de depresión y desesperanza, obteniendo correlación negativas,  $r = -.42$  y  $-.51$  respectivamente (Snyder et al., 2002).

En México se desarrolló una escala para evaluar la esperanza (Vargas, 1995) a partir del diferencial semántico con personas entre 17 y 24 años. En el análisis factorial se identificaron 10 factores, aunque la escala final con 53 reactivos solo incluyó a los seis más importantes: relaciones familiares (relaciones entre los miembros), desempeño laboral (capacidad para desarrollar su trabajo), amistad (y confianza entre amigos), bienestar personal (tranquilidad por no tener problemas de salud ni económicos), apoyo familiar (apoyo de la familia) y seguridad laboral (por contar y mantener un empleo), matrimonial (relaciones con el cónyuge), económico (tipo de vida que puede tener), ayuda paterna (de ambos padres) y abnegación (sacrificio propio en beneficio de terceros). La escala incluye la importancia de esa situación para la persona y la probabilidad de lograr esa meta, con una escala tipo Likert de cinco opciones para ambos aspectos.

También se desarrolló una escala para evaluar la esperanza en niños de ocho a 16 años con seis reactivos (tres reactivos para cada uno de los factores) y opciones de respuesta tipo Likert con seis opciones que van desde “Nada” a “Todo el tiempo”. Los factores de caminos y determinación han tenido un coeficiente de Cronbach de .74 a .81 en diversas aplicaciones con poblaciones y escenarios diferentes (Snyder, et al., 1997). Otra escala de esperanza se desarrolló para el estudio del bienestar Gallup en 2008 en ambientes escolares, con la escala de Esperanza específica para el desarrollo académico, los factores tuvieron coeficientes de Cronbach  $>.70$  (Gallup, 2009).

Diversos autores han propuesto la necesidad de incorporar a las mediciones disposicionales elementos del proceso con el objetivo de evaluar en las intervenciones el

cambio en el proceso (Harris et al., 2007); sin embargo, con respecto a la esperanza no hay instrumentos que incluyan el proceso ni elementos conductuales.

Se han podido identificar los efectos de la esperanza en diferentes poblaciones y aspectos, como en el desempeño académico, en la disminución de la ansiedad y la depresión, en el incremento del bienestar físico y en la recuperación post-operatoria (Snuder, 2000; Snyder et al., 2002). También se ha observado correlación positiva entre la esperanza y las creencias con respecto al valor personal en niños y una correlación negativa con la depresión (Snyder, 1991; Ulven & Snyder, 2000). En adultos se ha observado correlación con autoestima (Larsen, Hemenover, Norris & Cacioppo, 2003; Post, 2005) y se ha identificado su importancia ante la pérdida de un ser querido o de trabajo (Snyder, 2000; Snyder et al., 2002) y en el desarrollo académico (Lopez, 2009).

En aspectos más particulares se ha observado una relación positiva con la solución de problemas y con los estilos de enfrentamiento activos; esto se explica con la identificación de posibles caminos para alcanzar el objetivo (Peterson & Seligman, 2004b).

En relación con la salud en pacientes post-operados, la esperanza se ha asociado con mejores estrategias de enfrentamiento. En el caso de mujeres universitarias, puntuaciones elevadas de esperanza se relacionaron con mayor conocimiento del cáncer y una respuesta de enfrentamiento con respecto a la posibilidad de tener la enfermedad, lo cual se sugiere que la esperanza influye de forma positiva en la adaptación a la enfermedad. En pacientes con fibromialgia, pacientes con altos niveles de esperanza correlacionaron de forma positiva con mayores beneficios en el tratamiento que aquéllos con niveles bajos (Snyder et al., 2002).

En los AM se propone que la esperanza es un elemento importante en el proceso de envejecimiento y que puede modificarse en cualquier etapa de la vida. Las metas para

los AM difieren de forma significativa para otros grupos de edad, entre las cuales se pueden encontrar; mantener el contacto con amigos y familiares, mantenerse activo y saludable, con las connotaciones físicas y los roles correspondientes a la edad. Con el establecimiento de nuevas metas se pueden emplear caminos ya adquiridos o bien adquirir nuevos, aunque algunas metas del pasado pueden ayudar a dar significado a la vida, es importante fomentar nuevas metas orientadas al futuro (Snyder, 2000).

Se han planteado diversas estrategias para el fomento de la esperanza (como la terapia de reminiscencia y la técnica de solución de problemas) en las cuales fundamentalmente se promueve la identificación de metas, de caminos exitosos en experiencias previas y la identificación de posibilidades en una situación determinada para nuevos caminos exitosos (Snyder, 2000).

**2.8.3 Intervenciones dirigidas al fomento de la esperanza.** En la última década con el desarrollo del modelo de la esperanza de Snyder (2000) como una fortaleza, en la psicología positiva ha impulsado el desarrollo de intervenciones psicológicas, algunas como parte de un tratamiento y otras con el objetivo central de incrementar la esperanza. Específicamente en las intervenciones de las fortalezas, y la esperanza es una de ellas, las intervenciones no se enfocan a identificar cuánto se tiene sino a cómo se desarrolla, lo cual implica reconocer las habilidades que se tienen y la decisión individual de mejorar o incrementar esas habilidades (Biswas-Diener, Kashdan & Minhas, 2011).

Se ha observado una relación importante entre el bienestar en su componente cognitivo (satisfacción de la vida) y las fortalezas en diversos grupos y poblaciones. Algunos autores han propuesto que la evidencia que se tiene hasta el momento del fomento de las fortalezas es un punto importante para el diseño de intervenciones que impacten en el bienestar (Brdar & Kashdan, 2010; Park, Peterson & Seligman, 2004).

Las intervenciones dirigidas a la esperanza bajo el modelo de Snyder (2000) se enfocan en los elementos del modelo: el establecimiento de metas a futuro, los caminos para alcanzarlas y el incremento de la determinación para llegar a esas metas.

Diferentes autores han coincidido en que para el fomento de la esperanza es fundamental trabajar en sus componentes, iniciando con el establecimiento de metas viables y significativas para los participantes. La elección de la meta es siempre por parte del participante, el instructor solo guía la elección de la misma en función de ser cuantificable, clara y concisa. Con respecto a los caminos para llegar a las metas, han sugerido el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales, así como ejercicios cognitivos para reconocer las posibles dificultades u obstáculos, y los caminos posibles para llegar a la meta considerando los obstáculos. La motivación se ha trabajado por medio de auto-afirmaciones como “Yo puedo lograrlo”, y con el apoyo y retroalimentación del grupo (la gran mayoría de las intervenciones tienen formato grupal) por los logros alcanzados. Se ha enfatizado la importancia de las intervenciones grupales, ya que al presentar, analizar y escuchar las experiencias de otros se pueden identificar caminos nuevos y fortalecer la determinación (Cheavens & Gum, 2010; Hervás et al., 2009, Nel, 2010; Weis, 2010).

El proceso terapéutico de la esperanza tiene dos etapas, una es la instauración de la esperanza y la otra el aumento. La primera etapa implica el reconocimiento por parte de los participantes de cómo la esperanza se ha desarrollado y modificado a lo largo de su vida; esto puede llevarse a cabo por narraciones cotidianas de los pensamientos y comportamientos relacionados con la esperanza en su vida. Para el análisis de las narraciones se establece una guía de preguntas que facilite a los participantes reconocer los elementos de la esperanza en esa situación en particular. Para el aumento de la

esperanza se requiere de la evaluación de los componentes para encaminar la intervención a ese aspecto (Lopez, Floyd, Ulven & Snyder, 2000; Nel, 2010).

En el programa diseñado por Cheavens, Feldman, Gum, Michel y Snyder (2006) para el fomento de la esperanza, diseñado para una intervención comunitaria, incluyeron técnicas para:

- a) El establecimiento de metas claras, significativas, alcanzables y medibles por medio de avances observables durante la intervención (ocho semanas).
- b) La identificación de caminos o vías para llegar a la meta considerando posibles obstáculos.
- c) El fomento de la determinación para mantener vigente la meta, aún a pesar de los obstáculos y dificultades.

El programa tuvo un formato de sesiones semanales de dos horas cada una y un plan de cuatro etapas para cada sesión:

- 1) Discusión de los contenidos de la semana previa.
- 2) Psico-educación sobre los aspectos teóricos del modelo de la esperanza con cada uno de sus componentes (Snyder, 2000).
- 3) Discusión grupal de la forma de aplicar la esperanza y sus elementos a la vida cotidiana a través de las metas que los participantes establecieron.
- 4) Establecimiento de tareas semanales para casa, dependiendo de las metas individuales y el elemento a trabajar.

La evaluación incluyó el abordaje de sintomatología depresiva, esperanza, ansiedad, autoestima y propósito en la vida. Se observó que la esperanza tiene una correlación negativa con la depresión ( $r = -.73$ ), la ansiedad ( $r = -.64$ ), las dificultades con la autoestima ( $r = -.67$ ), y positiva con el propósito en la vida ( $r = .70$ ). Además se encontró que la esperanza predice la sintomatología de los trastornos del afecto ( $\beta = -0.59$ ,  $p = .001$ ).

Cheavens y Gum (2010) modificaron el manual desarrollado por Snyder: Making Hope Happen, en un protocolo de intervención grupal de 8 semanas. Los autores sugieren que un gran número de personas tiene dificultades en definir claramente qué desean para su futuro (un deficiente establecimiento de metas); las formas para llegar a esas metas (camino para alcanzar las metas), y la motivación para llegar a ellas (determinación), y sugieren que las intervenciones de esta índole son benéficas para la gran mayoría de los participantes y que incluso reducen la sintomatología depresiva.

En la etapa inicial de la intervención se les solicitó a los participantes que establecieran una meta significativa, con la característica de obtener datos concretos de los avances en las 8 semanas subsecuentes. Esta tarea implica definir en términos concretos la meta. El trabajo grupal incluyó el apoyo a los avances alcanzados semanalmente por los integrantes y el fomento de la motivación para seguir avanzando por los alcances observados en los otros. Otra estrategia para mantener la motivación fue la identificación de fases a corto plazo de la meta que permitieron dar evidencia de los avances concretos.

Las tareas que se dejaron fueron específicas con respecto a la meta individual, por lo cual los autores no presentan un diseño particular; sin embargo proponen dos instrucciones específicas para todos los participantes independientemente de la naturaleza de la meta:

- a) Identificación de posibles obstáculos para llegar a ella y estrategias o caminos para resolverlos.
- b) Diseño del mapa de la meta, que es su representación gráfica, su ubicación al momento del diseño y los posibles caminos para llegar a ella.

Ambas actividades individuales se presentan al grupo, lo que permite incorporar sugerencias de los asistentes y del instructor.

Por su parte, Weis (2010) propone que una forma de promover pensamientos de determinación es la evocación voluntaria de recuerdos en los cuales se vencieron los obstáculos y se alcanzaron las metas. También sugiere que la esperanza más que una terapia es un modelo que explica el cambio en la terapia: que tiene un objetivo claro, las vías para lograrlo o alcanzarlo y la determinación para lograrlo.

Aunque hay generalidades de las intervenciones para la esperanza, se han desarrollado estrategias para el incremento de la esperanza en diferentes grupos, como intervenciones en escuelas para niños, y para niños con problemas particulares de abuso y descuido, con juegos, cuentos y narraciones; McDermonntt y Hastings (2000) proponen que la esperanza en las etapas de la edad adulta y adultos mayores está relacionada con las etapas previas; sin embargo, es posible incrementar estos niveles en cualquier etapa de la vida por lo que es importante tomar en cuenta las metas de las diferentes etapas, las condiciones del ambiente y de la persona.

Aunque hay estudios específicos sobre intervenciones para el fomento de la esperanza, Duckworth et al. (2005) proponen que ésta puede ser una estrategia general que se puede incorporar en diferentes intervenciones positivas.

Por lo tanto, el objetivo general de las intervenciones en esperanza es incrementar los componentes cognoscitivos de la esperanza, y las estrategias pueden incluir ejercicios cognitivos, ensayos conductuales o bien narrativos.

Weis y Speridakos (2011) reportaron en su metanálisis que los principales elementos de las intervenciones de la esperanza son:

1. La presentación del modelo de la esperanza, que incluye los elementos cognoscitivos (metas, barreras, estrategias, caminos y determinación).
2. Guía del instructor para la identificación de metas significativas para los participantes, lo que se puede incluir con el análisis de diversas áreas de la vida.

3. Una vez identificada la meta por el participante se generan posibles caminos y, en caso de ser necesario, la división de la meta en etapas o pasos; esta división permite en muchos casos aumentar la determinación por medio de la evidencia en el logro de estas etapas o pasos y no esperar sólo el resultado final de la meta.

4. Anticipación de barreras que impidan el alcance de la meta y la consideración de posibles caminos ante estas barreras.

5. Fomento de la determinación por medio de experiencias exitosas previas, a través del recuerdo individual o narración al grupo de situaciones que los participantes identifiquen. El análisis de este apartado en particular incluye la identificación de pensamientos que afecten de forma inversa la determinación con elementos de incapacidad, absolutismo o derrota, de tal forma que sean cuestionados y puedan generarse pensamientos relacionados con el reconocimiento de las habilidades, posibilidades y avances.

Algunos autores sugieren que este tipo de intervenciones se pueden incorporar a ambientes escolares para fomentar desde edades tempranas la esperanza (Lopez et, al., 2000).

Weis y Speridakos (2011) argumentan que se han popularizado las intervenciones en esperanza sin un análisis científico previo de su efectividad, por lo cual sugieren cautela ante la premisa de su gran efecto en la salud, la respuesta inmunológica y la reducción del estrés. Los autores realizaron un metanálisis con los artículos publicados entre 1994 y 2011 en bases de datos relevantes, y encontraron 179 artículos de los cuales sólo pudieron incluir 27 en el análisis por los criterios de inclusión (sustento teórico de algún modelo psicológico, evaluación de la esperanza con un instrumento validado y manipulación por medio de alguna forma de intervención). Los autores sugieren que los resultados varían de acuerdo a la edad, al escenario (clínico o comunitario), el desarrollo

de la intervención basada en un manual, en el formato de la intervención grupal o individual y en la preparación específica del instructor o de un profesional de la salud.

Encontraron un mejor funcionamiento en el grupo experimental que en el control, con un incremento en la esperanza aunque débil (un efecto  $d = .22$ ); y sólo en aquellas con población especial (niños con capacidades diferentes, psiquiátricos y residencias geriátricas) se observó una disminución de la esperanza. Mientras que para los estudios que incluyeron mediciones de bienestar se encontró significativo con un rango pequeño  $z(9)=2.42$ ,  $p=.016$ ,  $d = .16$ . Las intervenciones de laboratorio por investigadores tuvieron un efecto más grande ( $d = .39$ ) que por profesionales no especializados ( $d = .18$ ); las intervenciones de una sola sesión ( $d=.40$ ) tuvieron un efecto mayor que las de más sesiones ( $d=.19$ ); y las intervenciones en ambientes comunitarios tuvieron un mejor efecto ( $d=.30$ ) que las de ambientes clínicos ( $d = .19$ ). Finalmente, se observó un efecto en el bienestar  $-z(9)=2.42$ ,  $p=.016$ ,  $d = .16$ -, aunque no tan amplio como se ha reportado con anterioridad.

Los resultados son independientes del diseño, los instrumentos empleados, la edad de los participantes (aunque sólo se pueden clasificar en niños, adolescentes y adultos), el formato de la intervención, y el uso del manual (cabe resaltar que de todas las intervenciones sólo 4 de las 27 mencionan contar con él).

Uno de los elementos que los autores señalan es que la reducción de 179 a 27 estudios se debió en gran medida a que muchos de ellos no tenían un sustento teórico y/o que la evaluación de la intervención no tenía ninguna relación con el constructo de la esperanza; lo cual resalta el uso del término no basado en el análisis y fundamento teórico de la psicología positiva, el poco conocimiento del marco teórico por parte de los investigadores y la aseveración de que la reducción de malestar o síntomas (de ansiedad o depresión) implican el aumento de aspectos positivos (Weis & Speridakos, 2011).

Aunque no se identificaron intervenciones realizadas en grupos de AM en escenarios comunitarios, Bohlmeijer et al. (2007) proponen que el número de sesiones para este grupo no sea el mínimo estipulado que para otras poblaciones ya que el tiempo necesario para generar cambios es mayor. Vopel (2005) propone que con actividades específicas y sencillas es posible trabajar con aspectos positivos (cognoscitivos, emocionales y conductuales) que les brinden evidencia a los participantes de estos aspectos en su vida cotidiana.

**2.8.4 Esperanza y bienestar.** La relación entre la esperanza y el bienestar se ha planteado desde la teoría de la esperanza de Snyder (2000). En un estudio realizado por Park et al. (2004) en tres muestras ( $n_1=3,907$ ,  $n_2= 852$  y  $n_3= 540$ ) de participantes que respondieron el cuestionario de fortalezas y la escala de bienestar de Diener en páginas electrónicas, se encontró que la esperanza correlacionó con el bienestar en la muestra 1 ( $r= .53$ ), en la muestra 2 ( $r= .48$ ) y en la muestra 3 ( $r= .59$ ).

En el caso de AM, Davis (2005) estudió el bienestar, la esperanza, la espiritualidad y la ansiedad. Participaron 130 AM con media de edad de 76.5 años, con un rango de 62 a 89 años en New Jersey. De esta muestra, 85% fueron mujeres, más del 90% caucásicos, 63% viudos, un poco más del 50% católicos. Se encontró una correlación de  $r= .56$  de la esperanza con el bienestar, de  $r= .25$  de la esperanza con la espiritualidad y de  $r= .30$  de la espiritualidad con el bienestar. Se realizaron análisis de regresión y se encontró que la esperanza influyó en el bienestar explicando el 32% de éste. Al incluirse esperanza y espiritualidad la varianza explicada se redujo a un 27%. Lo anterior parece indicar que la esperanza es un buen predictor del bienestar.

## 2.9 Salud percibida

La salud se ha identificado como un marcador de estatus social que permite la participación activa y el cumplimiento de diversos roles; y esto se refuerza por los medios de comunicación y por las instituciones (Kelley-Moore, Schumacher, Kahana & Kahana, 2006). La salud y la enfermedad son constructos de la cultura del contexto social, del ambiente físico y de las orientaciones individuales. Aunque para las instituciones encargadas de brindar la atención la salud es, en la mayoría de los casos, la ausencia de enfermedad y la posibilidad de cumplir con las funciones y roles; para los pacientes esta concepción puede variar. En el caso de los AM la salud implica no tener enfermedades, tener energía y capacidad para realizar sus actividades junto con una sensación de bienestar.

La importancia del reporte de la percepción en salud se basa en la evaluación de los sentimientos, ideas y creencias que tienen las personas con respecto a su condición de salud, que se ha asociado con indicadores objetivos como el número de enfermedades crónicas, el periodo de desarrollo de las mismas, la agudización de los problemas crónicos y la dependencia para la realización de las actividades cotidianas. Esta percepción proporciona información de la experiencia individual de la condición de salud, lo que complementa los indicadores objetivos y se le ha considerado a la percepción en salud como un predictor de enfermedad y longevidad junto con otros indicadores fisiológicos (Beaman, Reyes, García-Peña & Cortes, 2004; Cohen & Pressman, 2006).

Ong y Bergman (2004) sugirieron que aunque hay datos respecto a la pérdida de las funciones o discapacidad en la salud mental y el bienestar, se conoce poco de los mecanismos psicológicos por los cuales el estado de salud afecta el bienestar en la

vejez. Uno de los aspectos que permite identificar este estado de salud, es justamente el percibido y auto-reportado por los participantes, siendo un indicador de la salud general.

Kelley-Moore, Schumacher, Kahana y Kahana (2006) sugieren que puntajes bajos o pobres de la percepción de salud o salud subjetiva en diferentes poblaciones clínicas están asociados con el incremento de cambios en la salud, como lo son el inicio de enfermedades crónicas, el uso de medicamentos y el dolor; pero esta percepción no necesariamente refleja cambios negativos en la salud, ya que personas con una evaluación pobre de salud obtenida por indicadores objetivos, pueden reportar percepciones elevadas con respecto a su condición actual.

Los autores (Kelley-Moore et al., 2006) sugieren considerar los siguientes aspectos en la evaluación de la salud asociados a la discapacidad de los adultos:

- a) Aunque la percepción del estado de salud pareciera individual es en realidad un proceso social (por ejemplo, al considerar las opiniones de otras personas).
- b) El significado que se les puede dar a las acciones o funciones de determinado rol, que al ejecutarlas satisfactoriamente se consideran sinónimo de buena salud.
- c) Elevados niveles de apoyo emocional y social que ante situaciones específicas tienden a incrementar la evaluación de salud.

Los cambios recientes -en las últimas semanas o días- en la salud física de los AM, como el incremento de sintomatología o dolor, afectan la evaluación que ellos realizan sobre su capacidad de ser independientes, de moverse libremente y transportarse y de su capacidad para interactuar socialmente. Esta evaluación subjetiva tiende a incluir la comparación con un grupo de referencia, generalmente con un grupo de pares de la misma edad, y está influenciada por la orientación individual hacia la salud. Por ejemplo, personas pesimistas, ansiosas o depresivas reportan bajos niveles de salud

independientemente de su estado físico al momento de la evaluación (Kelley-Moore et al., 2006).

Algunos estudios sobre la relación entre la salud percibida y el bienestar se han desarrollado en población clínica. Por ejemplo con AM con artritis y fibromialgia, en quienes se ha estudiado la relación entre el afecto positivo, la percepción en salud y síntomas como el dolor, se ha encontrado que hay una relación entre la percepción elevada de salud y afecto positivo, y también una relación entre afecto negativo y la baja percepción en salud (Cohen & Pressman, 2006).

Moyano y Ramos (2007) propusieron que en relación con el bienestar es más importante el reporte de la persona que la valoración física, ya que el impacto de una enfermedad depende de la percepción que tiene la persona de su situación en particular. La relación entre la salud física y el bienestar puede estar mediada por la adaptación a la enfermedad, la comparación que realiza la persona con otros y la evaluación individual de su estado de salud.

**2.9.1 Mediciones de Salud percibida: Escala de Salud Física (SF-36).** La escala SF-36 se desarrolló con el objetivo de evaluar la calidad de vida, en 1991 se inició el proyecto de evaluación internacional de la calidad de vida en el cual se tradujo la escala a diversos idiomas para probar sus características psicométricas en muestras interculturales, y actualmente se emplea en más de 40 países. En México se realizó una aplicación para adaptar la escala y establecer normas de calificación para las subescalas. Se aplicó en el sureste del país a una muestra de 257 personas, 87 usuarios de los servicios de salud y 170 trabajadores de instituciones públicas como controles, se identificó un alfa de Cronbach= .73 para la subescala de salud general y la media fue de 40 ( $DE=15.9$ ) para la muestra de usuarios; mientras que para la de trabajadores fue de 72

( $DE=18.2$ ). Estas puntuaciones fueron para el grupo de edad de 55 a 64 años (Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek & Medina-Moreno, 1999).

Posteriormente, Durán-Arenas, Gallegos-Carrillo, Salinas-Escudero y Martínez-Salgado (2004) en Sonora y Oaxaca como parte de la encuesta de zonas urbanas y rurales (se eligieron estos estados por su representatividad de la región norte y sur del país). De esta aplicación se obtuvieron las calificaciones promedio y datos normativos (promedios, desviaciones estándar e intervalos de confianza de 95%) para las subescalas por rangos de edad, ya que contó con más de 4 mil aplicaciones. Se presentan los datos correspondientes al grupo de AM de ambos estados en la siguiente Tabla 3.

Tabla 3

Puntuaciones de la subescala de salud general por rango de edad en la muestra.

Rango de edad	N de sujetos	Valor medio	Desviación estandar	Intervalo de confianza de 95%
55-64	978	49.9	0.4	49.1 - 50.7
65-74	483	47.6	0.6	46.4 - 48.7
75 y más	204	45.4	1.0	43.4 - 47.3

Nota: Modificada de Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el formato corto 36. Durán-Arenas et al. (2004).Revista de Salud Pública de México.

Al comparar la totalidad de la muestra por estados se observó una diferencia de poco más de 7 puntos en la subescala de salud general, Oaxaca obtuvo una puntuación de 56.61 y Sonora de 48.84. Aunque el estudio no presenta datos representativos del país, los autores sugieren que la información proporcionada puede ser considerada como normativa dependiendo de la región en la que se realice la aplicación.

**2.9.2 Salud percibida y bienestar.** Lowis, Eduards y Burton (2009) realizaron un análisis de las variables relacionadas con la satisfacción en la vida y el bienestar, y mencionaron que varios estudios realizados en la década de los 80's proponen una relación positiva entre la salud percibida y la satisfacción con el retiro de la vida laboral (jubilación) y una relación negativa con síntomas psicósomáticos.

Los estudios realizados en la última década, en los que se ha analizado la relación entre la salud percibida y el bienestar, proporcionan diferentes datos al respecto: por ejemplo, en el estudio realizado en Florida, Estados Unidos por Aldelt (2003) con 103 AM, se encontró una correlación de  $r = .51$ ,  $p = .01$ ; mientras que el resultado obtenido por Mella et al. (2004) en una muestra de 145 AM en Chile fue de  $r = .278$ ,  $p = 0.001$ .

Sener, Terzioglu y Karabulut (2007) realizaron un estudio sobre la satisfacción en la vida en 230 hombres retirados en Turquía, con una media de edad de 65.73 años. Encontraron que el mayor porcentaje de la muestra reportó su salud como pobre (36%), seguido por excelente salud (21%) y buena salud (en un 19%). Además de la salud percibida se evaluaron aspectos de las actividades que realizan en su tiempo libre, como los tipos de actividades, la frecuencia con las que las realizan, la satisfacción con estas actividades, la importancia percibida de participar en estas actividades, el ingreso económico, el nivel educativo y la edad. Los autores identificaron en el análisis de regresión lineal que los determinantes de la satisfacción en la vida fueron la frecuencia de participación en actividades en su tiempo libre ( $\beta = .471$ ,  $p = .001$ ), la percepción de buena salud ( $\beta = .265$ ,  $p = .001$ ), la planeación de actividades para su tiempo libre ( $\beta = .172$ ,  $p = .001$ ) y el ingreso ( $\beta = .116$ ,  $p = .01$ ). Aunque el análisis se centró en este estudio en las actividades del tiempo libre, los autores resaltaron la importancia de la salud percibida en relación con la satisfacción de la vida, y argumentaron que la relación depende de la afectación de la vida cotidiana por la enfermedad; aquellas enfermedades que afectan la

movilidad e interacción con los demás están vinculadas con una pobre percepción de salud.

Warr, Butcher y Robertron (2004) en un estudio en Inglaterra con 1,167 adultos (con un rango de 50-74 años de edad) se les preguntó a los participantes cómo se encontraba su salud en la última semana, además de la aplicación del Cuestionario de Salud (SF-36), encontrando una correlación significativa entre la salud percibida y el bienestar en su apartado cognitivo de satisfacción de la vida ( $r = .23$ ,  $p = 0.001$ ). Moyano y Ramos (2007) encontraron una correlación más baja ( $r = .21$ ,  $p = 0.01$ ) en su estudio con una muestra de 927 personas en Chile, aunque su rango de edad fue de 17 a 77 años.

Dzuka y Dalbert (2006) estudiaron en una muestra de 122 AM residentes de asilos en Eslovaquia la relación entre el bienestar con los componentes cognitivo y emocional (afecto positivo y negativo), creencias de justicia en el mundo, contactos sociales y salud percibida. Esta última correlacionó positivamente con la satisfacción en la vida ( $r = .33$ ,  $p = 0.01$ ), con el afecto positivo ( $r = .50$ ,  $p = 0.001$ ), con las creencias de justicia en el mundo ( $r = .22$ ,  $p = 0.01$ ) y con contactos sociales ( $r = .18$ ,  $p = 0.05$ ). La correlación fue negativa con afecto negativo ( $r = -.40$ ,  $p = 0.001$ ).

En el análisis de regresión múltiple se esperaba por estudios previos, que los predictores para cada uno de los componentes del bienestar subjetivo fueran educación, contactos sociales y salud percibida; sin embargo, no se confirmó la educación en este estudio. De los tres factores hipotetizados sólo la salud percibida mostró asociaciones con los tres componentes del bienestar, y en el análisis de regresión la salud percibida fue el mejor predictor para la satisfacción de la vida ( $\beta = .20$ ,  $p = .012$ ).

En México se evaluó la salud percibida en 21,576 AM derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a nivel nacional entre los años 1998 y 1999. Los resultados mostraron que la mayor frecuencia se presentó en el rango de bien con el

44%, seguido por una pobre percepción con el 34%, muy pobre con el 18%, y sólo el 4% reportó una salud percibida excelente (Beaman et al., 2004).

La percepción de salud positiva fue mayor en los hombres que en las mujeres, y disminuyó con el incremento de la edad en ambos grupos. La escolaridad es un factor que se relacionó con la percepción positiva; a mayor nivel educativo incrementa la percepción de salud positiva en los hombres, y lo mismo sucede en las mujeres pero detrimenta cuando se alcanzan niveles de educación profesional y más. Los autores propusieron que el escaso número de mujeres con escolaridades superiores a la profesional puede ser una explicación para el fenómeno. La percepción de salud positiva fue menor en aquellos AM dependientes, con estado de desnutrición, con problemas de visión, audición, movilidad e incontinencia (Beaman et al., 2004).

Lenze et al. (2001) en su revisión de intervenciones en AM (sobre depresión y discapacidad) destacan que éstas tuvieron un efecto en la reducción de la depresión y un aumento en la salud percibida, lo que impactó en su calidad de vida, aunque no hubo un efecto o cambio significativo en el funcionamiento físico evaluado con indicadores objetivos.

En el estudio del bienestar y la salud percibida se han incluido otras variables, como por ejemplo la depresión, ya que las enfermedades crónicas pueden causar síntomas depresivos posteriores al diagnóstico o por los cambios en el estilo de vida del AM debidos al tratamiento de la enfermedad. También se ha incorporado la esperanza y la espiritualidad como aspectos que se relacionan con el significado de la vida ante la presencia de enfermedades.

## 2.10 Espiritualidad

Uno de los aspectos que se ha incorporado al estudio de los AM es la religiosidad/espiritualidad. Diversos autores (Bailly & Roussiau, 2010; Buendía & Riquelme, 1997; Vázquez & Hervás, 2009; Peterson & Seligman, 2004; Sawatzky, Ratner & Chiu, 2005) han llegado a conclusiones opuestas respecto a ella, en cuanto a si está positiva o negativamente correlacionada con el bienestar, debido a que hay resultados en ambos sentidos. También han propuesto también que estas diferencias se deben fundamentalmente al tipo de mediciones que se han realizado del constructo. Rivera (2003) argumentó que durante algunos años la espiritualidad y la religiosidad se tomaron como sinónimos, pero que en años recientes se han concebido y operacionalizado de forma diferente.

Al respecto Rivera (2003) presentó un análisis de los diferentes autores que han trabajado sobre la espiritualidad/religiosidad y de las características propias de cada constructo, entre las que se encuentran:

La religiosidad se vincula a un sistema de creencias y acciones relacionado con cultos organizados socialmente, muchas veces con instituciones formales y prácticas grupales dentro de éstas; mientras que la espiritualidad está relacionada con el significado personal, el sentido de la vida y la relación con un ser supremo; que es el resultado de un estado interno, basado en las experiencias personales. La religiosidad enfatiza las experiencias individuales, los pensamientos y las creencias sobre las actividades asociadas a las prácticas religiosas o cumplimiento de los rituales, en la que se destaca la aceptación y seguimiento de las creencias, prácticas y rituales tradicionales de la doctrina (Lowis et al., 2009; Rivera, 2007).

**2.10.1 Definición.** La espiritualidad se ha concebido como un constructo diferente de la religiosidad y se ha relacionado con la dimensión de conciencia y trascendencia. Las características de la espiritualidad son: la relación más allá de lo físico, psicológico o social con lo que se ha denominado divinidad, o gran poder; está asociada con la búsqueda existencial del significado y el propósito en la vida; es definida por las experiencias subjetivas y no necesariamente por las conductas o prácticas del dogma; y por último, refleja la diferencia entre quienes se consideran espirituales, pero no religiosos; es decir, tienen un sistema de creencias sobre la divinidad y su relación con ella, pero no necesariamente están afiliados a un dogma en particular. Algunos autores proponen que la espiritualidad está orientada hacia lo sacro (Sawatzky, Ratner & Chiu, 2005).

Diversos autores argumentan que el constructo de espiritualidad es multifactorial y que las diferentes interpretaciones que se han encontrado en el ámbito de la salud se debe a los instrumentos que se han empleado, algunos desde la pertenencia a un dogma religioso, a las acciones (relacionadas a la práctica religiosa) y otros al énfasis de la interacción social o aspectos cognitivos. Por ejemplo, algunas mediciones hacen referencia a la religiosidad, intrínseca o extrínseca. La primera es un marco cognitivo de referencia que permite entender y explicar aspectos de la vida, la segunda es una aproximación instrumental a convenios sociales religiosos (Ardelt, 2003; Daaleman & Frey, 2004; Smith, Poll & McCullough, 2003).

**2.10.2 Mediciones de Espiritualidad: Escala de bienestar espiritual (EBE).** Rivera-Ledesma y Montero-López (2007) realizaron un estudio en México en dos muestras de AM a las que se les aplicó la subescala de relación con Dios de la Escala de Bienestar Espiritual (EBE, Montero-López y Sierra, 1996) conformada por 11 reactivos, la

cual ha sido adaptada para México, obteniendo una confiabilidad test-retest de .86 y una consistencia interna de  $\alpha = .78$ ; el instrumento evalúa la relación personal con Dios en sus expresiones cognitivas, emocional y conductual. Se obtuvo un  $\alpha = .84$  en este estudio para la EBE, y en el análisis factorial arrojó dos factores 1) relación satisfactoria con Dios, y 2) relación insatisfactoria con Dios. En la escala original no observó este segundo factor; sin embargo los autores sugieren que se debe a la inversión del reactivo en su traducción al español.

**2.10.3 Espiritualidad y bienestar.** La relación de la espiritualidad o religiosidad y la salud se ha establecido desde hace algunos años con reducción en índices de mortalidad, enfermedad cardiovascular, hipertensión y depresión (Ardelt, 2003). Los autores Kennedy, Abbott y Rosenberg (2002) proponen que aunque la evidencia entre la religiosidad/espiritualidad y la salud es limitada aún, es un factor importante en pacientes con enfermedades, sobre todo en el factor de significado de la vida, y señalan que se cuenta con propuestas de medición sobre el interés en la religión, religiosidad intrínseca, devoción personal y auto-trascendencia.

Los autores implementaron una intervención de 2.5 días dirigida a pacientes con afecciones cardíacas y su cuidador primario, el programa incluye discusión sobre aspectos del cuidado de la salud, como elementos de relajación (manejo de estrés, relajación progresiva, yoga e imaginación dirigida), consejería nutricional, ejercicios grupales (para el fomento de la autoeficacia en la toma de decisiones, la autoestima y habilidades de comunicación), promoción del apoyo social y principios espirituales (meditación, oración, perdón y aceptación del control). La intervención se realizó en Wisconsin, Estados Unidos, participaron 51 pacientes y 21 cuidadores, con un promedio de edad de 56 años. Se evaluaron el bienestar, espiritualidad y significado y propósito en

la vida, pre y post test. En el post-test y en el seguimiento a 6 meses, se les pidió a los participantes que indicaran el cambio en determinados sentimientos y pensamientos a partir de la intervención. En la evaluación pre intervención no se encontró una correlación significativa entre bienestar y espiritualidad; sin embargo, el aumento en la evaluación post intervención de la espiritualidad estuvo asociado con el incremento en el bienestar ( $r = .41, p = .001$ ). En la evaluación de seguimiento sólo se obtuvo respuesta del 47% de la muestra (34 participantes), y se encontró que de éstos el 97% reportó un incremento del bienestar y 68% de la espiritualidad (Kennedy, Abbott & Rosenberg, 2002).

Ardelt (2003) en un estudio realizado en Florida, Estados Unidos con 103 AM (de 58 a 74 años) sobre factores religiosos (religiosidad intrínseca y extrínseca, actividades espirituales compartidas y afiliación religiosa) encontraron que la frecuencia de actividades espirituales compartidas tuvieron la más alta correlación con el bienestar ( $r = .35, p = .01$ ), seguido por la afiliación religiosa ( $r = .32, p = .01$ ), religiosidad intrínseca ( $r = .27, p = .01$ ), y con una correlación negativa con la religiosidad extrínseca ( $r = -.23, p = .05$ ). Se encontró una correlación negativa entre la religiosidad intrínseca y extrínseca ( $r = -.26, p = .01$ ), la afiliación religiosa correlacionó positivamente con las actividades espirituales compartidas ( $r = .44, p = .01$ ). En el análisis de regresión para bienestar, ninguna de las variables religiosas fueron significativas. En este estudio, la diversidad de mediciones asociadas a la religiosidad y la espiritualidad mostraron diferentes correlaciones con el bienestar.

Davis (2005) propuso que la espiritualidad permite alcanzar el bienestar por medio de la esperanza, ya que la confianza en el futuro posibilita la anticipación del bienestar como resultado. En el estudio que desarrolló con 130 AM de entre 62 y 89 años de edad en New York, encontró una correlación positiva entre la espiritualidad y el bienestar ( $r = .30, p = .01$ ).

En el meta-análisis de Sawatzky, Ratner y Chiu (2005) realizaron búsquedas en diversas bases de datos para identificar artículos que presentaran datos sobre la espiritualidad y la calidad de vida o bienestar. Inicialmente seleccionaron 3,040 documentos, pero al pasar por varios procesos de revisión quedaron finalmente 51 estudios. Se requirió que los estudios tuvieran definiciones homogéneas de espiritualidad, calidad de vida o bienestar, mediciones primarias y mediciones básicas de correlación entre las mediciones. Se analizaron los efectos principales ajustados por el error de medición y se obtuvo una correlación entre la espiritualidad y la calidad de vida ( $r = .34$ , 95% CI:0.28-0.40). Al igual que otros autores, mencionan que la definición operacional y los instrumentos empleados para la evaluación de la espiritualidad y de la calidad de vida están asociados con la magnitud de la relación.

Herbert, Weinstein, Martire y Schulz (2006) analizaron los artículos publicados entre 2000 y 2005 relacionados con espiritualidad/religiosidad en cuidadores. De los 83 artículos se analizaron las asociaciones entre 9 indicadores de bienestar: depresión, salud mental o estrés emocional, carga o fatiga, síntomas o salud física, bienestar social, satisfacción con el rol de cuidador, satisfacción de la vida, revaloración de la situación y otros; y 6 dimensiones de religiosidad/espiritualidad: actitudes ( $n=41$  estudios), creencias ( $n=34$ ), conductas ( $n=32$ ), denominación ( $n=23$ ), enfrentamiento ( $n=18$ ). Aunque se ha destacado que la religiosidad/espiritualidad es multifactorial, el 55% de los estudios consideraron sólo uno de los elementos. El 86% de los estudios reportaron una asociación positiva y negativa con el bienestar o ninguna correlación. Se analizaron 222 asociaciones entre los 9 indicadores de bienestar y las seis dimensiones religiosidad/espiritualidad, y sólo 42 (19%) mostraron una relación positiva, aunque ninguna de las seis dimensiones se asoció significativamente con el bienestar.

La gran diversidad de mediciones de la religiosidad/espiritualidad y los resultados referentes a ellas muestran la complejidad del constructo y la dificultad para establecer una dirección en relación con el bienestar. Herbert et al. (2006) proponen que hay diferencias importantes en la medición de las conductas relacionadas con la religiosidad y la espiritualidad, pero que la amplia gama de mediciones, el uso indiferenciado del constructo y la ambigüedad en los resultados hace mucho más complejo interpretar los resultados y compararlos con otros estudios.

Warr, Butcher y Robertron (2004) en su estudio sobre diferentes actividades en adultos en Inglaterra ( $n=1,167$ ) con un media de 60.34 años en un rango de 50 a 74 años, sugieren que la realización de actividades directamente vinculadas con la asistencia a la iglesia, pueden generar beneficios sociales y espirituales. La evaluación en este estudio de las actividades religiosas también incluyó actividades de caridad en la iglesia, y en los resultados se encontró una correlación significativa aunque débil entre estas actividades y la satisfacción de la vida ( $r= .11$ ,  $p=.001$ ). En el análisis de regresión, nuevamente estas actividades fueron significativas con la satisfacción de la vida ( $\beta= 0.07$ ,  $p=0.05$ ). Se encontró diferencia significativa entre hombres (.81) y mujeres (.98,  $p=.05$ ) en las actividades relacionadas con la asistencia a la iglesia, lo que indica que las mujeres realizan un mayor número de actividades en este ámbito.

Frisch (2006) sugiere que la espiritualidad favorece el bienestar por la confianza hacia el futuro y las estrategias de afrontamiento para las situaciones difíciles de la vida; la vida espiritual es más poderosa si ésta se practica en rituales sociales en los cuales se incluyan las personas cercanas y la comunidad.

La espiritualidad es un fenómeno de mayor importancia en países Latinoamericanos; la frecuencia de participación en actividades religiosas y espirituales

relacionadas con la religión aumentan con la edad, por lo que se espera que en México sea un elemento importante en la vida cotidiana de los AM.

## 2.11 Depresión

La depresión es un trastorno mental en el que se presenta disminución en el interés y capacidad para disfrutar, con sentimientos de culpa o de poca valía, alteraciones en el sueño y el apetito, disminución de la energía y concentración; y estas alteraciones se pueden volver crónicas afectando directamente todos los aspectos de la vida. La depresión es la primera causa de discapacidad a nivel mundial y se espera que para el 2020 sea la segunda causa de años productivos perdidos para todas las edades, lugar que ocupa actualmente en el grupo de 15-44 años (World Health Organization, 2009).

En el estudio de la depresión diversos autores han destacado alguno de los aspectos de la depresión: como el componente cognoscitivo, la falta de motivación o la frecuencia o intensidad de los síntomas somáticos. Esta selección ha dependido de la población, considerando sus características y de objetivo del estudio; que en algunos casos ha sido la identificación de casos en escenarios clínicos y/o de la sintomatología. Un número importante de instrumentos se han desarrollado con estos fines; sin embargo, para el diagnóstico y clasificación de las diferentes entidades de la depresión se emplea el Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM por sus siglas en inglés, *American Psychiatric Association*, 2002). En el DSM se incluyen varios desórdenes afectivos como la depresión mayor, el desorden distímico y de ajuste con ánimo depresivo. Para el diagnóstico se requiere de la presencia de un número determinado de síntomas en un lapso específico de tiempo, pero la depresión mayor por su curso clínico se considera recurrente (*American Psychiatric Association*, 2002).

La OMS (2005) estableció que la depresión está entre las prioridades de atención y que su detección debe hacerse en el primer nivel de atención; sin embargo, debido al estigma que aún prevalece en la población general, la gran mayoría de las personas refieren solo los síntomas somáticos en los servicios de salud para su tratamiento.

Se ha asociado a la depresión con baja adherencia a planes de salud, mayor uso de los servicios de salud, pobres resultados en enfermedades agudas en comparación con pacientes no deprimidos, y un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas y desórdenes endócrinos y mortalidad por trastornos cardiovasculares (Bass, Attix, Phillips-Bute & Monk, 2008; Delano-Wood & Abeles, 2005). Entre los factores de riesgo para la depresión están los factores genéticos, el género, el aislamiento social, rasgos de personalidad como la dependencia, introversión y neuroticismo y eventos estresantes como migración, enfermedades crónicas o asociadas a dolor físico y discapacidad (Abel, Gibson & Hickling, 2005; Gerst, Al-Ghatrif, Beard, Samper-Ternent & Markides, 2010; Puryear, 2007; Smith et al., 2003; Tsai, 2005).

**2.11.1 Datos epidemiológicos.** En el 2002 se le atribuyó a la depresión el 4.5% de la carga mundial de morbilidad (expresada como años de vida ajustados por la discapacidad), además de ser la causa de más del 11% del total mundial de años vividos con discapacidad. La depresión mayor es la causa a nivel mundial en promedio de más de 6 años de vida perdidos y de un aumento (más del doble) en días de hospitalización; está asociada con el aumento del costo de atención en salud, peor respuesta posterior a eventos agudos y detrimento del funcionamiento físico (Cloninger, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2007; Palmer, 2005).

Por los altos costos de su tratamiento y la discapacidad que genera, se han buscado estrategias para su detección y diagnóstico temprano (Smith et al., 2003). En la

revisión de la literatura sobre depresión, ansiedad y discapacidad en AM que realizaron Lenze, et al. (2001) entre los años 1990 y 2000, en 66 estudios entre los cuales incluyeron estudios transversales comunitarios (16), longitudinales comunitarios (9), transversales clínicos (9), longitudinales clínicos (18) y de intervenciones (5), identificaron tanto en los estudios comunitarios como en los clínicos que la depresión es un factor de riesgo para la discapacidad, y que la discapacidad es un factor de riesgo para la depresión, lo que se puede interpretar como un círculo vicioso; en los estudios longitudinales, encontraron que el aumento en la depresión está asociado con el incremento en el auto-reporte de la discapacidad, pero también con la disminución del desempeño físico; y que la discapacidad fue un factor de riesgo para el inicio de la depresión, encontrándose inclusive que el inicio de la depresión y la discapacidad coincidió.

Los autores proponen que la depresión incide en la discapacidad física por medio de conductas de salud (como la baja adherencia, poca actividad física y poca participación en la rehabilitación), por características del estado depresivo (como déficit cognitivo y motivacional, disminución del apetito y el retardo psicomotor). Mientras que la discapacidad afecta al desarrollo de la depresión por medio de las secuelas de la discapacidad: aumento de eventos estresantes, pérdida del control percibido, baja auto-estima, restricción en la actividad social y de las relaciones interpersonales.

Esta relación es un elemento importante a considerar para la detección de la depresión en México, ya que de acuerdo con el estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) realizada en 10,970 AM en siete ciudades (Buenos Aires en Argentina, Bridgetown en Barbados, La Habana en Cuba, Ciudad de México en México, Montevideo en Uruguay, Sao Paulo en Brasil y Santiago en Chile), la dificultad para realizar actividades de la vida diaria (como caminar, trasladarse y bañarse) aumenta con la edad en todos los países, es mayor en las mujeres, y está asociada a menor

escolaridad, y con el padecimiento de un mayor número de enfermedades. Estos factores están presentes en una gran parte de la población de AM en México, lo que incidiría en la posibilidad de depresión (Instantáneas, 2006).

La prevalencia de depresión en AM varía pues es de un 16% en primer nivel de atención, mientras que para escenarios comunitarios va de un 10% a un 20%, porcentaje que puede aumentar hasta un 25% en muestras clínicas con patologías médicas (Buckley & Lachman, 2007). Estos autores han destacado que la posibilidad de desarrollar trastornos depresivos en los AM aumenta de 1.5 a 3.5 veces ante la presencia de una enfermedad crónica, dolor crónico, eventos estresantes recientes y la presencia de síntomas sin diagnóstico, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de drogas o alcohol e historia de trastornos afectivos familiares entre los más importantes.

Palmer (2005) establece que el porcentaje es mayor (de un 30% al 40%) dependiendo del contexto en el que se encuentren los AM (en sus comunidades, hospitalizados y asilados), y que los factores de riesgo están asociados a las pérdidas con este grupo de edad, como el fallecimiento de familiares y amigos, problemas de salud y económicos así como el cambio en el rol social. Además destaca que los AM tienden a reportar más los síntomas físicos de la depresión como falta de sueño o energía y pérdida de peso, los cuales muchas veces se confunden con signos del envejecimiento normal o como síntomas de enfermedades crónicas. Y que su diagnóstico se realiza en un 65% en pacientes deprimidos cuando es la principal demanda de atención; sin embargo, el porcentaje de detección se reduce hasta un 30% cuando hay comorbilidad. En cuanto al tratamiento, el autor reporta que el 74% de AM reciben monoterapia, (60% antidepresivos y 14% psicoterapia), mientras que el 25% ambos tratamientos.

La depresión y los síntomas depresivos son los trastornos mentales más comunes, con una mayor prevalencia en las mujeres (dos veces más frecuente que en los

hombres). Puryear (2007) argumenta que la diferencia entre hombres y mujeres se presenta a inicios de la adolescencia, ya que en la infancia los niveles de depresión y síntomas depresivos son similares para ambos, y después se observa un ligero incremento sólo en las mujeres alrededor de los 12 años, y posteriormente la diferencia se hace evidente a partir de los 18 años con el incremento al doble en las mujeres.

Puryear (2007) propuso que este aumento en las mujeres se debe a la disposición genética y al mayor número de eventos adversos (estresantes) que tienen las mujeres en comparación con los hombres. Aunque parece que las diferencias por sexo disminuyen después de los 55 años, las mujeres tienen otros factores de riesgo para desarrollar depresión en esta etapa de la vida, como los cambios cerebrales estructurales, los factores vasculares y el mayor número de eventos estresantes en comparación con los hombres.

Aunque en la actualidad la atención de la depresión en AM abarca la detección y tratamientos inmediatos, Lee, Proctor y Marroy-Howell (2006) sugirieron que la atención de los AM debe incluir aspectos psiquiátricos, médicos, funcionales y psicosociales, y refirieron que la atención recibida en los servicios de salud y la necesidad de la atención se han relacionado con los resultados del tratamiento, la sintomatología, la calidad de vida y la mortalidad de los pacientes. Palmer (2005) propone que la evaluación de la depresión debe realizarse periódicamente a los AM para descartar una interpretación errónea de los síntomas por factores biológicos o sociales, de tal forma que la detección y tratamiento sean lo más oportunos posibles para evitar una mayor afectación.

Estas propuestas de atención a los AM muestran la importancia de los factores ambientales y de atención en los servicios de salud que van más allá del diagnóstico y el tratamiento medicamentoso para fomentar su bienestar, prevenir y reducir los efectos de

la depresión sin diagnóstico o tratamiento en los AM, y que afectan en general todos los ámbitos de su vida.

**2.11.2 Depresión en México.** La depresión en México en la población geriátrica es un problema de salud pública al igual que en el resto del mundo. Para esta población, el episodio depresivo puede ser recurrente (de inicio temprano) o de primera vez; y en cualquiera de los casos se afecta el funcionamiento social del AM, se complican las enfermedades médicas, y se incrementa el riesgo de muerte.

García-Peña, Juárez, Gallegos-Carrillo, Durán-Muñoz y Sánchez-García (2004) destacan que en los reportes de prevalencia de la depresión hay variaciones importantes y sugieren que estas diferencias se deben a la diversidad de instrumentos para su detección, desde instrumentos estructurados por especialistas hasta instrumentos auto-aplicables de tamizaje, así también como por el objetivo del estudio (por ejemplo la identificación de síntomas somáticos o tamizaje en diversos escenarios). También resaltan de que en México la prevalencia va de un 40% a un 70%.

En una muestra geriátrica de 310 pacientes con un promedio de 72 años de edad, hospitalizados en Torreón, Coahuila, se encontró que el 50.3% de los pacientes (n=156) presentaban depresión: 133 con un nivel de leve a moderada y 23 con depresión severa. Entre los factores relacionados se encontró el sexo femenino, la dependencia para la realización de actividades diarias, la estancia hospitalaria en medicina interna y padecer enfermedades crónicas (Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina & Velasco-Rodríguez, 2005).

García-Peña, et al. (2004) mencionan que hay diferencias entre el fenómeno de la depresión en la población joven y en la de los AM. Entre las características para la población geriátrica se encuentran:

- 1) Elevada prevalencia de ansiedad en los ancianos con depresión mayor, que no es tan marcada en la población joven.
- 2) Las alteraciones del afecto no son reportadas por los AM en general, ya que en su mayoría las consideran parte del proceso de envejecimiento.
- 3) Los cambios psicomotores no se atribuyen primordialmente a la depresión en el AM.
- 4) Hay predominancia de síntomas somáticos en los AM.
- 5) Las alteraciones cognitivas pueden verse aumentadas hasta niveles de alucinaciones, por lo que la diferenciación con *pseudodemencia* es importante.

El uso de diferentes instrumentos para el diagnóstico de la depresión ha generado que las diferencias entre las prevalencias identificadas sea amplia entre sí, como lo reportaron Guerra et al. (2009) con criterios rigurosos del DSM-IV para depresión mayor la prevalencia es de 1.8%, pero con instrumentos para la evaluación de síntomas clínicos la prevalencia aumenta hasta un 13.3%.

Guerra et al. (2009) realizaron la comparación de la prevalencia de depresión en AM por medio de 4 diferentes herramientas de diagnóstico, encontraron que con los criterios del DSM-IV para depresión mayor, y con los del CIE-10 para episodio depresivo la prevalencia es menor que con instrumentos clínicos (con la entrevista Euro-D y la entrevista de significancia clínica -GMS- Agecat por su siglas en inglés, Copeland, Dewey & Griffiths-Jones, 1986). Las aplicaciones se realizaron en poblaciones urbanas y rurales de Perú, Venezuela y México.

En México se entrevistaron a 2,002 AM (1,002 de la zona urbana de la ciudad del Distrito Federal y 1,000 del norte del estado de Morelos), y el diagnóstico de un episodio depresivo se asoció con una severa discapacidad. En la zona urbana el 87.2% y en la rural el 95.6% reportaron no recibir tratamiento con el diagnóstico de episodio depresivo.

Los instrumentos clínicos arrojaron prevalencias 6 y 15 veces más altas con el CIE-10 y los criterios del DSM-IV respectivamente. Los autores resaltaron la importancia de homogeneizar los instrumentos de diagnóstico, y establecer estrategias para incrementar la atención y tratamiento de AM con depresión, ya que en países de medianos ingresos se reporta que es sólo del 8.1% (Guerra et al., 2009).

**2.11.3 Escala de depresión geriátrica (EDG).** Uno de los instrumentos especialmente creado para evaluar los síntomas depresivos en AM es la EDG de Yesavage et al. (1983), y diversos autores la han empleado para poblaciones diferentes como AM asilados, hospitalizados o grupos étnicos específicos. El EDG es un instrumento de tamizaje originalmente con 30 reactivos con opción de respuesta dicotómica (sí/no) con alta sensibilidad (del 84% al 86%) y especificidad (del 95% al 100%), ampliamente utilizada. También se cuenta con una versión de quince reactivos y con otra de 5 reactivos. Una de las principales características de la escala es su breve tiempo de aplicación, ya que va de 15 a 10 minutos dependiendo de la versión que se emplee: original o corta (Areán & Ayalon, 2005; Hyer, Carpenter, Bishman & Wu, 2005; Lenze et al., 2001; Martínez-Mendoza et al., 2005; Palmer, 2005).

Con los puntajes de la escala original de 30 reactivos se identifica: depresión leve-moderada (con puntajes de 11 a 20) y depresión severa (con puntajes mayores de 20), aunque algunos autores sugieren que con puntajes de 11-14 se puede identificar: trastornos del estado de ánimo, depresión leve-moderada de 15 a 20, mientras que para depresión severa se mantendría el mismo puntaje. Para la versión corta se han establecido también puntos de corte: sin depresión (en 4 y menos), depresión leve (5-7), depresión moderada (de 8-9) y para depresión severa -puntajes de 10 y más- (Almeida & Almeida, 1999; Martínez-Mendoza et al., 2005).

En un estudio realizado por Bass, Attix, Phillips-Bute y Monk (2008) en pacientes pre-quirúrgicos encontraron que el EDG en su versión corta de 15 reactivos correlacionó con el Inventario de Beck para Depresión ( $r=0.65$ ,  $p=0.01$ ). Los autores proponen que el EDG es una herramienta útil por su formato de respuesta dicotómica, su fácil y rápida aplicación, aun en ambientes hospitalarios o con pacientes con baja escolaridad. Aunque no incluye sintomatología somática, algunos autores proponen que ésta es una ventaja que evita confusiones por otras patologías (Pando-Moreno, Aranda, Aguilar, Mendoza y Salazar, 2001).

La EDG se ha empleado en México como uno de los principales instrumentos de tamizaje de depresión para AM, en estudios del sueño y para analizar la validez concurrente de otras pruebas de depresión (Aguilar-Navarro, Fuentes-Cantú, Ávila-Funes & García-Mayo, 2007; Pando-Moreno et al., 2001).

**2.11.4 Depresión y bienestar.** Aunque la depresión tiene un amplio estudio en los AM, en años recientes se han incorporado a su estudio indicadores de calidad de vida, bienestar, satisfacción en la vida y elementos positivos. Scocco, Fantoni y Caon (2006) proponen que con mediciones subjetivas de los aspectos antes mencionados se pueden realizar comparaciones entre diferentes grupos, ya que se ha observado que la depresión afecta la percepción del bienestar, la calidad de vida y el funcionamiento físico. En un estudio realizado por los autores en Italia con 138 AM, con síndrome depresivo ( $n=36$ ), demencia ( $n=40$ ), depresión y demencia ( $n=35$ ) y AM sanos -sin ninguno de los trastornos anteriores- ( $n=27$ ), encontraron que de todos los grupos, el identificado con depresión ( $n=36$ ) puntuó más bajo en todas las escalas del instrumento de calidad de vida de la OMS (WHO-100 por sus siglas en inglés *World Health Organization*, 1998). La depresión severa se asoció con una evaluación negativa de la calidad de vida en general ( $X^2=$

57.376,  $p=0.001$ ). Los autores sugieren que la depresión afecta la percepción de bienestar, salud y calidad de vida.

En diferentes países y poblaciones se ha encontrado una correlación negativa entre la depresión y el bienestar. Por ejemplo, Mella et al. (2004) realizaron un estudio en una muestra de 145 AM en Chile, y encontraron que el bienestar correlacionó negativamente con la depresión ( $r=-.634$ ,  $p=0.001$ ). En la regresión lineal múltiple encontraron que el bienestar estuvo determinado en un 54.3% por el apoyo social ( $\beta=0.444$ ,  $p=0.001$ ) y la ausencia de depresión ( $\beta=-0.371$ ,  $p=0.001$ ).

En Estados Unidos, Ferreira y Sherman (2007) evaluaron en Boston a una muestra clínica de AM  $n=72$  ( $M_{\text{Edad}}=72.4$  con un rango de 60 a 84 años) con osteoartritis. Encontraron que los síntomas depresivos correlacionaron negativamente con la satisfacción de la vida ( $r=-.64$ ,  $p=0.01$ ), y que el dolor asociado a la situación de salud específica correlacionó positivamente con los síntomas depresivos ( $r=.43$ ,  $p=0.01$ ).

Love, Gleit y Goldman (2009) realizaron un estudio en Taiwán con 5,131 adultos (entre 50 y 95 años) a siete años de seguimiento, y encontraron una correlación negativa entre la depresión y la satisfacción de la vida de ( $r=-.48$ ,  $-.47$  y  $-.48$ ) en mediciones en la línea base, a tres y siete años, respectivamente). También identificaron que el incremento de una desviación estándar en sintomatología depresiva se asoció con un aumento del 8.3% de riesgo para la mortalidad. Los autores proponen que los síntomas depresivos predicen un riesgo alto de mortalidad y que la satisfacción de la vida puede tener un efecto protector.

La depresión no sólo tiene impacto en las cogniciones y estados afectivos de los AM, afecta su funcionamiento social, su estado físico y la percepción que tienen de éste; también incide en los comportamientos asociados a la salud, como la ingesta de medicamentos, el régimen alimenticio y el seguimiento de citas médicas. La afectación de

estos comportamientos es más evidente si hay enfermedades crónicas previas, ya que la depresión incrementa el riesgo de mortalidad.

Aunque no son muchos los estudios que analizan la relación entre la depresión y el bienestar, los datos con los que se cuenta hasta hoy permiten identificar que estos fenómenos se relacionan e inciden en la vida de los AM. El estudio de la depresión y el bienestar permiten identificar aspectos positivos e incluso evaluaciones en la disminución de la depresión, por lo que el fomento del bienestar en población abierta brinda la oportunidad de abordar la problemática del trastorno afectivo desde la perspectiva de la prevención, antes de que se presente la depresión.

## 2.12 Bienestar, esperanza, salud percibida, espiritualidad y depresión

Los trabajos que analizan estas variables en muestras de AM son pocos, pero se ha observado relación entre estas variables y el bienestar.

Mella et al. (2004) realizaron un estudio en una muestra de 145 AM en Chile, y se encontró una correlación entre la salud percibida y la depresión ( $r=-.45$ ,  $p=0.001$ ). En el análisis de regresión lineal del bienestar subjetivo con depresión, salud percibida, apoyo social y género, encontraron que el bienestar está determinado en un 54.3% por el apoyo percibido, el género y la ausencia de depresión.

Davis (2005) propuso que la espiritualidad permite alcanzar el bienestar, por medio de la esperanza, ya que la confianza en el futuro posibilita la anticipación del bienestar como resultado. El estudio que desarrolló con 130 AM de entre 62 y 89 años de edad en Nueva York, y encontró una correlación positiva entre esperanza y espiritualidad ( $r=.25$ ,  $p=.01$ ). En el análisis de regresión, la espiritualidad no fue mediador entre la esperanza y el bienestar, pero la esperanza sí tuvo efecto en la espiritualidad  $F(1,128)= 8.75$ ,  $p < .01$ , lo que explicó el 6% de la varianza de la espiritualidad.

La incorporación de las variables esperanza, salud percibida, espiritualidad y depresión en el presente estudio responde a la multicausalidad del bienestar y su análisis específico para la población de AM, reconociendo la importancia de los elementos cognoscitivos, biológicos y conductuales en la vida diaria de los AM. Su análisis permitirá establecer posibles pautas de intervención para su fomento, no sólo como una alternativa de atención sino también como una estrategia de prevención, de tal manera que los elementos protectores para el bienestar puedan desarrollarse de forma temprana y fortalecerse con el paso de los años.

## **Método**

### **Justificación**

El aumento del grupo de AM en el mundo debido a la transición demográfica ha sido en los últimos años motivo de atención en la planeación de programas para los servicios de salud como una necesidad inminente de impactar en su calidad de vida, mejorar sus condiciones de salud y prevenir enfermedades y discapacidad, cambiando así el modelo tradicional de curación que con las proyecciones demográficas para los siguientes años no será suficiente para su atención.

Los AM tienen características físicas, sociales y culturales muy particulares; son uno de los grupos que generan más gastos de atención a los servicios de salud por las diferentes patologías recientes o que han evolucionado a lo largo del tiempo; su rol ante la sociedad cambia con la jubilación, muchos de ellos requieren de apoyo económico gubernamental posterior a ella; y, la falta de cultura e infraestructura para facilitar la realización de sus actividades cotidianas y las dificultades de convivencia de los AM con otros grupos pueden influir en su aislamiento. Todos estos aspectos se han relacionado con la posibilidad de desarrollar desórdenes afectivos, que inciden -en un círculo vicioso- en el incremento de sus problemas económicos, deterioro de su estado de salud y disminución de contacto y apoyo social, que finalmente afecta la calidad de vida y el bienestar de los AM (Lenze et al., 2001).

En el caso de este círculo vicioso, se da mayor importancia al malestar que a la afectación en el bienestar; por ejemplo, con tratamiento adecuado pueden mejorar los síntomas depresivos, pero esto no necesariamente aumenta el nivel del bienestar (Costa & López, 2009; Burns, 2010; Seligman, 2008; Smith et al., 2003). La preponderancia del

estudio de la patología sobre el de la salud ha marcado un camino en el envejecimiento, haciendo énfasis en la pérdida de las capacidades, la posibilidad de desarrollar problemas físicos y trastornos afectivos. El estudio de los aspectos positivos como el bienestar y las fortalezas desde la psicología positiva han generado una posibilidad alterna de abordaje, desde una perspectiva de prevención para dirigir los objetivos de las intervenciones hacia el desarrollo de capacidades, habilidades y fortalezas que inciden igualmente en la reducción de psicopatología y malestar como las intervenciones tradicionales, pero con beneficios adicionales por su impacto en estos aspectos positivos (Lyubomirsky & Dickerhoof, 2010; Vázquez & Hervás, 2008).

Hay una larga tradición en mediciones sobre psicopatología, malestar y desórdenes mentales, incluso se han empleado índices de depresión y ansiedad como indicadores de bienestar. Desde la perspectiva positiva se han incluido índices de felicidad (afecto positivo/afecto negativo), juicios sobre la satisfacción con la vida y percepciones sobre los niveles de tranquilidad, relajación, interés en la vida cotidiana y estados de ánimo positivos. Estas mediciones se han incorporado en años recientes a estudios sobre el impacto de intervenciones en la vida de los AM con desórdenes afectivos, y a evaluaciones generales para este grupo (Aspinwall & Staudinger, 2002; Fisher & Wrisberg, 2004; Ironson & Powell, 2005; Peterson & Seligman, 2004).

Estas mediciones han sugerido que los fenómenos positivos son diferentes a los desórdenes afectivos, es decir no son opuestos; las intervenciones o tratamientos tradicionales pueden disminuir los síntomas pero no por ello inciden en los aspectos positivos (como el bienestar, la satisfacción con la vida y la felicidad). Las intervenciones dirigidas a estos aspectos pueden reducir el malestar y los síntomas y además tener efecto en otros elementos positivos que se espera sirvan a lo largo del tiempo como

factores protectores (Cheavens & Gum, 2010; Fava, Rafanelli, Cazzaro et al., 1998; Frisch et al., 2003; Seligman, 2008).

Aunque no se cuenta aún con estudios poblacionales sobre el comportamiento de los aspectos positivos, poco a poco los estudios que los han incluido destacan la importancia de su inclusión en estudios e intervenciones tanto para población abierta como para grupos clínicos. Para la población abierta pueden incorporarse desde una perspectiva preventiva, mientras que para los grupos con enfermedades pueden ser una alternativa de atención que promueva diferentes resultados a los tratamientos tradicionales (Collins et al., 2008; Sin & Lyubomirsky, 2009).

El estudio de los elementos positivos con otros factores, es el primer paso para identificar el comportamiento de estos elementos en el contexto de un grupo específico. En el caso del bienestar se ha estudiado con variables socio-demográficas, posterior a eventos estresantes y a lo largo de la vida (Bernard & Frijters, 1999; Rojas, 2005; Warr et al., 2004). En años recientes, en una revisión de los últimos cinco años sobre el bienestar y su relación con diferentes variables psicológicas, se identificaron como variables importantes a la esperanza, la salud percibida, la espiritualidad y la depresión (Davis, 2005; Mella et al., 2004; Park et al., 2004).

En el estudio realizado por Davis (2005) la correlación entre la esperanza con el bienestar fue moderada de  $r=.56$  y el porcentaje que explicó la esperanza fue de 32%. Diferentes autores han propuesto que la esperanza es un elemento positivo importante en el proceso de envejecimiento, ya que el establecer metas claras, desarrollar estrategias para llegar a ellas y considerar las posibles dificultades para esas metas, puede ayudar a los AM a adaptarse a los cambios físicos y sociales que se presentan con el transcurso de los años. En las intervenciones que se han desarrollado para el fomento de la esperanza se han observado efectos en la salud y en diversas áreas de la vida en los participantes

con el respectivo incremento en los componentes de la esperanza (Bohlmeijer et al., 2007; Kennedy et al., 2002; Sener et al., 2007; Snyder, 2000; Snyder et al., 2002; Weis & Speredakos, 2011).

La salud percibida se ha asociado con el bienestar de forma positiva y la asociación tiene un rango de  $r=.30$  a  $.51$ ; en diferentes análisis de regresiones lineales, la salud percibida obtiene un coeficiente  $\beta$  que varía entre  $.20$  y  $.30$ . Diferentes autores han resaltado la importancia de incluir esta variable a las evaluaciones del bienestar y de la salud general ya que proporciona información de los juicios que las personas hacen de su salud, los cuales en muchos casos no están relacionados con la evaluación objetiva o número de padecimientos o enfermedades (Dzuka & Dalbert, 2006; Moyano & Ramos, 2007; Sener et al., 2007; Warr et al., 2004).

En el caso específico de los AM, se ha sugerido que la espiritualidad es un aspecto importante para este grupo. La definición a lo largo de su desarrollo ha abarcado desde el cumplimiento de rituales religiosos, hasta la evaluación de la experiencia subjetiva de la relación con un ser supremo. La amplia gama de aspectos a evaluar y de instrumentos han sugerido que la espiritualidad puede tener o no asociación con el bienestar; sin embargo, en los casos en los que sí se ha identificado, esta asociación va de  $r=.11$  a  $.35$ . La propuesta de algunos autores es que la espiritualidad fortalece el bienestar, las estrategias de afrontamiento y la confianza en el futuro por medio de los elementos de la esperanza (Aldelt, 2003; Davis, 2005; Frisch, 2006; Sawatzky et al., 2005; Warr et al., 2004).

Por último, la depresión se ha considerado como uno de los principales indicadores de bienestar, asumiendo que niveles bajos o ausencia de depresión se asocia con mayores niveles de bienestar, como extremos de un continuo. Algunos autores han sugerido que más bien esta relación se debe a que la depresión incide en la percepción

de bienestar por las alteraciones cognoscitivas, emocionales y conductuales asociadas a ella. En diferentes estudios se ha confirmado que la asociación es negativa y que va de un  $r=-.48$  hasta  $-.64$  (Ferreira & Sherman, 2007; Love et al., 2009; Mella, et al., 2004; Scocco et al., 2006).

De todas las variables mencionadas, la depresión ha sido la más estudiada. Se sabe que es un factor que incrementa la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y aumenta los costos de atención (Bass et al., 2008; Delano-Wood & Abeles, 2005). Sin restar importancia a la depresión y a los trabajos para el tratamiento de desórdenes afectivos, el estudio y abordaje de los fenómenos positivos permite el desarrollo de otros aspectos de la vida de los AM con propuestas de intervención a futuro que impactan en el bienestar, y en aspectos distintos al malestar en la cotidianidad de los AM. Esta aproximación genera una opción para la atención de este grupo poblacional tomando en cuenta sus características, su contexto y sus fortalezas con el objetivo de mejorar su bienestar.

El estudio de estos fenómenos positivos en los AM en México es un área que posibilita no sólo conocer el comportamiento de estos fenómenos, sino también el desarrollo de intervenciones que puedan ser una estrategia para generar cambios durante el periodo de la intervención y posterior a ella. Es importante considerar al hablar de prevención en este grupo en particular, los 10 o 15 años de vida que se espera alcancen una vez que lleguen a los 60 años; las características con las que llegan a esta edad y los retos a los que se enfrenta la sociedad para brindarles la mejor atención. Si bien es cierto que aún son pocos los estudios desde la psicología positiva en este grupo, es probablemente un campo que pueda generar alternativas de atención con programas que permitan dar respuesta a la creciente demanda, teniendo como objetivo mejorar la vida de

los AM. Por lo tanto la presente investigación tuvo dos preguntas de investigación y dos hipótesis:

### **Pregunta de investigación**

1.- ¿Las variables esperanza, salud percibida, espiritualidad y depresión son predictoras del bienestar en una muestra de Adultos Mayores en México?

### **Hipótesis**

1.- El bienestar estará determinado por la esperanza, la salud percibida, la espiritualidad y la depresión.

Una vez identificados los predictores del bienestar se desarrolló un programa de intervención cuya pregunta de investigación fue:

2.- ¿Los niveles de bienestar se incrementarán en los AM que asistan a un programa de intervención?

### **Hipótesis**

2.- Los niveles de bienestar serán mayores a los niveles previos a una intervención dirigida a incrementar sus predictores en un grupo de AM en México.

Para responder a las preguntas de investigación se realizaron tres estudios. En el primero se construyó y validó una Escala de Esperanza específica para AM, en el segundo se evaluó el nivel predictivo de las variables: esperanza, la salud percibida, la espiritualidad y la depresión sobre el bienestar en una muestra de AM; y en el tercero se

realizó el diseño e implementación de una intervención piloto para incrementar los determinantes y el bienestar.

### **Definición conceptual de las variables**

Bienestar: Componente cognoscitivo del bienestar subjetivo que comprende el juicio sobre la satisfacción con la vida, que se deriva de la comparación de la condición actual con lo que se considera el estándar, el cual puede ser externo - comparación con otros -o interno- comparación consigo mismo- (Reig & Garduño, 2005).

Se consideran también aspectos positivos reportados por la persona como el afecto positivo, el interés en la vida cotidiana, el nivel de energía, descanso y relajación (Bech et al., 2003).

Esperanza: Es un conjunto de cogniciones basadas en el desarrollo de la determinación (agency) para llegar a una meta, y las estrategias o caminos (pathways) para llegar a ella, y el elemento emocional se presenta como consecuencia de alcanzar o no la meta deseada (Snyder, 2000).

Salud percibida: Evaluación de los sentimientos, ideas y creencias que tienen las personas con respecto a su condición de salud actual, y la proyección de que cambie en el futuro (Beaman et al., 2004; Cohen & Pressman, 2006).

Espiritualidad: Es el componente de la experiencia religiosa relacionada con la vida espiritual representada en este caso por la relación personal que se ha establecido con Dios (Rivera-Ledesma & Montero-López, 2007).

También se incluyeron las aportaciones de los AM sobre su experiencia de espiritualidad, los cuales se relacionaron directamente con sus creencias respecto a la trascendencia de la vida, distinguiéndose por no tener ninguna asociación con religión alguna (Sawatzky et al., 2005)

Depresión: Síntomas cognoscitivos, afectivos y conductuales relativos a la depresión en AM que se caracteriza por tristeza excesiva, pérdida de interés o placer, de por lo menos dos semanas de duración (Yesavage et al., 1983).

### **Definición operacional de las variables**

Bienestar: Se utilizó el instrumento que evalúa el componente cognoscitivo del bienestar subjetivo -Satisfacción con la vida- desarrollado por Diener, Emmons, Larsen & Griggin (1985).

También se incluyó en la evaluación las percepciones relacionadas con el nivel de alegría, buen humor, tranquilidad, relajación y nivel de descanso posterior al sueño e interés en las actividades cotidianas reportadas en las últimas dos semanas, con el WHO-Five desarrollado por Bech et al. (2003).

Esperanza: Instrumento desarrollado en el primer estudio que incluyó los componentes generales de la esperanza (determinación para llegar a metas y caminos), para la esperanza global y áreas específicas (salud, relaciones interpersonales, manejo de la economía, apoyo y proyección a futuro).

Salud percibida: Subescala de Salud General del cuestionario de Salud Física (SF-36) que consta de cinco reactivos (Durán-Arenas et al., 2004).

Espiritualidad: Subescala de relación con Dios de la Escala de Bienestar Espiritual (EBE) adaptada para México por Montero y Sierra (1996).

Se incluyó también el Índice de Espiritualidad desarrollado en el segundo estudio de esta investigación que evalúa los aspectos relacionados a la trascendencia de la vida en la experiencia cotidiana de los AM (Sánchez-Estrada, González-Forteza, Andrade-Palos & Robles-García, 2012).

Depresión: Se empleó la Escala de Depresión Geriátrica (EDG) de Yesavage en su versión corta (de 15 reactivos) que permite discriminar entre quienes tienen depresión con tres niveles –leve, moderada y severa- y quienes no (Aguilar-Navarro et al., 2007).

A continuación se describe el método y los resultados de cada uno de los estudios.

## Estudio 1

### Construcción y validación de la Escala de Esperanza

#### Objetivo

Construir y validar una Escala de Esperanza con base en la teoría de Snyder (2000) que incluya elementos cognoscitivos, emocionales y conductuales para AM mexicanos.

El sustento teórico para la construcción de la Escala de Esperanza parte de la teoría de Snyder (2000) retomando los aspectos cognoscitivos y emocionales de los componentes generales de la esperanza (sin vincularse con ninguna área específica de la vida); junto con reactivos relacionados a áreas de particular importancia para los AM: salud, manejo de los recursos económicos y relaciones interpersonales. Para estas áreas se incluyeron también reactivos conductuales.

#### a) Etapa I: Construcción de reactivos

Con el objetivo de identificar si los elementos conceptuales cognoscitivos y emocionales de la teoría de Snyder (2000) se presentaban en la descripción de las personas sobre la esperanza, se realizaron entrevistas estructuradas a AM que accedieron a participar y responder las siguientes preguntas referentes a la esperanza:

1. ¿Qué es la esperanza para usted?
2. ¿Tiene esperanza?
3. Cuando tiene esperanza ¿Hace algo al respecto?
4. ¿En qué tiene esperanza?

A todos los participantes se les explicó el motivo de la entrevista y accedieron a participar de forma voluntaria, garantizándoles la confidencialidad de la información.

Se realizaron un total de 11 entrevistas, y su análisis confirmó la presencia de elementos cognoscitivos y emocionales de la esperanza; para situaciones particulares (dirigidas a determinadas áreas) se identificaron elementos conductuales, lo cual sugirió que al establecer áreas específicas se podrían incluir reactivos conductuales.

Para la construcción de los reactivos se realizaron tres asambleas con AM en el Parque de la Tercera Edad de Chapultepec en el Distrito Federal (Espacio destinado a los AM del Parque de Chapultepec en el que se realizan diariamente actividades recreativas, académicas, deportivas y de convivencia exclusivas para los AM), con la finalidad de identificar los elementos cognoscitivos, emocionales y conductuales de la esperanza en las áreas de salud, manejo de la economía y relaciones interpersonales las cuales fueron previamente identificadas por los AM como parte fundamental de su vida y condición presentes. A partir de las aportaciones y sugerencias de los 35 AM que participaron en las asambleas, se obtuvo un banco de 95 reactivos. Se agruparon algunos de ellos en aspectos más generales y quedó un total de 83 reactivos con los cuales se realizó una prueba de claridad con veinte AM para identificar problemas de comprensión y redacción en los reactivos. Se realizaron las modificaciones pertinentes y el número total de reactivos se mantuvo en 83.

#### b) Etapa II. Características psicométricas de la Escala de Esperanza

**Participantes.** Participaron 363 AM asistentes al Parque de la Tercera Edad de Chapultepec y de 9 clubes del INAPAM (los clubes son espacios dedicados a actividades académicas, artísticas y recreativas regulares para los AM ubicadas en las delegaciones

del DF), previa autorización de los directivos de las instituciones y consentimiento verbal de los participantes.

**Instrumentos.** Se aplicó una ficha de datos socio-demográficos para identificar algunas características de los participantes como edad, sexo, si contaba con apoyo económico, ocupación, servicio de salud y si tenía diagnosticada alguna enfermedad manteniendo esta información en el anonimato.

**Esperanza.** Con 83 reactivos para indicar la frecuencia en las últimas dos semanas en un formato con cuatro opciones de respuesta tipo Likert que van desde “Nunca o casi nunca” hasta “Siempre o casi siempre” en tres áreas específicas: salud, manejo de la economía, relaciones interpersonales, y un rubro de componentes generales de la esperanza.

**Bienestar.** Se incluyó el índice WHO-Five versión de 5 reactivos positivos que fue desarrollado en 1990 originalmente con 28 reactivos. La última versión consta de cinco reactivos todos positivos (Bech et al., 2003), y está conformada por una escala unidimensional con un coeficiente de homogeneidad de .63 y un alfa de Cronbach de .88; incluye afecto positivo, el interés y la energía en las actividades cotidianas. La versión final tiene seis posibles respuestas que van de “Todo el tiempo” a “Nunca” en las últimas dos semanas; aunque en algunos casos se ha cambiado la escala de respuesta a rango de cero a 100 (Bonsignore et al., 2001). Para esta fase de la investigación se mantuvo la versión de 6 opciones de respuesta (Bech et al., 2003).

## **Procedimiento**

Con la autorización de los directivos de las instituciones y en colaboración con los coordinadores de los grupos se establecieron fechas y horarios para realizar las aplicaciones, las cuales fueron en su mayoría grupales aunque también se realizaron entrevistas individuales a quien así lo solicitó. En el caso de los clubes del INAPAM se seleccionaron nueve de ellos a partir del número registrado de asistentes, buscando que fueran aquéllos con mayor población.

### **Criterios de inclusión.**

Personas mayores de 60 años que asistieran a las instalaciones del Parque de la Tercera Edad de Chapultepec o a alguno de los 9 clubes seleccionados del INAPAM.

AM independientes para trasladarse a las instalaciones de dichas instituciones, que no requirieran de la ayuda de terceros para moverse.

AM que accedieran voluntariamente a participar.

### **Criterios de exclusión.**

AM que tuvieran algún problema (visual, de escucha o verbal) que dificultara la interacción con el aplicador.

**Consideraciones éticas.** Se les explicó a los AM el objetivo del estudio, características de la aplicación (duración y formato) y el carácter anónimo y totalmente voluntario de su participación; y que en cualquier momento podían retirarse de la aplicación sin ninguna consecuencia para su atención en la institución. La aplicación de los instrumentos se realizó previa autorización verbal de los AM.

### **Análisis estadísticos.**

Se realizaron análisis descriptivos de las características socio-demográficas de los participantes.

Se llevaron a cabo análisis psicométricos (factorial y alfa de Cronbach) a ambos instrumentos.

Se ejecutó un análisis de asociación para identificar la dirección y magnitud entre las puntuaciones totales de los instrumentos.

La captura de datos se realizó con el programa EpiInfo versión 6 y los análisis estadísticos con el programa SPSS versión 13.

## **Resultados**

**Características de la muestra.** De los 363 AM, la mayor parte fueron mujeres. En la Tabla 4 se describe la frecuencia y porcentaje de los participantes por institución.

Tabla 4

Características de los participantes de Chapultepec y clubes del INAPAM

	Chapultepec n= 126	f(%)	INAPAM n=237	f(%)
M <sub>Edad</sub> (DE)	71.4	(7.3)	70.5	(7.1)
Sexo				
Mujeres	86	(68.3%)	200	(84.4 %)
Hombres	40	(31.7%)	37	(15.6 %)
Ocupación				
Jubilados/pensionados	64	(55.7 %)	110	(52 %)
Dedicados al hogar	45	(38.5 %)	97	(46 %)
Trabajo remunerado	8	( 6.8 %)	4	( 2 %)

La media de edad para ambos grupos fue muy similar: alrededor de los 71 años, con desviaciones estándar también muy semejantes. Se observa un mayor número de mujeres asistentes al INAPAM (84%) en comparación con Chapultepec (64%); la principal ocupación en más del 50% para ambas instituciones fue la jubilación o pensión, seguido de las actividades en el hogar.

El 62% de los AM asistentes a Chapultepec recibía apoyo económico de programas gubernamentales y de familiares, y en el caso de los clubes este porcentaje se elevó al 76%. Con respecto a la presencia de alguna enfermedad, el 61% de los participantes de Chapultepec reportó tener al menos una, y este porcentaje fue mayor en clubes que alcanzó el 77%.

En el acceso a los servicios de salud, se observó que la población de los clubes tuvo mayor cobertura con el 95%; en comparación con los de Chapultepec que fue del 89%, siendo el IMSS, ISSSTE y la SSA las instituciones que cubrían entre el 94% y el 97% las necesidades de salud; y el porcentaje restante lo cubrían servicios médicos privados o gubernamentales de instituciones distintas a las ya mencionadas.

**Escala de Esperanza.** Se analizó la capacidad de discriminación de cada reactivo por medio de la distribución de frecuencias de respuesta (eliminando aquellos reactivos que al sumar las dos opciones de respuesta con mayor porcentaje dieran como resultado valores iguales o mayores al 80%). Además, se comparó reactivo por reactivo en los grupos extremos (percentiles 27 y 73) con respecto a la calificación total.

De este análisis, 61 reactivos demostraron capacidad discriminativa, los cuales se incluyeron en el análisis estadístico para evaluar la validez de constructo.

La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin fue de .92, la cual fue adecuada para proseguir con el análisis factorial, y el valor de las comunalidades de todos los reactivos incluidos

fue mayor a 0.45. El análisis factorial por componentes principales y rotación Varimax mostró 8 factores, pero se consideraron los 6 primeros por su congruencia conceptual y por contener al menos 5 reactivos, que en conjunto explicaron el 44% del total de la varianza. Se calculó el alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de cada uno de los factores. En la Tabla 5 se describen las características de los factores, y en el Anexo A se presenta la versión final de la Escala de Esperanza.

Tabla 5

Factores de la Escala de Esperanza

Factores	Definición del factor	Número de reactivos	Alfa de Cronbach
Manejo de la economía	Recursos cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar el manejo de los recursos financieros	11	.906
Salud	Recursos cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar las condiciones de actuales de salud	9	.890
Componentes generales	Elementos cognitivos y emocionales para establecer metas y estrategias generales	8	.856
Relaciones interpersonales	Recursos cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar la calidad de las relaciones con las demás personas	7	.846
Proyección a futuro	Recursos cognitivos y emocionales dirigidos hacia un futuro seguro y satisfactorio	9	.853
Apoyo social	Recursos cognitivos y emocionales relacionados a brindar y recibir apoyo de los demás	5	.769

El punto de corte del peso factorial de los reactivos que se incluyeron en los factores fue de 0.40.

**Escala de Bienestar.** La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin fue de .83 y las comunalidades de los 5 reactivos fueron mayores de .45. El análisis factorial de componentes principales arrojó un factor que explicó el 63% de la varianza, y el coeficiente alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna del factor obtuvo un valor  $\alpha=.85$ .

Se analizó la validez convergente de la Escala de Esperanza mediante la asociación de la puntuación total de la escala con la puntuación total del índice WHO-Five de bienestar obteniendo una correlación producto-momento de Pearson estadísticamente significativa ( $r=0.501$ ,  $p=0.001$ ).

## Estudio 2

### Esperanza, espiritualidad, salud percibida y depresión como predictores del bienestar en una muestra de AM

#### Objetivo

Identificar los predictores del bienestar entre las variables de esperanza, salud percibida, espiritualidad y depresión en una muestra de AM en la Ciudad de México.

#### Diseño de investigación

Correlacional, -transversal y, *ex post-facto* (Kerlinger & Lee, 2002).

#### Método

**Participantes.** La muestra por conveniencia fue de 355 AM de entre 60 y 90 años que asistían a solicitar alguno de los dos servicios a las instalaciones del INAPAM:

- credencial del INAPAM que se proporciona en tres centros integrales de atención en el Distrito Federal.
- actividades académicas, de convivencia, deportivas y/o artísticas en 11 clubes también en el Distrito Federal.

**Instrumentos.** Cédula de datos socio-demográficos para la caracterización de la muestra que incluye edad, nivel educativo, estado civil, fuente de ingresos económicos, acceso a servicios de salud, enfermedades crónicas, actividades realizadas en el club, tiempo de registro en él y religión.

**Bienestar: Componente cognitivo del Bienestar subjetivo (Satisfacción con la vida).** Instrumento que consta de cinco reactivos desarrollado por Diener et al., (1985) para evaluar la satisfacción con la vida. Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita et al. (2000) con jóvenes entre 11 y 15 años en España identificaron en el análisis factorial exploratorio de la versión en español, un factor que explicaba el 53.7% de la varianza y un alfa de Cronbach de .84. Los reactivos hacen referencia a la satisfacción con la vida y las condiciones generales actuales con cinco opciones de respuesta que va desde “*Muy en acuerdo*” hasta “*Muy en desacuerdo*”.

**Bienestar: Aspectos positivos (Índice Who-Five).** Se incluyó el índice WHO-Five que evalúa el afecto positivo, el interés y energía. Consta de 5 reactivos con 6 opciones de respuesta que van de “Todo el tiempo” a “Nunca”, en las últimas dos semanas. En estudios previos se encontró un coeficiente de homogeneidad de .63 y un alfa de Cronbach= .88, (Bech et al., 2003; Bonsignore et al., 2001). En el Estudio 1 de esta investigación se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach=.85 en una muestra de AM en México.

**Salud percibida.** Se empleó la subescala de Salud General de la Escala de Salud Física (SF-36) que evalúa aspectos de la calidad de vida. La escala cuenta con ocho subescalas: función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y salud general. Esta última fue la que se incluyó ya que evalúa el juicio sobre la condición de salud actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. Consta de cinco reactivos que hacen referencia a la valoración de la condición de salud actual, con un rango de calificación va de 0 a 100 puntos. En un estudio realizado en México con usuarios, de los servicios y trabajadores de salud se identificó un alfa de Cronbach =.73 para la subescala de salud general y la media fue de 40 ( $DE=15.9$ ) para la muestra de usuarios mientras que para la de trabajadores fue de 72 ( $DE=18.2$ ); estas

puntuaciones fueron para el grupo de edad de 55 a 64 años (Zúñiga et al., 1999). En México se cuenta con normas para su calificación por rangos de edad (Durán-Arenas et al., 2004).

**Espiritualidad.** Se aplicó la sub-escala de Relación con Dios, de la Escala de Bienestar Espiritual (EBE) que fue adaptada a población mexicana por Montero y Sierra (1999). En ese estudio se incluyó la sub-escala de satisfacción existencial y el instrumento con ambas subescalas obtuvo una confiabilidad test-retest de .86. Para la subescala de Relación con Dios se obtuvo un alfa de Cronbach =.78. Rivera-Ledesma y Montero-López (2007) aplicaron recientemente sólo la sub-escala de Relación con Dios a una muestra de 129 AM cambiando el sentido de dos reactivos obteniendo dos factores uno con nueve reactivos relacionados con la percepción de una relación satisfactoria con Dios; y el segundo con los dos reactivos que invirtieron, midiendo justamente el aspecto inverso (la insatisfacción de la relación con Dios). Ambos factores explicaron el 59.3% de la varianza y se obtuvo un alfa de Cronbach=.84.

También se incluyeron reactivos relacionados con la experiencia cotidiana de la espiritualidad de los AM relacionados con la trascendencia de la vida que fueron aportaciones de los AM para expresar la forma en que viven este aspecto de la espiritualidad. La inclusión de estos reactivos obedeció a la necesidad de identificar la espiritualidad diferenciándola de la religiosidad.

**Depresión.** Escala de Depresión Geriátrica (EDG) en su versión corta de quince reactivos que evalúan síntomas depresivos específicamente para AM, con un formato de respuesta dicotómica (presencia/ausencia). González-Celis (2002) realizó en México una aplicación a una muestra de 124 adultos de entre 55 y 74 años, en el Estado de México, obteniendo una confiabilidad tests-retest con  $r = .673$ ,  $p = .01$ . Rivera-Ledesma y Montero (2005) en una muestra de 125 AM en la Ciudad de México encontraron un alfa de

Cronbach =.77. De acuerdo con Almeida y Almeida (1999), la EDG discrimina niveles de depresión entre personas con depresión media (con puntaje de 3.26), moderada (con puntaje de 4.27), y severa (con 7.96), con un nivel de confianza de 95% de acuerdo con la CIE-10. No incluye síntomas somáticos debido a su alta frecuencia por otras causas diferentes a la depresión en los AM.

### **Instrumentos diseñados para el estudio**

**Esperanza.** Debido al amplio número de reactivos de las escalas ya incluidas se decidió utilizar una versión abreviada de 25 reactivos del instrumento elaborado en el Estudio 1 de esta investigación, con el objetivo de disminuir en lo posible el número de reactivos y el tiempo de aplicación. La escala final para este estudio estuvo constituida por cinco subescalas: manejo de la economía, salud, relaciones interpersonales, apoyo y componentes generales de la esperanza (con cinco reactivos en cada subescala); y con un formato de cuatro opciones de respuesta que van desde “Nunca o casi nunca” hasta “Siempre o casi siempre” en las últimas dos semanas.

**Índice de espiritualidad.** Debido a que el instrumento validado en México con AM que evalúa la Espiritualidad sólo considera la satisfacción e insatisfacción de la relación con Dios y en algunos estudios se sugiere que este aspecto está muy relacionado con la religiosidad (Bailly & Roussiau, 2010; Daleman & Frey; 2004) se desarrolló un instrumento para evaluar la espiritualidad desde la experiencia de los AM. Se realizaron tres grupos focales para generar un banco de reactivos con las aportaciones de los AM referentes a la experiencia personal de su espiritualidad en la vida cotidiana específicamente relacionada con la trascendencia de la vida, que fue el aspecto más importante para ellos reportado inicialmente en los participantes. Los grupos focales se

realizaron en la Sección de la Tercera Edad del Parque de Chapultepec, previa autorización de los directivos del parque y posterior invitación a los asistentes regulares para participar voluntariamente, garantizándoles la confidencialidad de la información. La participación de cada grupo fue entre 15 y 25 personas. En cada uno se presentó y describió el objetivo de la reunión, posteriormente se puntualizó la diferencia entre la espiritualidad y la religiosidad, y se continuó con una guía de preguntas relacionadas con la espiritualidad para que finalmente los AM expresaran libremente la forma en la que sus creencias sobre su espiritualidad incidían en su cotidianidad.

El aspecto de la trascendencia de la vida fue el más importante para los AM, que es el significado basado en un estado interno y en experiencias personales de lo que los AM consideran que pueden dejar como legado a los demás sin estar relacionado con aspectos materiales; las aportaciones específicas se agruparon en reactivos generales. De este análisis se desarrolló un banco de 8 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones que van de “Nunca o casi nunca” a “Todo el tiempo”. Una vez conformado el banco de preguntas se realizó una prueba piloto para evaluar la comprensión de los mismos en un grupo de 20 AM residentes de una casa asistencial INAPAM, previa autorización y consentimiento voluntario de los participantes. Una vez realizados los cambios sugeridos en este piloteo se conformó la versión final.

## **Procedimiento**

La aplicación de los instrumentos se realizó en las instalaciones del INAPAM, en tres centros de atención integral (que son espacios de atención médica, legal, psicológica y social especializada y en los que además se brinda la credencial que acredita cumplir con la edad mínima para el grupo de AM en México, con la cual pueden obtener descuentos en el pago de impuestos, transporte, museos, etc) y en once clubes también

del INAPAM a los cuales acuden los AM para participar en actividades culturales, académicas y deportivas semanales. Para la aplicación de las escalas se contó previamente con la autorización de los directivos de la institución y de los coordinadores de dichas áreas. Posteriormente se les informó a los AM del estudio y de las condiciones de anonimato al participar, y quienes aceptaron voluntariamente participar respondieron los instrumentos en formato de auto-aplicación grupal o por entrevista individual a quien así lo solicitó a la aplicadora.

#### **Criterios de inclusión.**

Adultos de entre 60 y 90 años que asistían a solicitar el servicio de credenciales o de actividades en once clubes del INAPAM en la Ciudad de México.

AM que aceptaran participar voluntariamente en responder los instrumentos.

#### **Criterios de exclusión.**

Adultos mayores que requirieran de asistencia de otra persona para movilizarse hasta las instalaciones del INAPAM.

Adultos que presentaran alguna alteración para la comunicación con el aplicador (afectaciones a la vista, oído o habla).

**Consideraciones éticas.** Se les explicó a los AM el objetivo del estudio, características de la aplicación (duración y formato) y el carácter anónimo y totalmente voluntario de su participación; y que en cualquier momento podían retirarse de la aplicación sin ninguna consecuencia para su atención en la institución. La aplicación de los instrumentos se realizó previa autorización verbal de los AM.

**Análisis estadísticos.** Se realizaron análisis descriptivos de las características socio-demográficas de los participantes y de los instrumentos empleados.

Se llevaron a cabo análisis psicométricos (análisis factorial, alfa de Cronbach) para los instrumentos desarrollados para el estudio.

Se ejecutaron análisis inferenciales entre las variables para identificar la dirección y magnitud de las asociaciones.

Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple para identificar la relación de las variables (esperanza, salud percibida, depresión y espiritualidad) con las mediciones de bienestar y satisfacción de la vida. Los análisis se realizaron en el programa SPSS versión 13.

## **Resultados**

### **Análisis psicométricos de las escalas desarrolladas para la investigación**

**Escala de Esperanza.** Con el total de las aplicaciones realizadas (n=355), se realizó un análisis factorial exploratorio; la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin fue de .93 la cual fue adecuada para proseguir con el análisis, considerando aquellos reactivos con valores de al menos 0.45 en las comunalidades; y se eliminó el reactivo 49 por no cumplir con este criterio. El análisis factorial exploratorio de componentes principales y rotación Varimax mostró cinco factores que explicaron el 64% de la varianza. El resultado del análisis mostró dos reactivos (65 y 66) con cargas factoriales menores a .40 por lo que se eliminaron. La escala quedó estructurada por cinco factores, los cuales se describen en la Tabla 5 y que explicaron el 67.3% de la varianza. Con esta versión final de 22 reactivos se

realizaron los análisis estadísticos posteriores. Las cargas factoriales se muestran en el Anexo B.

Tabla 5

Factores de la Escala de Esperanza

Factores	Definición del factor	Número de reactivos	Alfa de Cronbach
Manejo de la economía	Recursos cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar el manejo de los recursos financieros	5	.87
Salud	Recursos cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar las condiciones de actuales de salud	5	.88
Relaciones interpersonales	Recursos cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar la calidad de las relaciones con las demás personas	5	.82
Apoyo social	Recursos cognitivos y emocionales relacionados a brindar y recibir apoyo de los demás	4	.83
Componentes generales	Elementos cognitivos y emocionales para establecer metas y estrategias generales	3	.69

**Índice de Espiritualidad.** Para evaluar la validez de constructo se analizó la discriminación de los reactivos a partir de las frecuencias de respuesta encontrando que los ocho reactivos obtuvieron una distribución de respuestas adecuada en cada pregunta. En el análisis factorial todos los reactivos obtuvieron comunalidades superiores a .60 y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin fue de .94, adecuada para continuar con el análisis factorial, el cual arrojó un sólo factor con un valor Eigen de 6.29 y explicó el 79% de la varianza.

Se realizó un análisis factorial confirmatorio, el cual dio como resultado un Índice con 6 reactivos; esta versión final explicó el 77% de la varianza, los pesos factoriales de todos los reactivos estuvieron entre .80 y .95 y se presentan en el Anexo C; y la consistencia interna fue alta con un coeficiente alfa de Cronbach= .94 (Sánchez-Estrada, González-Forteza, Andrade-Palos & Robles-García, 2012).

Se analizó la validez discriminante de grupos contrastados con una prueba de promedios de Mann-Whitney para comparar los puntajes globales del índice de Espiritualidad que se situaron por debajo del percentil 25 y arriba del percentil 75, la cual fue significativa ( $z=-14$ ,  $p<.001$ ). Esta versión final de seis reactivos se incluyó en los análisis estadísticos posteriores.

**Características de la muestra.** Se realizó un análisis global de los 355 participantes, y posteriormente un análisis por servicio solicitado (clubes/credenciales) debido a que se observaron diferencias en todos los apartados socio-demográficos. Los resultados se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6

Descripción de las características socio-demográficas de los AM por servicio solicitado

Concepto	Clubes 11 (183)	f (%)	Credenciales 3 (172)	f (%)	Estadísticos
M <sub>Edad</sub> (DE)	72.9 (7.5)		M <sub>Edad</sub> (DE) 63.2 (4.6)		$t(307)=14.59^{**}$
Sexo	Hombres	17 (9.4)	Hombres	91 (52.9)	$X^2(1)=78.12^*$
	Mujeres	163 (90.6)	Mujeres	81 (47.1)	
Estado civil	Viudo	82 (45.8)	Viudo	29 (17.2)	$X^2(5)=36.36^*$
	Casado	51 (28.5)	Casado	92 (54.4)	
	Soltero	21 (11.7)	Soltero	17 (10.1)	
	Separado	14 (7.8)	Separado	16 (9.5)	
	Divorciado	6 (3.4)	Divorciado	10 (5.9)	
	Unión libre	5 (2.8)	Unión libre	5 (3)	

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$

Continuación Tabla 6

Descripción de las características socio-demográficas de los AM por servicio solicitado

Concepto	Clubes 11	f (%)	Credenciales 3	f (%)	Estadísticos
Con quién vive	Hijos y nietos	77 (43.3)	Hijos y nietos	43 (25.1)	$X^2(3)=17.0, *$
	Cónyuge	55 (30.9)	Cónyuge	86 (50.3)	
	Solo	32 (18)	Solo	26 (15.2)	
	Padres y otros no familiares	14 (7.9)	Padres y otros no familiares	16 (9.4)	
Nivel máximo de estudios	Primaria	71 (39.2)	Primaria	48 (28.1)	$X^2(5)=23.4*$
	Secundaria	24 (13.3)	Secundaria	31 (18.1)	
	Preparatoria	6 (3.3)	Preparatoria	10 (5.8)	
	Carrera técnica	55 (30.4)	Carrera técnica	30 (17.5)	
	Licenciatura	22 (12.2)	Licenciatura	42 (24.6)	
	Posgrado	3 (1.7)	Posgrado	10 (5.8)	
A qué se dedica	Pensionados/jubilados	103 (57.5)	Pensionados/jubilados	48 (28.6)	$X^2(2)=82.6*$
	Dedicados al hogar	65 (36.3)	Dedicados al hogar	37 (22)	
	Trabaja	11 (6.1)	Trabaja	83 (49.4)	
Principal fuente de ingresos económicos	Jubilación	57 (31.5)	Jubilación	21 (12.4)	$X^2(5)=92.8*$
	Pensión	56 (30.9)	Pensión	28 (16.5)	
	Ayuda de familiares y programas gubernamentales	37 (20.4)	Ayuda de familiares y programas gubernamentales	24 (14.1)	
	Cónyuge	22 (12.2)	Cónyuge	12 (7.1)	
	Trabajo	8 (4.4)	Trabajo	77 (45.3)	
	No recibe ingresos	1 (.6)	No recibe ingresos	8 (4.7)	
Acceso a servicios de salud	IMSS	102 (56.4)	IMSS	89 (52)	$X^2(5)=37*$
	ISSSTE	54 (29.8)	ISSSTE	25 (14.6)	
	SSA	10 (5.5)	SSA	14 (8.2)	
	Privado	7 (3.9)	Privado	5 (2.9)	
	Ninguno	4 (2.2)	Ninguno	35 (20.5)	
	Defensa, Marina y Pemex	4 (2.2)	Defensa, Marina y Pemex	3 (1.8)	
Enfermedades	Diabetes mellitus	38 (21.7)	Diabetes mellitus	40 (23.4)	$X^2(5)=67.36*$
	Hipertensión arterial	79 (45.1)	Hipertensión arterial	27 (15.8)	
	Otra	24 (13.1)	Otra	23 (13.5)	
	Osteoporosis	14 (8)	Osteoporosis	6 (3.5)	
	Cardio vasculares	6 (3.4)	Cardio vascular	4 (2.3)	
	Ninguna	14 (8)	Ninguna	71 (41.5)	
	Dos enfermedades	71 (39)	Dos enfermedades	29 (17)	
	Tres enfermedades	18 (10)	Tres enfermedades	8 (5)	
Servicio de salud al que acude	IMSS	88 (49.2)	IMSS	74 (43.5)	$X^2(5)=18.38*$
	ISSSTE	45 (25.1)	ISSSTE	21 (12.4)	
	Privado	22 (12.3)	Privado	41 (24.1)	
	SSA	14 (7.8)	SSA	17 (10)	
	Ninguno	4 (2.2)	Ninguno	10 (5.9)	
	Otro servicio – INPAM	6 (3.4)	Otro servicio- INAPAM	7 (4.1) –	
		3 (1.7)		4 (2.4)	
Apoyo económico	Pensión alimentaria y otros	112 (62.9)	Pensión alimentaria y otros	11 (6.4)	$X^2(1)=122.6*$
	No recibe apoyo	66 (37.1)	No recibe apoyo	161 (93.6)	

\*p<.05, \*\*p<.01

Continuación Tabla 6

Descripción de las características socio-demográficas de los AM por servicio solicitado

Concepto	Clubes 11	f (%)	Credenciales 3	f (%)	Estadísticos
Religión	Católica	160 (89.9)	Católica	137 (80.1)	$X^2(3)=14.14^*$
	Cristiana	12 (6.7)	Cristiana	9 (5.3)	
	Ninguna	4 (2.2)	Ninguna	12 (7)	
	Otra	2 (1.2)	Otra	13 (7.6)	

\*p<.05, \*\*p<.01

El grupo de credenciales fue más joven en relación a los de clubes con una diferencia de casi 10 años, y el porcentaje de hombres y mujeres se acercó mucho al 50/50 en credenciales; mientras que en clubes hubo un mayor predominio de mujeres con más del 90%. Los AM de credenciales se encontraban casados en su mayoría (más del 50%); mientras que en los de clubes predominaban los viudos (casi el 46%) al momento de la aplicación. Esta información se corroboró al indagar con quién vivían, ya que los de credenciales principalmente vivían con su pareja, y los de clubes con algún familiar. Respecto al nivel máximo de estudios, se observó que casi el 40% de los AM de clubes contaban con algún grado de primaria; si bien el porcentaje de primaria en credenciales fue también el más alto con un 28%, el de licenciatura se duplicó en relación a los de clubes. La actividad principal para los AM de clubes fue estar pensionado o jubilado (casi el 60%), mientras que para casi la mitad de los de credenciales fue el trabajo remunerado fuera de casa. Al identificar la principal fuente de ingresos económicos estos datos se confirmaron.

Aunque ambos grupos reportaron tener en un gran porcentaje (mayor al 70%) derecho a algún servicio de salud, en los de credenciales el porcentaje sin este servicio fue diez veces mayor que en los de clubes (20% vs. 2.2%). En cuanto a las enfermedades, se encontró predominio de los principales problemas de salud esperados para este grupo de edad (como diabetes mellitus e hipertensión arterial); sin embargo, un

porcentaje importante (40%) de los AM de credenciales reportaron no tener ninguna enfermedad, en comparación con sólo el 8% de clubes. El uso de los servicios de salud es muy parecido en ambos grupos, siendo diferente solo en el caso del servicio privado que para los de credenciales se duplicó en relación con los de clubes. Finalmente, en cuestiones de afiliación religiosa, más del 80% de ambos grupos fue católico.

Con respecto al tiempo en que los AM de clubes han asistido al INAPAM se encontró una  $M_{años}=8.6$ , con una  $DE=7$ , en un rango de 1 a 28 años, lo cual asociado a la edad de los AM de clubes son un grupo que ingresó a este servicio cercano a sus 65 años.

### **Análisis descriptivos de las variables evaluadas**

En la Tabla 7 se presentan los datos descriptivos de los instrumentos aplicados por servicio solicitado por los AM, así como el resultado de comparación de medias con la prueba t de Student para muestras independientes. Todas las escalas empleadas tuvieron índices de consistencia interna adecuados. Debido a que la Escala de Esperanza evalúa los mismos constructos (determinación, motivación, emociones relacionadas con la esperanza y acciones específicas) y se obtuvo una correlación producto momento de Pearson entre las subescalas de entre .47 a .58, se realizó un análisis factorial de segundo orden para considerar el análisis global de la esperanza, el cual dio como resultado un solo factor que explicó el 61.6% de la varianza con un valor Eigen de 3.0. Para los siguientes análisis se tomó en cuenta el puntaje global de la Escala de Esperanza.

Tabla 7

Promedios de las puntuaciones de las escalas y comparación de medias entre los servicios solicitados.

Instrumento	Club <i>M(DE)</i>	Credenciales <i>M(DE)</i>	Rango de puntuación	Prueba <i>t</i>
Salud percibida	51.3 (14.8)	53.2 (16.0)	0-100	t(337)=-1.13
Satisfacción con la vida	18.58 (4.0)	17.3 (4.4)	5-25	t(337.5)= 2.82*
Depresión	2.99 (2.4)	3.2 (3.0)	0-15	t(321)= -.83
Índice de Espiritualidad	21.4 (4.0)	17 (6.0)	6-24	t(294)=8.1**
Espiritualidad EBE	36.5 (6.4)	29.8 (8.2)	12-48	t(317)=8.36**
Bienestar	18.9 (4.4)	18.4 (5.7)	0-25	t(322)=1.13
Esperanza	75.3 (11.1)	70.9 (14.3)	22-88	t(316)=3.13**

\* $p > .01$ , \*\* $p > .001$

Se pueden observar diferencias significativas en el puntaje total de las Escalas de Satisfacción, Espiritualidad con ambas escalas y de Esperanza; donde las medias de las puntuaciones del grupo de credenciales fue menor que las de clubes.

Se realizó un análisis de correlaciones producto-momento de Pearson para identificar la dirección y magnitud de las relaciones entre las variables, y nuevamente el análisis se dividió por servicio solicitado. Los resultados se muestran en la Tabla 8. Las asociaciones observadas son acordes en dirección y magnitud con la literatura. El puntaje de la Escala de Depresión tuvo una relación inversa con todas las puntuaciones de los demás instrumentos. Salud percibida tuvo una asociación positiva con Satisfacción. Los dos instrumentos de Espiritualidad tuvieron una correlación alta entre ellos. La variable que tuvo la asociación más fuerte y directamente proporcional con bienestar fue la

esperanza, y como se esperaba se encontró una relación positiva entre ambas mediciones del bienestar aunque ésta fue baja.

Tabla 8

Asociación de las puntuaciones de los instrumentos por servicio solicitado

	<u>Credenciales</u>				<u>Clubes</u>		
	Depresión	Espiritualidad EBE	Índice de Espiritualidad	Salud percibida	Esperanza	Satisfacción	Bienestar
Depresión	-	-.094	-.216**	-.316**	-.416**	-.202*	-.567**
Espiritualidad EBE	-.069	-	.794**	-.059	.260**	.063	.128
Índice de Espiritualidad	-.20**	.788**	-	-.20	.349**	.079	.247**
Salud percibida	-.428**	-.057	.023	-	.130	.297**	.146
Esperanza	-.511**	.119**	.232**	.294**	-	.278**	.567**
Satisfacción con la vida	-.458**	-.026	.040	.462**	.535**	-	.261**
Bienestar	-.613**	.059	.114	.337**	.647**	.462**	-

*Nota:* Los coeficientes de correlación de las variables para el grupo de clubes se presentan sobre la diagonal y para el grupo de credenciales por debajo de la diagonal

\*Correlación significativa al nivel de .05 para dos colas

\*\*Correlación significativa al nivel de .001 para dos colas

Se observaron algunas diferencias por grupo:

- La depresión alcanzó una asociación más fuerte con salud, satisfacción y bienestar: de entre .10 a .20 en el grupo de credenciales en comparación con el grupo de clubes.
- La espiritualidad con la Escala EBE obtuvo una asociación positiva y significativa con esperanza sólo en el grupo de clubes.

- El Índice de Espiritualidad tuvo una correlación positiva y significativa con bienestar sólo en el grupo de clubes (WHO-Five) y la asociación con esperanza fue de .10 mayor en este grupo.
- La salud percibida obtuvo una asociación positiva y significativa con esperanza y con bienestar (WHO-Five) sólo en credenciales, y mostró un incremento de entre .10 y .15 en relación con depresión y satisfacción también en este grupo.
- La esperanza mostró correlaciones más altas entre .20 y .10 con satisfacción y bienestar en el grupo de credenciales.
- Entre el bienestar y satisfacción la correlación fue .20 más alta en credenciales.

**Resultados de la regresión de bienestar (Satisfacción con la vida).** Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para identificar las variables predictoras para cada una de las mediciones de bienestar (Escala de Satisfacción con la vida y Escala WHO-Five). Debido a la alta correlación entre la escala de Espiritualidad EBE y el Índice de Espiritualidad, se decidió sólo incluir el índice en la regresión múltiple para evitar la multicolinealidad entre ellas.

Se incluyeron todas las variables en las regresiones con el método *stepwise*. A continuación se presentan los resultados sólo con las variables que fueron significativas.

Para la medición de bienestar con la Escala de Satisfacción con la vida sólo las variables de salud percibida y esperanza fueron significativas para el grupo de clubes. En el primer paso se incluyó a la esperanza con una ecuación estadísticamente significativa  $F(1,139)=13.211$ ,  $p<0.001$ , en el segundo paso se sumó la salud percibida con un incremento significativo en la  $R^2$  como se muestra en la tabla y una ecuación significativa  $F(2,138)=10.87$ ,  $p<.001$ . Siendo en este último modelo la esperanza el mejor predictor, ambas variables tuvieron una contribución positiva como se esperaba.

Tabla 9

Variables predictoras para Satisfacción con la vida en el grupo de clubes

Predictor	$\Delta R^2$ ajustada	<i>B</i>	$\beta$	<i>IC</i> <sub>95%</sub> para <i>B</i>	
				LI	LS
Modelo 1	0.08*				
Constante		10.906		6.804	15.009
Esperanza**		0.098	0.295	0.045	0.152
Modelo 2	0.04*				
Constante		8.555		4.222	12.888
Esperanza**		0.090	0.269	0.037	0.143
Salud percibida**		0.059	0.224	0.018	0.101
Total	0.12				

\* $p(F) < .01$ , \*\* $p(B) < .01$

Los resultados de la regresión para el bienestar con la Escala de Satisfacción con la vida para el grupo de credenciales se muestra en la Tabla 10

Tabla 10

Variables predictores para Satisfacción con la vida en el grupo de credenciales.

Predictor	$\Delta R^2$ ajustada	<i>B</i>	$\beta$	<i>IC</i> <sub>95%</sub> para <i>B</i>	
				LI	LS
Modelo 1	0.27*				
Constante		5.67		2.66	8.67
Esperanza**		.163	.524	.121	.204
Modelo 2	0.10*				
Constante		3.19		.242	6.147
Esperanza**		.130	.419	.090	.170
Salud percibida**		.090	.338	.056	.125
Modelo 3	0.01*				
Constante		5.99		2.00	9.981
Esperanza**		.110	.354	.065	.154
Salud percibida**		.078	.292	.042	.114
Depresión**		-.219	-.155	-.432	-.006
Total	0.38				

\* $p(F) < .05$ , \*\* $p(B) < .05$

En el primer paso se incluyó a la esperanza con una ecuación estadísticamente significativa  $F(1,160)=60.56$ ,  $p<0.001$ , en el segundo paso se sumó la salud percibida con un incremento significativo en la  $R^2$  y una ecuación significativa  $F(2,159)=48.23$ ,  $p<.001$ . En el tercer paso se incluyó a la depresión con un incremento  $R^2$  pequeño pero significativo y una ecuación también significativa  $F(3,158)=34.173$ ,  $p<.001$ . Como resultado final la esperanza fue el mejor predictor seguido de la salud percibida con contribución positiva de ambas; mientras que la aportación de la depresión fue negativa y de menor magnitud a las dos anteriores.

Los resultados del análisis del bienestar con la Escala WHO-Five para el grupo de clubes se presenta en la Tabla 11

Tabla 11

Variables predictoras para la Escala del WHO-Five en el grupo de clubes

Predictor	$\Delta R^2$ ajustada	<i>B</i>	$\beta$	<i>IC</i> <sub>95%</sub> para <i>B</i>	
				LI	LS
Modelo 1	0.31*				
Constante		2.026		-2.126	6.177
Esperanza**		.225	.569	.170	.279
Modelo 2	0.12*				
Constante		8.868		4.378	13.357
Esperanza**		.162	.409	.108	.216
Depresión**		-.715	-.385	-.969	-.460
Total	0.43				

\* $p(F)<.01$ , \*\* $p(B)<.01$

La primera variable incluida fue la esperanza con una ecuación estadísticamente significativa  $F(1,140)=66.,937$ ,  $p<0.001$ , en el segundo paso se incluyó la depresión con un incremento casi del 50% en la  $R^2$  como se muestra y una ecuación significativa  $F(2,139)=55.994$ ,  $p<.001$ . La contribución de la esperanza fue positiva y mayor que la de

la depresión. En la Tabla 12 se muestran los resultados de la regresión para la Escala Who-Five para el grupo de credenciales.

Tabla 12

VARIABLES PREDICTORAS PARA LA ESCALA DEL WHO-FIVE EN EL GRUPO DE CREDENCIALES

Predictor	$\Delta R^2$ ajustada	<i>B</i>	$\beta$	<i>IC</i> <sub>95%</sub> para <i>B</i>	
				LI	LS
Modelo 1	0.40*				
Constante		.512		-2.931	3.956
Esperanza**		.252	.636	.204	.299
Modelo 2	0.12*				
Constante		8.615		4.660	12.571
Esperanza**		.171	.433	.122	.220
Depresión**		-.740	-.404	-.966	-.513
Total	0.52				

\* $p(F) < .01$ , \*\* $p(B) < .01$

Para el primer paso la primera variable incluida fue la esperanza con una ecuación estadísticamente significativa  $F(1,162)=109.979$ ,  $p < 0.001$ , la depresión se incluyó en el segundo paso con una ecuación significativa  $F(2,161)=89.536$ ,  $p < .001$ . La contribución de la esperanza fue positiva ligeramente mayor que la de la depresión, y la magnitud de ésta última se mantuvo negativa.

Para ambas mediciones del bienestar y grupos, el determinante con mayor poder fue la esperanza, y la mayor cantidad de varianza explicada fue para la escala WHO-Five.

Con base en los resultados de la esperanza como el mejor predictor, se desarrolló una propuesta de intervención para fomentar la esperanza y el bienestar en adultos mayores.

### Estudio 3

## Estudio piloto para el diseño e implementación de un programa de intervención para fomentar la esperanza y el bienestar en un grupo de AM

### Objetivo

Diseñar e implementar una intervención para fomentar la esperanza y el bienestar en un grupo de AM.

### Diseño de investigación

Cuasi experimental de un solo grupo por conveniencia con evaluación pre post (Kerlinger y Lee, 2002).

### Método

#### Participantes

La intervención se llevó a cabo con AM de un club del INAPAM en la Ciudad de México, previa autorización de los directivos de la institución y en colaboración con la coordinadora del club. Se formaron dos grupos para aplicar la intervención a solicitud de los AM debido a las actividades ya programas y para facilitar su participación en la intervención. El total de AM que concluyó la intervención fue de 12 con  $M_{edad}$  de 73.75 y  $DE= 8.8$ , todas mujeres con una  $M_{años}$  de 9.83 y una  $DE= 7.6$  de asistencia al club. El 58.3% se encontraba separada, divorciada o viuda al momento de la intervención, mientras que el 41.7% estaba casada o en unión libre. Con respecto a con quien vivían el 41.7% vivía con su pareja, 33.3% vivía en compañía de hijos o nietos, un 16% con otros familiares, y sólo el 8.3 % vivía sola. La escolaridad fue predominantemente superior: carrera técnica

terminada en un 41.7% y licenciatura con 25%; el resto se distribuyó en quienes tuvieron algunos años de primaria y quienes la concluyeron. En relación a su actividad predominante: la mayoría (66.7%) estaba jubilada o pensionada, el 16.7% se dedicaba al hogar y el restante 16.7% trabajaba fuera de casa. Estos porcentajes coinciden con el reporte de su principal fuente de ingresos económicos: jubilación o pensión en el 66.7%, trabajo remunerado en el 16.7%, y sólo el 16.7% reportó el apoyo de programas gubernamentales como fuente de ingresos.

El 91.7% tenía derechohabencia, mientras que el 8.3% contaba con servicio médico privado. En relación a problemas de salud: 7 de las participantes tenían hipertensión arterial, 3 diabetes mellitus, 3 osteoporosis, 1 glaucoma, 1 cáncer, y solo 1 sin ninguna enfermedad diagnosticada.

Las principales actividades que realizan en el club del INAPAM estaban relacionadas con convivencia (11 de ellas), académicas (5), artísticas (5), deportivas (3), puestos voluntarios en el club (3) y psicología (1); 11 de ellas participan en al menos dos actividades, y sólo una de ellas asistía a sólo una actividad en el club. Cinco de las participantes asistían a otros grupos de AM además del INAPAM principalmente de índole religioso; la religión predominante fue la católica con un 83%, judía 8.3% y sin religión 8.3%.

## **Instrumentos**

Cédula de datos socio-demográficos para la caracterización de la muestra, que incluye edad, nivel educativo, estado civil, fuente de ingresos económicos, acceso a servicios de salud, enfermedades crónicas, actividades realizadas en el club, tiempo de registro en él y religión

Bienestar: Satisfacción con la vida. Instrumento que evalúa el componente cognoscitivo del Bienestar subjetivo, formado por cinco reactivos con cinco opciones de respuesta para indicar el grado de acuerdo “Muy en acuerdo” hasta “Muy en desacuerdo” (Diener et al., 1985), ya descrito con mayor detalle en el Estudio 2.

**Bienestar.** Índice WHO-Five que consta de cinco reactivos que miden el estado afectivo positivo, el nivel de tranquilidad, relajación, descanso posterior al sueño e interés en las actividades cotidianas, con 6 opciones de respuestas que van desde: “Todo el tiempo” a “Nunca”; y un coeficiente de homogeneidad de .63, y con un alfa de Cronbach de .85. (Vedel et al., 2006, Newnham et al., 2009).

**Esperanza.** Se incluyó la versión abreviada final del instrumento constituida por 5 sub-escalas: manejo de la economía, salud, relaciones interpersonales, apoyo y componentes generales, la cual resultó del Estudio 2 de esta investigación, y consta de 22 reactivos con 4 opciones de respuesta que van de “Nunca o casi nunca” a “Siempre o casi siempre”. Esta versión abreviada explicó el 67.3% de la varianza y la consistencia interna de las sub-escalas obtuvieron un alfa de Cronbach que fueron de .88 a .69.

**Salud.** La sub-escala de salud general de la escala de Salud Física (SF-36) evalúa el juicio sobre la condición de salud actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar; los 5 reactivos hacen referencia a la valoración de la condición de salud actual, con 5 opciones de respuesta de que van de “Definitivamente cierto” a “Definitivamente falso” y uno que evalúa el estado actual de salud de “Excelente” a “Mala” (Durán-Arenas et al., 2004).

**Depresión.** Escala de Depresión Geriátrica (EDG) en su versión corta, que evalúa síntomas depresivos específicamente para AM, la cual consta de 15 reactivos con opciones de respuesta dicotómica presencia/ausencia. La EDG discrimina niveles de depresión, evalúa la presencia de síntomas a mayor número de síntomas se considera

nivel más elevado de depresión, se han establecido puntos de corte para identificar depresión media (con puntaje de 3.26), moderada (con puntaje de 4.27), y severa (con 7.96). En México se ha reportado la confiabilidad tests-retest con  $r=.673$ ,  $p=.01$ . y coeficiente alfa de Cronbach $=.77$  (González-Celis, 2002; Rivera-Ledesma & Montero, 2005).

## **Procedimiento**

Previa autorización de los directivos y junto con la coordinadora del club por el INAPAM se presentó el Taller “Paso a Paso” a los asistentes de cada uno de los diferentes grupos de actividades que se llevan a cabo en el club y se les invitó a inscribirse; también se difundió el Taller por medio de carteles en las oficinas de la coordinación del club, así como por invitación verbal individual.

**Intervención.** El Taller “Paso a Paso” se desarrolló en formato grupal, considerando de 5 a 15 adultos mayores, ya que muchas de las actividades requieren de la contribución y retroalimentación de los participantes. Las intervenciones grupales brindan la oportunidad de ampliar el repertorio de estrategias a partir de las aportaciones de otros miembros del grupo (Nel, 2010).

Las actividades del Taller se diseñaron para sesiones semanales (ocho en total) con duración de noventa minutos cada una. En cada sesión se incluyeron aspectos teóricos, de análisis y de registro para los participantes con la finalidad de destacar las experiencias exitosas y las habilidades ya adquiridas y dirigir estos aspectos a la meta presente, por medio del trabajo durante las sesiones y actividades para casa.

La adaptación del Taller se basó en la revisión de trabajos que describían intervenciones para el fomento de la esperanza (Lopez et al., 2000; Nel, 2010) sustentadas en el modelo de Snyder (2000); por medio de los componentes cognoscitivos

(determinación y caminos para llegar a la meta presente), y tomando los antecedentes más relevantes de estos aspectos en su vida, las habilidades y condiciones presentes de cada uno de los participantes (Cheavens & Gum, 2010; Hervás et al., 2009, Weis, 2010; Weis & Speridakos, 2011). Como se ha sugerido en diversas intervenciones la elección de la meta es seleccionada por cada uno de los participantes, el trabajo del instructor es de guía para el análisis de las posibles opciones propuestas por los AM de tal forma que la meta seleccionada sea la más significativa en el corto plazo.

Se adaptaron estrategias planteadas en intervenciones para diversas poblaciones (Cheavens & Gum, 2010; Nel, 2010; Weis & Speridakos, 2011), con el objetivo de que los AM se sintieran partícipes activos en las sesiones y en las actividades del Taller. También se consideraron aspectos metodológicos relacionados con intervenciones dirigidas a AM no solamente en el campo de la psicología positiva, adaptando la intervención a las recomendaciones de duración (Bohlmeijer et al., 2007), identificación de habilidades previas (Mehlsen et al., 2005) y consideración del contexto de los participantes.

Las actividades de cada una de las sesiones se describen a continuación:

Sesión 1. Presentación del programa y evaluación pre.

Sesión 2. Presentación del modelo cognitivo y su relación con el establecimiento de metas a futuro.

Sesión 3. Presentación de los componentes de la esperanza (metas, determinación, caminos, grado de posibilidad de lograr la meta y las posibles dificultades y obstáculos que se pueden encontrar) del Modelo de Snyder (2000) y su importancia en la experiencia de los AM.

Sesión 4. Identificación y análisis de pensamientos relacionados con la meta, y reflexión del grado de posibilidad de logro de la meta en función de las dificultades identificadas.

Sesión 5. Análisis de estrategias y opciones de caminos ante las dificultades previamente identificadas para lograr la meta.

Sesión 6. Análisis de los componentes (metas, determinación, caminos, grado de dificultad y obstáculos) y de la respuesta emocional de experiencias previas exitosas y su influencia en metas futuras.

Sesión 7. Presentación del avance de cada uno de los participantes con respecto a su meta y de su experiencia durante el Taller.

Sesión 8. Evaluación post y cierre del Taller.

En cada una de las sesiones se dejaron actividades para casa con el registro de diversos aspectos (metas, pensamientos, emociones, estrategias, dificultades y experiencias exitosas) para que en la siguiente sesión, posterior a la revisión del instructor los elementos individuales se incorporaran a la discusión y análisis grupal. La versión abreviada de la intervención se presenta en el Anexo D.

***Criterios de inclusión.***

Adultos mayores asistentes regulares al club.

Adultos que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

***Criterios de exclusión.***

Adultos mayores que tuvieran alguna dificultad para acceder a las instalaciones del club.

Adultos mayores que tuvieran alguna condición que dificultara la comunicación con el instructor (problemas auditivos, visuales o del habla).

Adultos mayores que faltaran al menos al 20% de las sesiones del Taller.

**Consideraciones éticas.** Se solicitó consentimiento informado (Anexo E) por escrito a los AM, el cual firmaron una vez que les fue leído, se aclararon sus dudas, y lo firmaron también dos testigos.

### **Análisis estadísticos**

Se realizó un análisis cualitativo descriptivo de las metas planteadas por los participantes, las dificultades, estrategias, grado de alcance y acciones realizadas durante el Taller.

Se realizaron análisis descriptivos de las características de los participantes y de los instrumentos empleados.

Se llevó a cabo una prueba de comparación de medianas de las puntuaciones pre y post de los instrumentos empleados.

## **Resultados**

### **Cualitativos**

De las metas planteadas –una por cada participante- ,10 estuvieron relacionadas a la salud: desde organizar su tiempo para dormir 8 horas, hasta realizar ejercicio o bien bajar de peso; una fue del área de relaciones interpersonales, y otra relacionada con la adaptación a las condiciones de su vida ya que su pareja tenía problemas cognitivos que la han llevado a ser su cuidadora primaria.

Desde la segunda semana, ocho de las participantes realizaron algún ensayo conductual directamente relacionado con su meta; otras dos de las participantes modificaron su meta y plantearon metas más concretas (debido a que las anteriores eran

demasiado generales), y las dos restantes no identificaron en ese periodo de tiempo haber realizado ninguna acción dirigida a su meta.

En la evaluación del grado de logro de la meta inicial (sesión 3) que tuvo un rango continuo de 0 (nada posible) a 100 (totalmente posible), la media fue de 79.4 con puntuaciones de 55 a 100.

Entre las sesiones 3 a la 5 las participantes registraron y analizaron algunos elementos como las dificultades, los pensamientos y las estrategias.

En cuanto a las dificultades identificadas para llegar a la meta, encontraron: *“Falta de voluntad”, “Pensar que puedo lograrlo y que hago mi mejor esfuerzo, pero no saber si lo puedo lograr”, “No programar mis actividades”, “Soy muy negativa y pienso que no puedo”, “Que me desespero fácilmente”, “Que me gusta mucho comer y no planeo mis comidas”, “Me gustan mucho los dulces es mi única debilidad”, “Aceptar que debo tomar medicamentos, aunque no me agrada”, “Vencer el miedo a la enfermedad, pienso que puedo morir”, “No saber cómo evaluar mis avances” “Hay muchas dificultades económicas y de apoyo no me pueden ayudarme”.*

En los pensamientos identificados fueron: *“Que es difícil pero lo voy a intentar”, “Que puedo ignorar los comentarios negativos de la gente”, “Yo soy la que tiene que cambiar”, “Tengo que poner todo de mi parte y esforzarme”, “Me pongo triste cuando pienso que debo dejar de comer”, “Es muy difícil bajar de peso, requiere mucho sacrificio”, “El tratamiento tiene efectos secundarios”, “No sé como reaccionara mi cuerpo”, “Mucha gente no lo tolera”, “Muchos mueren”, “Quiero que mi vida sea como antes, que mi pareja esté sano”, “No me gusta lo que estoy viviendo”.*

Las estrategias que identificaron para lograr su meta fueron: *“Planear mis actividades”, “Organizar mi alimentación”, “Disminuir el pan en mi dieta y aumentar las frutas y verduras”, “Escuchar a las personas”, “Marcar metas más pequeñas y sólo*

*esforzarme por ellas”, “Necesito de la ayuda de los demás (médicos, compañeros, familia)”, “Tengo que aprender a substituir alimentos”, “Volver a estar en contacto con mis amigos poco a poco y mantenerme cerca de ellos”, “Acudir al grupo de ayuda mutua”, “Aprender más del tratamiento”, “Tratar de que mi vida sea como antes, volver a mis actividades placenteras”, “Organizarme”.*

Las actividades que realizaron fueron coherentes con las estrategias que identificaron. En algunos casos se realizaron cambios en la alimentación, la duración y frecuencia de la actividad física (incrementando esta última), buscaron ayuda especializada, o bien apoyo con los compañeros, familiares o amigos.

En las sesiones 6 y 7 las participantes reportaron pensamientos relacionados: *”Puedo alcanzar mi meta”, “He intentado tantas veces bajar de peso y no lo he logrado”, “Estaré mejor”, “Tengo la solución, puedo lograrlo”, “Mi meta es importante para mí, es un paso dentro de lo que puedo lograr”, “No sé en dónde conseguir ayuda”, “Puedo pedir ayuda”, “Me sentiré mucho mejor”.*

En la redacción de una experiencia exitosa, 5 participantes la identificaron relacionada con el aprendizaje o el desarrollo laboral, 2 con el cambio en su interacción con la familia y la inclusión de actividades recreativas individuales, 2 con actividades deportivas (preparación y participación en actividades de alto rendimiento), y una con la publicación de dos libros de poesía; dos de las participantes relataron las emociones que sintieron al lograr la meta pero no explicaron las condiciones particulares.

En la exposición individual del grado de avance final de la meta establecida para el Taller, 4 de las participantes describieron cambios conductuales (dos de ellas bajaron de peso entre 2 y 3 kilogramos), una logró establecer horarios fijos para sus actividades cotidianas, y la cuarta buscó ayuda especializada para mejorar su salud. Once de las participantes describieron cambios cognitivos relacionados con el establecimiento de sus

metas, identificando la importancia de la descripción clara y concisa de la meta; de los caminos y las estrategias para alcanzarla y de la determinación basada en la identificación de los pensamientos relacionados con la meta (si éstos se enfocan en la posibilidad de logro o en el fracaso); además de la posibilidad de aplicar estos aspectos a situaciones futuras.

### Cuantitativos

Con respecto a los resultados cuantitativos, las puntuaciones pre y post intervención se muestran en la Tabla 13.

Tabla 13

Análisis descriptivos de los instrumentos empleados en la intervención.

Escala	Pretest		Post test		Rango de puntuación
	M	DE	M	DE	
Salud percibida	42.9	12.8	50.8	14.4	0-100
Depresión	3.1	2.5	3.4	3.5	0-15
Satisfacción	17.7	5.6	18.4	3.9	5-25
Bienestar	15.4	4.0	17.7	4.6	0-20
<b>Sub escalas de Esperanza</b>					
Manejo de la economía	15.9	4.4	15.7	3.8	5-20
Salud	16.0	4.2	15.0	3.5	5-20
Relaciones interpersonales	17.5	2.1	17.0	1.8	5-20
Apoyo	12.5	3.1	12.3	2.6	4-16
Componentes generales	9.1	2.5	8.8	1.6	3-15
Esperanza total	71.0	13.0	69.0	8.6	22-88

Se aplicó la prueba de rangos de Wilcoxon para identificar las diferencias entre las mediciones pre y post de las puntuaciones totales de las escalas de salud percibida, satisfacción, depresión, bienestar y esperanza. De esta última se realizó el análisis también con las puntuaciones totales de las 5 sub-escalas: manejo de la economía, salud, relaciones interpersonales, apoyo y componentes generales de la esperanza. Los resultados se presentan en la Tabla 14.

Tabla 14

Resultados de la prueba de Wilcoxon para las puntuaciones pre post.

Escala	Mediana	Mediana	Comparación pre-post	
	pre	post	valor z	$\alpha$
Salud percibida	40.0	55.0	-2.104 <sup>a</sup>	.035
Depresión	3.2	2.0	-.045 <sup>a</sup>	.964
Satisfacción	18.5	19.0	-.4001 <sup>a</sup>	.688
Bienestar	16.0	19.0	-1.496 <sup>a</sup>	.135
<b>Sub escalas de Esperanza</b>				
Manejo de la economía	18.0	16.0	-.450 <sup>b</sup>	.653
Salud	18.0	15.0	-.774 <sup>b</sup>	.439
Relaciones interpersonales	17.5	17.5	-.878 <sup>b</sup>	.380
Apoyo	12.0	12.0	-.363 <sup>b</sup>	.717
Componentes generales	9.2	9.0	-.628 <sup>b</sup>	.530
Esperanza total	71.5	70.0	-1.023 <sup>b</sup>	.306

<sup>a</sup> Basado en rangos negativos

<sup>b</sup> Basado en rangos positivos

Como se puede observar en la Tabla 14, hubo cambios estadísticamente significativos en el componente de salud percibida, con un aumento entre las evaluaciones pre y post intervención.

## Discusión

Para responder a las preguntas de investigación planteadas se llevaron a cabo tres estudios, a continuación se discuten los resultados de cada uno de ellos.

El objetivo del primer estudio fue desarrollar y validar una escala de esperanza para AM, los resultados del análisis factorial de la Escala de Esperanza mostró dos factores más de los que se planearon en la construcción inicial de los reactivos, de primera instancia se consideraron las áreas específicas de manejo de la economía, salud y relaciones interpersonales además del factor de componentes generales de la esperanza; aunque se identificaron los factores ya mencionados también emergieron los factores proyección a futuro y apoyo.

A pesar de que los factores relaciones interpersonales y apoyo están directamente relacionados por un vínculo entre personas, la diferencia entre ellos radica en que el primero enfatiza las características de llevarse bien, establecer una adecuada comunicación, respeto y satisfacción en las relaciones con otras personas; mientras que el factor de apoyo describe la importancia de recibir y brindar apoyo a los demás como el elemento primordial de la interacción.

El factor de proyección a futuro incluye la posibilidad de los AM para visualizarse a sí mismos en un futuro a corto y mediano plazo así como plantear nuevas metas. En las escalas de esperanza desarrolladas por Snyder (Lopez, 2009; Snyder et al., 1997; Snyder et al., 1999) que trabajó con adultos jóvenes y niños, este elemento de visualizarse a futuro se considera parte de los componentes generales; sin embargo, en el grupo de AM aparece como un elemento independiente de éstos; y de especial importancia para este grupo de edad, ya que sin esta visión a futuro no es posible proyectar metas. En el caso

de los AM parece que con el incremento de la edad la proyección a futuro se comporta como un factor diferente de los componentes generales.

Aunque la teoría de Snyder (2000) propone que la esperanza es una fortaleza que se desarrolla a lo largo de la vida, es afectada por diversas situaciones, y es muy probable que el comportamiento de ésta también se vea influenciado por el incremento de la edad, junto con todo lo que esto conlleva (cambios biológicos, sociales, con la expectativa de muerte próxima y la pérdida de seres queridos). Los estudios con respecto a la esperanza en diferentes grupos sugieren que algunas de las dificultades de la vida inciden directamente en su reducción, entre éstas pueden estar estos cambios que acompañan a la tercera edad; entre las principales áreas de interés de este grupo es mantenerse activo, en vínculo con amistades y aspectos de salud (Snyder, 2000; Tosato et al., 2007).

Los instrumentos desarrollados por Snyder sólo incluyen elementos cognoscitivos y emocionales relacionados con el establecimiento de metas y los caminos para llegar a ellas (Snyder, et al., 1991; Snyder et al., 1997) y no incluyen reactivos conductuales ya que deben ser específicos a la meta. Hay un tercer instrumento dirigido al logro académico (Gallup, 2009) en el cual si se incluyen aspectos conductuales. La ausencia de estos aspectos ha sido una crítica a los instrumentos enfocados sólo a los componentes generales (Tong et al., 2010); ya que la determinación y los caminos por sí mismos no implican necesariamente la realización de una acción determinada para lograr la meta. Con el instrumento desarrollado en el primer estudio de esta investigación se lograron identificar las áreas de mayor importancia para los AM, así como evaluar los componentes generales de la esperanza para estas áreas específicas y la inclusión de elementos conductuales esperados hacia metas en esas áreas.

La Escala de Esperanza tiene características psicométricas adecuadas para su empleo en población de AM en México, su desarrollo se basó en las aportaciones de los

AM tanto en las áreas de interés para ellos así como de su experiencia cotidiana de la esperanza; y con la incorporación de los elementos conductuales se espera que pueda aplicarse para la evaluación de intervenciones dirigidas a generar cambios en el comportamiento a partir de las necesidades específicas de los AM.

La correlación entre los puntajes totales de las escalas de Esperanza y Bienestar (Who-Five) fue moderada como se ha encontrado en otros estudios (Davis, 2005; Park et al., 2004).

El objetivo del segundo estudio fue identificar el papel predictivo de las variables esperanza, salud percibida, espiritualidad y depresión sobre el bienestar; y debido a las diferencias identificadas en las características socio-demográficas de los dos grupos (clubes y credenciales) se decidió hacer el análisis predictivo de las variables para cada grupo de manera separada.

Entre las diferencias identificadas en ambos grupos están: la edad entre los grupos, los de credenciales tuvieron no solo una media de edad casi 10 años menor a la de los AM de clubes, que era lo esperado, sino que además se identificaron aspectos de mayor escolaridad, menor derechohabencia a los servicios de salud y como principal actividad el trabajo remunerado fuera del hogar pese a ya tener la edad para la jubilación. Diversos estudios han sugerido que el acceso a los servicios de salud no cubre a toda la población y que algunos de los AM se mantienen activos económicamente para mantener este servicio (Comisión Económica Para América Latina, 2009); sin embargo, en el grupo de credenciales pese a tener un porcentaje casi del 50% que tienen un trabajo remunerado, un 13% reportó no contar con el servicio médico y/o tiene que pagar por él. Aunque no se indagó la razón del mantenerse activos, es importante monitorear el porcentaje no cubierto por los servicios de salud ya que entre las principales acciones en

México en relación a la atención de este grupo de edad se ha enfatizado la cobertura de salud (Comisión Económica Para América Latina, 2009).

Los AM de credenciales estaban en su mayoría casados y vivían principalmente con la pareja, padres, hijos o nietos; esto coincide con otras investigaciones que sugieren mayor frecuencia de los AM como cuidadores primarios de otros AM (Espín, 2008; Ocampo et al., 2007); y en este caso también de generaciones más jóvenes como los nietos. Estos datos muestran el cambio en la estructura social que va de la mano con el aumento en el número de AM, que se mantienen activos y proporcionan apoyo a otros grupos pese a que se esperaría que su actividad se viera reducida (Comisión Económica Para América Latina, 2009).

Los participantes de clubes por su parte en su mayoría estaban viudos, lo que aumentó el porcentaje de vivir con otros familiares, aunque también se incrementó el porcentaje de vivir solos (con un 18%) superando lo reportado por la Comisión Económica Para América Latina (2009) del 17% para AM en América Latina; si la esperanza de vida aumenta y la tendencia de vivir solo se mantiene en relación directa al incremento de la edad, esto podría significar un mayor número de AM que vivan solos, lo cual implica un reto más para el sistema de salud y para la sociedad en general al tratar de mantener activo un sector que por condiciones de salud y sociales muy probablemente disminuya su interacción social.

Ambos grupos contaron con pensión/jubilación o bien trabajo remunerado en una alta proporción (60%) acorde con lo identificado previamente (Comisión Económica Para América Latina, 2009), pero un porcentaje cercano al 6 % reportó a la pareja como principal fuente de apoyo además de un 5% sin ningún tipo de ayuda; lo cual en el futuro

muy probablemente incidirá en un mayor número de AM sin apoyo económico y que en otros países en América Latina ha llegado hasta el 50%.

El alto porcentaje de ausencia de enfermedades en el grupo de credenciales con edad cercana a los 65 años es destacable; sin embargo, al considerar las proyecciones epidemiológicas con respecto al incremento de las enfermedades crónicas degenerativas y su incidencia en edades cada vez más tempranas, junto con la alta prevalencia de sobre peso y obesidad que actualmente se tiene en niños y adultos en México (Secretaría de Salubridad, 2001), se espera que este porcentaje sin enfermedades tienda a disminuir. Además de que la aparición de al menos una enfermedad en los AM se ha reportado en el periodo de 2 años de seguimiento (Wong et al., 2007), lo que genera un panorama mucho más desalentador en general, pues el riesgo de padecer enfermedades concomitantes al sobre-peso en personas cada vez más jóvenes, junto con su tiempo de evolución proyectan que para cuando alcancen los 65 años será con un mayor número de complicaciones, y quienes lleguen sin ninguna patología es muy probable que desarrollen alguna en el corto tiempo. Si bien las acciones para incidir en el problema del sobre-peso y la obesidad no son tema de la presente investigación, sí lo es el bienestar como una forma de mejorar las condiciones de vida de los AM; y para ellos actualmente la salud es una de las áreas de mayor importancia en su vida. De tal forma que las acciones relacionadas con el bienestar muy probablemente puedan vincularse con aspectos de salud que impacten no sólo en la vida de los AM y de sus cuidadores primarios, sino también en ámbitos más amplios como el gasto destinado para la atención por los sistemas de salud.

La comparación entre el grupo de clubes y credenciales mostró que son diferentes no sólo en edad sino en otras condiciones sociales y económicas importantes. El grupo de

credenciales (el más joven) se parece a las proyecciones demográficas a futuro para México en los siguientes años (Consejo Nacional de Población, 2008), lo cual indica que estas condiciones son características de una nueva generación de AM para los cuales es necesario promover acciones y estrategias para impactar en su bienestar a partir de sus condiciones presentes. Considerando que en México el grupo de AM de mayor crecimiento es el de 80 años y más (Viveros, 2007), se sugiere considerar estos factores característicos de los AM jóvenes (grupo de credenciales) con las proyecciones de salud, fuentes de apoyo económico y características sociales de los de mayor edad (clubes) para identificar las áreas de mayor oportunidad e impacto en las intervenciones.

Con respecto al análisis de las variables psicológicas se observaron puntuaciones más elevadas de las mediciones positivas (espiritualidad, bienestar y esperanza) en el grupo de clubes (mayor edad) que en el de credenciales (más jóvenes), así como menor nivel de depresión; sólo en la salud percibida el grupo de credenciales obtuvo mayor puntaje. En el análisis de asociación, los resultados mostraron una relación positiva y de moderada a alta entre las puntuaciones totales de la escala de Esperanza y las de Bienestar (Hemphill, 2003), similar a trabajos previos (Davis, 2005; Mella et al., 2004; Park et al., 2004). Y una relación negativa y significativa entre depresión con esperanza, bienestar, salud percibida y espiritualidad (Ferreira & Sherman, 2007; Love et al., 2009; Mella et al., 2004; Scocco et al., 2006). Se observó que la asociación de las mediciones de espiritualidad con las demás variables fue de mayor magnitud en el grupo de clubes en comparación con el de credenciales; sin embargo, la asociación entre las mediciones de bienestar, esperanza, depresión y salud percibida fue de mayor magnitud en el grupo de credenciales. Esto parece señalar que la espiritualidad es un aspecto de mayor importancia para los AM de 73 años y más, mientras que para los AM más jóvenes no lo es tanto. Debido a que no se identificaron estudios longitudinales sobre el estudio de la

espiritualidad no se puede determinar si la espiritualidad se incrementa con el tiempo, o bien si en este caso se debe a diferencias generacionales. Aunque diversos meta-análisis han estudiado la asociación entre la espiritualidad/religiosidad y la calidad de vida y la depresión (Sawatzky et al., 2005; Smith et al., 2003), no han mostrado ningún efecto definitivo de la edad como moderador. Smith, Poll & McCullough (2003) destacaron que la asociación negativa entre espiritualidad/religiosidad con la depresión es de mayor magnitud en poblaciones que han tenido situaciones estresantes recientes, lo cual si se ha considerado característico del grupo de AM, pues se asume que este grupo tiene mayor número de situaciones estresantes por los cambios en los roles sociales, estatus económico, diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades y fallecimiento de conocidos y familiares (Puryear, 2007).

La esperanza fue para ambas mediciones del bienestar el mejor predictor en ambos grupos (Davis, 2005; Mella et al., 2004; Park et al., 2004); seguida también con una contribución positiva por la salud percibida, acorde a lo que encontraron Dzuka y Dalbert (2006). Borg, Goine y Söderberg (2006) identificaron una relación directa entre el bienestar con la salud, encontrando que disminuye el bienestar al bajar el puntaje de la salud percibida. La relación que se ha encontrado entre la salud percibida y el componente cognoscitivo del bienestar subjetivo está vinculado a la valoración de salud, el impacto de las enfermedades en la vida cotidiana (movilidad, dolor, afectación a la interacción social y activación y dependencia física) y adaptación a las condiciones generadas por ellas (Moyano & Ramos, 2007; Sener et al., 2007), por lo que se sugiere que la salud percibida es un aspecto de suma importancia para los AM.

La depresión también fue un predictor del bienestar para ambas mediciones y como se esperaba su contribución fue inversa; de tal forma que se esperaría que personas con algún nivel de depresión reportaran menor bienestar (Puryear, 2007; Smith,

Poll & McCullough, 2003). Con los datos de estudios epidemiológicos realizados en México (García-Peña et al., 2004; Guerra et al., 2009; Martínez-Mendoza et al., 2005) se ha destacado la incidencia de la depresión como un problema de salud pública que afecta principalmente a mujeres y AM (Cloninger, 2006; OMS, 2007; Palmer, 2005); siendo la depresión una enfermedad que afecta de forma importante la vida del paciente y con altos costos de tratamiento, por lo que se ha señalado que una de las medidas de atención es la detección temprana para incidir en la calidad de vida de las personas que la padecen, aunque también se ha destacado la prevención como una tarea para el sistema de salud (Organización Mundial de la Salud, 2007). Con los resultados encontrados en el segundo estudio de esta investigación se sugiere que con intervenciones dirigidas a incrementar el nivel de bienestar se podría impactar en la reducción de la depresión como un efecto indirecto.

La esperanza como el predictor con mayor contribución al bienestar, tuvo diferente aportación entre las mediciones del bienestar. Para satisfacción con la vida tuvo una menor contribución que para la medición con la Escala WHO-Five. Y en relación con el tipo de grupo, la magnitud fue menor para el grupo de clubes en ambas mediciones (Satisfacción con la vida y Who-Five) lo cual puede estar vinculado a la edad, las actividades y roles de este grupo; ya que se identificó con frecuencia que AM del grupo de clubes con edades superiores a los 80 años mencionaron en diversas ocasiones que sólo esperaban que el día siguiente estuvieran en las mismas condiciones presentes independientes, sin enfermedades graves y conscientes, más que tener metas a corto o mediano plazo, pues identificaban que habían rebasado la esperanza de vida, y consideraban que no tenían mucho más tiempo de vida. Este tipo de comentarios sugiere que estos AM de clubes tienen menos actividades demandantes, preocupaciones y roles en relación a los de credenciales, quienes en su mayoría trabajan fuera del hogar, con

roles de cuidadores primarios de sus hijos, nietos o padres, y con proyectos específicos a futuro, al menos en el ámbito de responsabilidades y compromisos.

Como ya se ha mencionado, desde la perspectiva de la psicología positiva se considera que las fortalezas se ven afectadas a lo largo de la vida por condiciones ambientales y personales, y los principales antecedentes de su estudio se han centrado en niños y adolescentes (Gallup, 2009; Snyder, et al., 1997). Para la población de AM Cheavens y Gum (2000) mencionaron que la esperanza depende en gran medida de su desarrollo en etapas previas, así como de la posibilidad de establecer metas actuales y tomar en cuenta el ambiente y las características personales de los AM. Snyder (2000) propuso que las principales metas de los AM están relacionadas a mantener el contacto con amigos, aumentar su actividad cotidiana y/o mejorar su salud, y que un objetivo del trabajo con ellos podría ser fomentar nuevas metas; sin embargo, ante un grupo longevo (cercano a la esperanza actual de vida y que incluso la supera) con sus necesidades básicas satisfechas, en buenas condiciones de salud y de interacción social, parece ser un grupo con pocas expectativas de cambiar aspectos de su vida, lo cual dificulta el establecimiento de nuevas metas. Y también el autor, con base en la comparación de puntuaciones de esperanza en niños, adolescentes y adultos (los primeros con puntuaciones más elevadas que los últimos), ha sugerido que la esperanza puede disminuir debido a las dificultades que se presentan en las diferentes etapas de la vida (Snyder, 2000). En este caso, sólo con la comparación de dos grupos de AM se pudieron observar mayores puntuaciones de esperanza en el grupo de mayor edad (clubes).

Se comprobó la hipótesis del papel predictor de las variables esperanza, depresión y salud percibida para el bienestar en ambas mediciones. Estos resultados son acordes a otros estudios (Davis, 2005; Mella et al., 2004); sin embargo, no se observó la contribución de la espiritualidad como se identificó previamente en la literatura. Esto

probablemente se deba a que en algunos estudios la medición de la espiritualidad no se enfocaba sólo a este aspecto, y en muchos de los casos incluían otros elementos de la religiosidad. Algunos autores han destacado la importancia de analizar a la espiritualidad y la religiosidad por separado, ya que los resultados no son concluyentes y en muchos de los casos las magnitudes y dirección de las asociaciones son contradictorias (Sawatzky, Ratner & Chiu, 2005). Con los resultados de este estudio se pudo identificar una asociación mayor del índice de espiritualidad con la esperanza y con el bienestar que con la satisfacción de la relación con Dios (EBE), lo cual sugiere que aunque son aspectos relacionados son diferentes en su relación con otras variables.

Al final del segundo estudio se pudo confirmar la validez y confiabilidad de dos instrumentos para la población de AM: la versión corta de la Escala de Esperanza y el Índice de Espiritualidad. Este último se desarrolló con las aportaciones de los AM sobre su experiencia de trascendencia de su vida, como un aspecto importante cotidiano de su espiritualidad; y aunque hay diversos instrumentos para AM que se han reportado en el estudio de la espiritualidad, este Índice se enfoca a la vivencia diaria de la espiritualidad de los AM sin ningún vínculo con la afiliación religiosa, con el objetivo de eliminar la confusión entre quienes se consideran espirituales sin ser religiosos.

Un aspecto a resaltar en el análisis del bienestar es la asociación entre las escalas de Satisfacción con la vida y el Who-Five (que en este caso fue de .26 a .46). Si bien ambas hacen referencia al bienestar, se esperaría una mayor asociación al ser elementos del mismo fenómeno, aunque en la literatura no se identificaron estudios que emplearan estas dos escalas. La satisfacción con la vida evalúa el juicio de comparación de la condición presente con una condición previa o bien con la de un par actual; mientras que la escala Who-Five evalúa la percepción de aspectos relacionados al bienestar como el

nivel de energía, descanso, alegría, buen humor, nivel de actividad e interés en aspectos cotidianos.

Una vez identificada la esperanza como el predictor con mayor contribución al bienestar, se llevó a cabo el tercer estudio en el cual se diseñó y adaptó un programa breve para responder a la pregunta ¿los niveles de bienestar aumentarían en los AM que asistieran a este programa? dirigido a los predictores del bienestar, en este caso específicamente a la esperanza. Además de las evaluaciones de esperanza y bienestar se incluyeron también las de salud percibida y depresión por su papel predictivo con el bienestar.

El Taller “Paso a paso” se planeó inicialmente para el grupo de AM jóvenes (grupo de credenciales con edad cercana a los 60 años) pero por sus actividades productivas y de cuidadores primarios no se pudo realizar; por lo que se decidió implementarlo en el área de clubes del INAPAM (que tuvieron un promedio de edad de 72.9 años) por tener a la población cautiva.

Los resultados cuantitativos de la evaluación pre post del Taller mostraron que no hubo cambios significativos en las puntuaciones totales de las escalas (sólo en la salud percibida), por lo cual no se comprobó la hipótesis planteada. Sin embargo, en el análisis cualitativo del Taller se observaron cambios en el planteamiento de la meta, análisis de posibles obstáculos y soluciones a éstos y en la determinación, así como en comportamientos específicos dirigidos al logro de la meta. Aunque no hubo cambios significativos en la subescala de salud de la Escala de Esperanza, sí se observó un incremento en la percepción de salud de los participantes, muy probablemente debido a que la mayoría de las participantes establecieron una meta en esta área y realizaron cambios conductuales que pudieron observar al final de la intervención. Este incremento

en la puntuación post de la salud percibida es un factor importante, ya que es uno de los indicadores de salud subjetivos más importantes relacionado con indicadores fisiológicos, y aunque en este caso no se tuvieron mediciones fisiológicas, la percepción de salud se ha asociado con la adaptación a las condiciones actuales de la misma (Beaman et al., 2004; Cohen & Pressman, 2006).

Los resultados del Taller “Paso a paso” parecen indicar que el grupo de clubes del INAPAM no es la población de AM con mayores requerimientos, aunque es un escenario óptimo para el trabajo de la prevención, ya que las condiciones de sus usuarios y la disposición de las autoridades permiten realizar diferentes acciones en beneficio de ellos. También es importante resaltar que el grupo cautivo de este servicio está envejeciendo, pues su media de edad de ingreso indica que llegaron a ese espacio cercano a los 65 años y se han mantenido casi 10 años en el grupo, pero su media de edad muestra que hay pocos ingresos o nuevos miembros. Esto no solo es un reto para la institución sino también para los profesionales que trabajan con AM, para generar espacios y actividades atractivas, eficaces y disponibles para AM en edades más tempranas como una forma de poder mejorar su condición lo antes posible como lo marca la OMS (2007) para fomentar el envejecimiento exitoso (Gutiérrez, 2007; Mendoza-Núñez et al., 2009).

Aunque desde el año 1999 diversos organismos internacionales han señalado la importancia de realizar acciones dedicando ese año a los AM, en general las medidas se han tornado en el ámbito médico, dejando a un lado el entorno social y asistencial (Hoskins & Méndez, 2002). En ese sentido, las acciones realizadas en México se han dirigido con los servicios farmacéuticos correspondientes, a las prestaciones sanitarias; y de especialización en geriatría o gerontología a nivel de universidades en el rubro de formación de personal (Comisión Económica Para América Latina, 2007). La presente investigación entra en el área de formación de personal, si bien con una visión diferente al

modelo tradicional de atención, con un enfoque de prevención dirigido al bienestar; el cual es un objetivo deseable para el sistema de salud, con AM en mejores condiciones físicas que puedan mantener o incrementar su estado de salud (Vázquez et al., 2009).

#### Limitaciones y sugerencias

El Taller “Paso a paso” se planeó para la población de credenciales (AM con edad cercana a los 60 años), sin embargo, debido a sus diversas actividades y que no es una población cautiva se decidió implementar en clubes, a pesar de tener presente que fue este grupo el que obtuvo puntuaciones más elevadas en las mediciones de bienestar, esperanza y espiritualidad, y puntuaciones más bajas en salud percibida y depresión; lo cual puede indicar que el grupo de clubes tiene un mejor estado de bienestar y que la posibilidad de identificar un cambio estadísticamente significativo era mucho más complejo por tener puntuaciones elevadas desde el inicio de la intervención.

Pero fue por la dificultad de acceder a grupos de AM jóvenes sanos (o que no buscan la atención en algún servicio de salud) lo que dificultó la realización de la intervención, dado que al parece los AM con edad promedio de 62 años aún tienen actividades productivas y responsabilidades con familiares que limita el acceso a instituciones y espacios propios de su grupo. Esto no sólo afecta la posibilidad de participar en intervenciones de diversa índole, sino también su vinculación con instituciones y servicios a los cuales tienen derecho, que tienen el objetivo de brindarles información y actividades que están enfocadas a mejorar su calidad de vida. Aunque se esperaba que el conocimiento y uso de estos servicios fuera del dominio general es reducido el número de AM que actualmente se vinculan con ellos desde el inicio de esta etapa.

El grupo en el cual se implementó la intervención no fue necesariamente representativo de la población de AM, sus características tan particulares no permiten

proponer generalizaciones de los resultados; sin embargo, se sugiere implementar la intervención en diferentes grupos de AM incluyendo sanos y con algún padecimiento o condición de salud específica, tratando de controlar la edad para analizar el efecto de la intervención; ya que como se observó en el Estudio 2, el grupo más joven (credenciales) tuvo puntuaciones más bajas de esperanza que los de mayor edad (clubes).

Parece que el comportamiento de la esperanza en AM no es homogéneo para todo el grupo de 60 y más años, es muy probable que se encuentren diferencias dentro del mismo grupo. Como se mencionó antes los AM de 80 años y más reportaban no visualizarse en un futuro cercano, pues identificaban que por su avanzada edad y buenas condiciones no aspiraban a más, lo que puede indicar que al aumentar la edad los AM ya no plantean metas si consideran que su condición actual es buena y mantienen la expectativa de que no les queda mucho tiempo, por lo que con ser independientes, tener actividades fuera de casa, tener amigos y ocupaciones y una salud estable no aspiran a cambiar nada más en su vida. Como lo señalan Tong et al. (2010), el análisis de la esperanza debe hacerse desde la experiencia de las personas y en este caso parece que la experiencia del grupo de 60 y 85 años no es la misma, por lo que se sugiere analizar el comportamiento de la esperanza por subgrupos para identificar aquéllos con mayores necesidades y probabilidades de cambio.

Otro aspecto importante sugerido por algunos autores (Weis & Speridakos, 2011) con respecto al efecto de las intervenciones en esperanza, es referente a ciertas poblaciones las cuales han denominado especiales como niños con capacidades diferentes, psiquiátricos y residencias geriátricas en las que se ha observado un débil efecto o resultado. Aunque las condiciones de las residencias y el escenario comunitario de clubes son diferentes, es importante analizar con mayor detenimiento los espacios

disponibles para trabajar con AM, y de esta forma evaluar el efecto de intervenciones en esperanza.

Para la evaluación de la efectividad de la intervención se sugiere incorporar el factor proyección a futuro de la escala de Esperanza (versión larga) para analizar la capacidad de los participantes para visualizarse a futuro, ya que es ésta una condición indispensable para el establecimiento de metas y que por los resultados obtenidos parece que el incremento de la edad podría asociarse con la disminución de esta capacidad. Así como se sugiere incorporar mediciones fisiológicas de salud para analizar su comportamiento y asociación con otras variables y con el componente de percepción en salud (Beaman et al., 2004; Cohen & Pressman, 2006).

Debido a la varianza reducida que se pudo explicar para la medición de bienestar con la escala de Satisfacción con la vida se sugiere incorporar otras variables que no sólo expliquen el fenómeno sino que además sean factibles de modificación, pues es importante mantener la perspectiva de establecer acciones que permitan mejorar el bienestar de los AM en México como una tarea prioritaria permanente de los profesionales de la salud.

## Referencias

- Abel, W. D., Gibson, R. & Hickling, F. W. (2005). Depression: A mayor public health problem facing the Caribbean. *Indian Medical Journal*, 54(6), 353-354.
- Aguilar-Navarro, S. G., Fuentes-Cantú, A., Ávila-Funes, J. A. & García-Mayo, E. J. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(4), 356-262.
- Almeida, P. O. & Almeida, A. S. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a mayor depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 858-865.
- American Psychiatric Association. (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. ed.) Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Ardelt, M. (2003). Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes toward death. *Journal of Religious Gerontology*, 14(4), 55-77.
- Areán, P. A. & Ayalon, L. (2005). Assessment and treatment of depressed older adults in primary care. *Clinical Psychology*, 12(3), 321-335.
- Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (2002). A psychology of human strengths: Some central issues of an emerging fields. En Aspinwall, L. G., y Staudinger, U. M. A (Eds.). *Psychology of Human Strengths. Fundamental Questions and Future directions for a Positive Psychology* (pp. 9-22). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.

- Averill, J. R., Catlin, G. & Chon, K. K. (1990). *Rules of hope*. New York: Springer-Verlag.
- Awata, S., Bech, P., Yoshida, S., Hirai, M., Suzuki, S., Yamashita, M., Ohara, A., Hinokio, Y., Matsuoka, H. & Oka, Y. (2007). Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five well being index in the context of detecting depression in diabetes patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61,112-119.
- Bailly, N. & Roussiau, N. (2010). The daily spiritual experience scale (DSES): Validation of the short form in an elderly French population. *Canadian Journal of Aging*, 29(2), 223-231.
- Barantes-Monge, M., Garcia-Mayo, E. J., Gutiérrez-Robledo, L. M. & Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49(4), 459-466.
- Bass, S. D., Attix, K. D., Phillips-Bute, B. & Monk, G. T. (2008). An efficient screening tool for preoperative depression: The Geriatric Depression Scale-Short Form. *Ambulatory Anesthesiology*, 106(3), 805-809.
- Beaman, P., Reyes, S., García-Peña, C. & Cortés, A. M. (2004). Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. En Muñoz, O., García, P. C. y Durán, L. (Eds.). *La salud del Adulto Mayor. Temas y Retos* (pp.117-138). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Bech, R., Raabaek, O. L., Kjoller, M. & Kristian, R. N. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five well-being scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 85-91.

- Bernard, M. S. P. & Frijters, P. (1999). The measurement of welfare and well-being: the leaden approach. Kahneman, D., Diener, E. & Schwartz, N. (Eds.). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. (pp. 413-433). New York: Russell Sage Foundation.
- Bernis, C. (2004). Envejecimiento, poblaciones envejecidas y personas ancianas. *Antropo*, 6, 1-14.
- Berrocal, C., Ruini, C. & Fava, G. (2009). Aplicaciones clínicas de la terapia del bienestar. En Vázquez, C. y Hervás, G. (Ed). *Psicología positiva aplicada* (pp. 101-127). Sevilla: Desclee de Brouwer.
- Biswas-Diener, R., Kashdan, T. B. & Minhas, G. (2011). A dynamic approach to psychological strength development and intervention. *The Journal of Positive Psychology*, 6(2), 106-118.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P. & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(3), 291-300.
- Bonsignore, M., Barkow, K., Jessen, F. & Heun, R. (2001). Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(2), 11/27-11/31.
- Borg, K., Goine, H., & Söderberg, E. (2006). Comparison of seven measures of sickness absence based on data from three counties in Sweden. *Journal of Prevention, Assessment, and Rehabilitation*, 26, 421-428.
- Buckley, M. R. & Lachman, V. D. (2007). Depression in older patients: Recognition and treatment. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 20(8), 34-41.

- Buendía, J. & Riquelme, A. (1997). Personalidad, procesos cognitivos y envejecimiento. Gerontología y salud. En Buendía, J. (Ed.). *Perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Burns, G. W. (2010). Now I can get on with life. Pleasure, engagement, and meaning in a case of major depression. En Burns, G. W. (Ed.). *Happiness, Healing, Enhancement. Your casebook collection for applying positive psychology in therapy* (pp. 127-138). New Jersey: John Wiley.
- Brdar, I. & Kashdan, T. B. (2010). Character strengths and well-being in Croatia: An empirical investigation of structure and correlates. *Journal of Research in Personality*, 44, 151-154.
- Comisión Económica para América Latina. (2003). Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción internacional de Madrid, 1-18.
- Comisión Económica para América Latina. (2007). Informe sobre la aplicación de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento, 152.
- Comisión Económica para América Latina, (2009). El envejecimiento. Indicadores para América Latina y el Caribe. *Separata. Naciones Unidas*. 1-4.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michel, S. T. & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
- Cheavens, J. S. & Gum, A. M. (2010). From here to here you want to be. Building the bridges with hope therapy in a case of major depression. En Burns, G. W. (Ed.). *Happiness, Healing, Enhancement. Your casebook collection for applying positive psychology in therapy* (pp. 51-63). New Jersey: John Wiley.

- Cloninger, C. R. (2006). Fostering spirituality and well-being in clinical practice. *Psychiatric Annals*, 36(3),1-6.
- Cloos, P., Allen, C. G., Alvarado, B. E., Zunzuneguis, M. V., Simeon, D. T. & Eldemire-Shearer, D. (2010). Active aging: a qualitative study in six Caribbean countries. *Aging & Society*, 30, 70-101.
- Cohen, S. & Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 122-125.
- Collins, A. L., Goldman, N. & Rodriguez, G. (2007). Are life satisfaction and optimism protective of health among older adults? *Office of Population Research Princeton University. Working Paper Series*, 1-25.
- Consejo Nacional de Población. (2008). Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México. *Comité especial sobre población y desarrollo*, 1-16.
- Copeland, J. R., Dewey, M. E. & Griffiths-Jones, H. M. (1986). A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GSM and AGE-CAT. *Psychological Medicine*, 16,89-99.
- Costa, M. & López, E. (2009). La perspectiva de la potenciación en la intervención psicológica. En Vázquez, C. y Hervás, G. (Ed). *Psicología positiva aplicada*. (pp. 75-100). Sevilla: Desclee de Brouwer.
- Daaleman, T. P. & Frey, B. B. (2004). The spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality-of-life research. *Annals of Family Medicine*, 2(5), 499-503.
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. *Clinical Nursing Research*, 14(3), 253-272.

- Delano-Wood, L. & Abeles, N. (2005). Late-life depression: Detection, risk reduction, and somatic intervention. *Clinical Psychology: Science and practice*, 12(3), 206- 217.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. The science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener E., Emmons, E. A., Larsen, R. J. & Griggin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal or Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Kesebir, P. & Lucas, R. (2008). Benefits of accounts of well-being for societies and for psychological science. *Applied Psychology: An international Review*, 57, 37-53.
- Diener, E. & Lucas, E. R. (1999). Personality and subjective Well-being. En Kahneman, Diener, E. & Schwartz, N. (Eds.). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. (pp.213-229). New York: Russell Sage Foundation
- Diener, E., Lucas, R. E. & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill. Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305-314.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A. & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Dulcey-Ruiz, E. & Uribe, V. C. (2002). Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 17-27.
- Duran-Arenas, L., Gallegos-Carrillo, K., Salinas-Escudero, G. & Martínez-Salgado, H. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el formato Corto 36. *Salud Pública de México*, 46(6), 306-315.

- Dzuka, J. & Dalbert, C. (2006). The belief in a just world and subjective well-being in old age. *Aging & Mental Health*, 10(5), 439-444.
- Espín, A. M. A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3), Recuperado en <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/34n3/spu08308.pdf>
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28(2),475-480.
- Fava, G. A. & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 45–63.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). El bienestar de los mayores. En Vázquez, C. y Hervás (Eds.). *Psicología positiva aplicada*. (pp.371-401). Sevilla: Desclee de Brouwer.
- Ferreira, V. M. & Sherman, A. M. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, 11(1), 89-98.
- Fisher, L. A. & Wrisberg, C. A. (2004). A “Positive psychology” of athletic training. *Sport Psychology & Counseling*, 9(3), 58-59.
- Foro Consultivo Científico y Tecnológico, A. C. (2011). *La Medición del Progreso y del Bienestar. Propuestas desde América Latina*. México: Foro Consultivo Científico y Tecnológico, AC.
- Frisch, M B. (2006). Goals-and-Values and spiritual life. Quality of life therapy. *Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. (pp. 173-183). New York, John Wiley.

- Frisch, M. B., Clark, M. P., Rouse, S. V., Rudd, M. D., Paweleck, J., Greenstone, A. & Kopplin, D. A. (2003). Predictive validity and sensitivity to change in quality of life assessment and life satisfaction: Further studies of the quality of life inventory or QOLI in mental health settings. En Sirgy, M. J., Rahtz, D. & Samli, A. C. (Eds.). *Advances in quality of life: Theory and research*. (pp. 191-210). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Gallup. (2009). Hope as an outcome of strengths development in freshmen in high school. Unpublished raw data. Omaha, NE.
- García, V. & Bistrain, C. (2008). Proyecciones de población. *Consejo Nacional de Población, México*, 223.-236.
- García-Peña, C., Juárez, C. T., Gallegos-Carrillo, K., Durán-Muñoz, C. & Sánchez-García, S. (2004). Depresión en el anciano: una perspectiva general. En Muñoz, O., Peña, C. G. y Durán, L. A. (Eds.). *La salud del adulto mayor. Temas y Debates* (pp. 209-233). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- García-Viñegas, C. R. V. & González, B. I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana Médica General Integral*, 16(6), 586-592.
- Gerst, K., Al-Ghatrif, M., Beard, H. A., Samper-Ternent, R. & Markides, K. S. (2010). High depressive symptomatology among older community dwelling Mexican Americans: The impact of immigration. *Ageing Mental Health*, 14(3), 347–354.
- González, L. J. C. (2007). Evaluaciones de las acciones del INAPAM: avances y retos. *Salud Pública de México*, 49 (congreso de investigación en salud pública), 348-352.

- González-Celis, R.A.L. (2002). Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos. (Tesis de doctorado inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Guerra, M., Ferri, C. P., Sosa, A. L., Salas, A. Gaona, C., Gonzales, V., Rojas de la Torre, G. & Prince, M. (2009). Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/60 population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 195, 510-515.
- Gutiérrez, L. M. (2007). La situación demográfica de México, 2004. *La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento*. México. Consejo Nacional de Población, 53- 70.
- Harris, A. H. S., Thoresen, C. E., & Lopez, S. J. (2007). Practice & Theory. Integrating Positive Psychology Into Counseling: Why and (When Appropriate) How. *Journal of Counseling & Development*, 85, 123-134.
- Harvard, Medical School. (2008). Positive psychology in practice. *Harvard Mental Health Letter. Harvard Medical School*, 24(11), 1-4.
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*, 58 (1), 78-80.
- Herbert, R. S., Weinstein, E., Martinre, L. M. & Schulz, R. (2006). Religion, spirituality and the well-being of informal caregivers: a review, critique, and research prospectus. *Aging & Mental Health*, 10(5), 497–520.
- Hervás, G., Sánchez, A. & Vázquez, C. (2009). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En Vázquez, C. y Hervás (Eds.). *Psicología positiva aplicada* (pp. 41-73) Sevilla: Desclee de Brouwer.
- Hoskins, I. & Méndez, S. (2002). Hacia una atención de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5-6), 444-451.

- Hyer, L., Carpenter, B., Bishmann, D. & Wu, H. (2005). Depression in long-term care. *Clinical Psychology: science and practice*, 12(3), 280-299.
- Ironson, G. H., & Powell, L. H. (2005). An exploration of the health benefits of factors that help us to thrive. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 47-49.
- Instantáneas. (2006). Tasas de discapacidad en adultos mayores de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(1), 55-56.
- Kahneman, D. (1999). Objective happiness. En Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz N. (Eds.). *Well-Being: The foundations of hedonic psychology*. (pp. 3-25). New York: Rousell Sage Foundation.
- Kelley-Moore, J. A., Schumacher, J. G., Kahana, E. & Kahana, B. (2006). When do older adults become “disabled”? Social and health antecedents of perceived disability in a panel study of the oldest old. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 126-141.
- Kennedy, J. E., Abbott, A. & Rosenberg, B. S. (2002). Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 8(4), 64-73.
- Kerlinger, F. N. & Lee H. B. (2002). *Investigación del comportamiento*. (4a. ed). México: McGraw Hill.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Larsen, J. T., Hemenover, S. H., Norris, C. J., & Cacioppo, J. T. (2003). Turning adversity to advantage: on the virtues of coactivation of positive and negative emotions. En Aspinwall L. G., y Staudinger, U. M. (Eds.). *A Psychology of human strengths. Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. (pp. 211-226). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Lee, M. J., Proctor, E. & Marroy-Howell, N. (2006). Depression outcomes and quality of postdischarge care of elders hospitalized for major depression. *Psychiatric Services*, 57(10), 1446-1451.
- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A., Schulz, R. & Reynolds, C. F. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability. A review of the literature and prospectus for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113-135.
- Lopez, S. J. (2009). Hope, academic success and the Gallup Student Poll. Gallup Student Poll, Fall <http://www.gallupstudentpoll.com/145796/Ripples-Hope.aspx>
- Lopez, S. J., Floyd, R. K., Ulven, J. C. & Snyder, C. R. (2000). Hope therapy: Helping clients build a house of hope. En Snyder, C. R. (Ed.). *Handbook of hope: Theory, measures and applications* (pp.123-150). New York, EE. UU.: Academic Press.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Pedrotti, J. T. (2003). Hope: many definitions, many measures. En Lopez, S. J. & Snyder, C. R. *Positive Psychological Assessment*. (pp.91-108). EE. UU.: American Psychological Association.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Rasmussen, H. N. (2003). Striking a vital balance: developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. En Lopez, S. J. y Snyder, C. R. (Eds.). *Positive Psychological Assessment. A handbook of models and measures*. (pp. 3-20). EE. UU.: American Psychological Association.
- Loewy, M. (2004). La vejez en las Américas. Perspectivas de Salud. *Revista de la Organización Panamericana de la Salud*, 9(1), 2-8.
- Love, C. A., Gleit, D. A. & Goldman, N. (2009). The role of life satisfaction and depressive symptoms in all-cause mortality. *Psychology Aging*, 24(3), 696-702.

- Lowis, M. J. Eduards, A. C. & Burton, M. (2009). Coping With Retirement: Well-Being, Health, and Religion. *Journal of Psychology*, 143(4), 427–448.
- Lyubomirsky, S. (2002). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56(3), 239-249.
- Lyubomirsky, S. & Dickerhoof, R. (2010). A construal approach to increasing happiness. En Maddux, J.E. & Tangney, J. P. (Eds). *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology*. (pp. 229-244). New York: Guilford Press.
- Martínez, J. (2006). A cautionary tale of positive psychology in action. *Journal of Psychology*, 140(4), 307-316.
- Martínez-Mendoza, J. A., Martínez-Ordaz, V. A., Esquivel-Molina, C. G. & Velasco-Rodríguez, V. M. (2005). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 21-28.
- Mazzuchelli, T. G., Kane, R. T. & Ress, C. S. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: a meta-analysis. *Journal of Positive Psychology*, 5(2), 105-121.
- McDermont, D. & Hastings, S. (2000). Children: Raising future hopes. En Snyder, C. R. (Ed.). *Handbook of hope: theory, measures and applications* (pp. 185-199) San Diego: Academic Press.
- McNulty, J. K., & Fincham, F. D. (2011). Beyond Positive Psychology?: Toward a Contextual View of Psychological Processes and Well-Being. *American Psychologist*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0024572
- Mehio, S. A., Chaaya, M., Tohme, R. A., Mahfoud, Z. & Al-Amin, H. (2009). Validation of the arabic version of the 5-item WHO well being index in elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (24), 106-107.

- Mehlsen, M., Kirkegaard, T. D., Viidik, A., Olesen, F. & Zachariae, R. (2005). Cognitive processes involved in the evaluation of life satisfaction: Implications for well-being. *Aging & Mental Health*, 9(3), 281-290.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche*, 13(1), 79-89.
- Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. L. & Correa-Muñoz, E. (2009). Implementation of active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. *BMC Geriatrics*, 9(40), 1-7. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/40>
- Moyano, D. E. & Ramos, A. N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en la población chilena de la región Maule. *Revista Universum*. 22(2), 184-200.
- Montero-López, L. M. & Sierra, C. L. (1996). Escala de Bienestar Espiritual: Un estudio de Validación. *La Psicología social en México*, AMEPSO. 28-33.
- Muñoz, T., J. & Alix, M. M. C. (2006). Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. En Muñoz, T., J. (Ed.) *Psicología del envejecimiento*. (pp. 19-26) Madrid: Ediciones Pirámide.
- National Institute on Aging. (2007). Why populations aging matters. *A global perspective*, 1-32.
- Nel, J. (2010). Putting the lid on the divorce monster. Creating hope-filled narratives With storybook therapy. En Burns, G. W. (Ed.). *Happiness, Healing, Enhancement. Your casebook collection for applying positive psychology in therapy*. (pp. 76-85). New Jersey: John Wiley.

- Newnham, E. A., Hooke, G. R. & Page, A. C. (2009). Monitoring treatment response and outcomes using the world Health Organization's wellbeing Index in psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, 1-6.
- Ocampo, J. M., Herrera, J. A., Torres, P., Rodríguez, J. A., Lobo, L. & García, C. A. (2007). Sobre carga social con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38(1), 40-46.
- Ong, A. D. & Bergeman, C.S. (2004). Resilience and adaptation to stress in later life: Empirical perspectives and conceptual implications. *Aging International*, 29(3), 219-246.
- Organización de las Naciones Unidas. (2002). Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento. *Organización de las Naciones Unidas*, 1-77.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Integrating poverty and gender Into health programmes. A sourcebook for health professionals. *Organización Mundial de la Salud*, 1-56.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Diez cuestiones estadísticas de especial interés en salud pública mundial. Estadísticas Sanitarias Mundiales. *Organización Mundial de la Salud*, p 8-23.
- Organización Panamericana de la Salud (1999). Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico*, 10(4), 1-16.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). Centro de Noticias OPS/OMS. La tercera Edad, una etapa de plenitud. *Organización Panamericana de Salud*, 1-10.
- Ostir, G. V., Ottenbacher, K. J. & Markides, K. S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19, 402-408.

- Oxley, H. (2009). Directorate for employment, labour and social affairs. OECD health working papers. *Organization for Economic Cooperation and Development*, 1-32.
- Palmer, C. (2005). Exercise as a treatment for depression in elders. *Clinical practice*, 17(2), 60-66.
- Pando-Moreno, M., Aranda, B. C., Aguilar, A. M. E., Mendoza, R. R. L. & Salazar, E. J. G. (2001). Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. *Saúde Pública*, 17(1), 63-69.
- Park, N., Peterson, C. & Seligman, E. P. M. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619.
- Pereira, G. M. & Smith, T. E. (2006). Evolution of the biopsychosocial model in the practice of family therapy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 455-467.
- Pérez, V. & Sierra, F. (2009). Biología del envejecimiento. *Revista Médica de Chile*, 137, 296-302.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004a). Introduction to a "Manual of the sanities". *Character Strengths and virtues. A handbook and classification* (pp.3-32). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004b). Hope [Optimism, Future-Mindedness, Future Orientation]. *Character Strengths and virtues. A handbook and classification*. (pp. 569- 582). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Post, S. G. (2005). Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 66-77.

- Puryear, G. K. (2007). Psychosocial and cultural contributions to depression in women: considerations for women midlife and beyond. *Supplement to Journal of Managed Care Pharmacy*, 13(9), s12-s15.
- Rasmussen, H. N., Wrosch, C., Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2006). Self-regulation processes and health: The importance of optimism and goal adjustment. *Journal of Personality*, 74 (6), 1721-1747.
- Reig, P., E. & Garduño, E. L. (2005). Procesos cognoscitivos asociados a los constructos de calidad de vida y bienestar subjetivo. En Garduño, E. L., Salinas, A. B. y Rojas, H. M (Eds.). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. (pp.57-82). México: Plaza y Valdés Editores.
- Rivera, L. A. (2003). Espiritualidad y salud mental en adultos mayores. Tesis de Maestría en psicología clínica. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, M. L. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritual en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 39-47.
- Rodrigue, R. J., Baz, A. M., Widows, R. M. & Ehlers, L. S. (2005). A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*, 5, 2425-2432.
- Rojas, M. (2005). El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos. Consideraciones para la política pública. En Garduño, E. L., Salinas, A. B. y Rojas H. M. (Cord.). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (pp. 84-111). México. Plaza y Valdés Editores.
- Romo, V. R. & Sánchez, C.M. (2009). El descenso de la fecundidad en México, 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población. Consejo Nacional de Población. *La situación demográfica de México*, 23-38.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., Love, G. D., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M. A., Friedman, E. M., Davison, R. J. & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85-95.
- Ryff, C. D. y Keyes C. L. (1995). The structure of psychological well-being revised. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2003). Ironies of the human condition: Well-being and health on the way to mortality. En Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (Eds.). *A psychology of human Strengths. Fundamental Questions and Future directions for a Positive Psychology*. (pp. 271-288). San Diego: Academic Press.
- San, M. H. (1997). Envejecimiento individual y de la población: la investigación científica en el proceso de envejecimiento humano. En Buendía, J. (Ed.). *Gerontología y salud. Perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sánchez-Estrada, M. González-Forteza, C., Andrade-Palos, P. y Robles-García, R. (2012). Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de espiritualidad para adultos mayores en México. *Psicología Iberoamericana*, 20(2), 41-48.
- Sawatzky, R., Ratner, P. A. & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.
- Schewartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, IX (2), 9-21.

- Schwartz, N. & Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: judgmental processes and their methodological implications. En Kahneman, D., Diener, E. & Schwartz, N. (Eds.). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. (pp. 61-84). New York: Russell Sage Foundation.
- Scocco, P., Fantoni, G. & Caon, F. (2006). Role of depressive and cognitive status in self-reported evaluation of quality of life in older people: comparing proxy and physician perspectives. *Age and Aging*, 35, 166-171.
- Secretaría de Salud. (2001). Programa de Acción: Atención al Anciano. México, 7-41.
- Secretaría de Salud. (2008). Programa de acción específico 2007-2010. *Envejecimiento*, 7-54.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T. & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 774- 788.
- Seligman, E. P. M. (2008). Positive health. *Applied Psychology: An international review*. 57, 3-18.
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 1 5-14.
- Seligman, M. E., Rashid, T. & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774–88.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Sener, A., Terzioglu, R. G. & Karabulut, E. (2007). Life satisfaction and leisure activities during men's retirement: a Turkish sample. *Aging & Mental Health*, 11(1), 30-36.

- Sheldon, K. M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary? *American Psychologist*, 56(3), 216-217.
- Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- Smith, T. B., Poll, J. & McCullough, M. E. (2003). Religiosity and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*. 129(4), 614-636.
- Smith, S. & Gove, J. E. (2005). Physical changes of aging. University of Florida. IFAS *Extension*, 1-7.
- Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: There is hope. Ed. Snyder, C. R. *Handbook of hope. Theory, measures, & applications* (pp. 3-24). San Diego, EE. UU.: Academic Press.
- Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., Highberger, L., Rubinstein, H. & Stahl, K. J. (1997). The development and validation of the children's hope scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(3), 399-421.
- Snyder, C. R., Shorey, H. S., Cheavens, J., Mann, K. P., Adams V. H., & Wiklund, C. (2002). Hope and academic success in college. *Journal of Educational Psychology*, 94(4), 820-826.
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Michel, S. T., & Cheavens, J. (2002). Optimism and Hope Constructs: Variants on a positive expectancy theme. En Chang, E.C. (Ed.). *Optimism & Pessimism. Implications for theory, Research, and Practice* (pp. 101-126). San Diego: Academic Press.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C. & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of the individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.

The Swedish National Institute of Public Health, (2006). Healthy Ageing –A challenge for Europe. Huskvarna.

Tsai, P. F. (2005). Predictors of distress and depression in elders with arthritic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 158-165.

Tong, E. M. W., Fredrickson, B. L., Chang, W. & Xing, Z. L. (2010). Brief report. Re-examining hope: The roles of agency thinking and pathways thinking. *Cognition and Emotion*, 24(7), 1207-1215.

Tosato, M., Zamboni, V., Ferrini, A. & Cesari, M. (2007). The aging process and potential interventions to extend life expectancy. *Clinical Interventions in Aging*, 2(3), 401-412.

Van, P. B. & Ferrer-I-Carbonell, A. (2004). Introduction. *Happiness Quantified. A satisfaction calculus approach*. New York, EE. UU.: Oxford.

VandenBos, G. R. (1998). *Life-span developmental perspectives on aging: an introductory* Washintong, D. C.: American Psychological Association.

Vargas, N. B. I. (1995). Construcción y validación de una escala que evalúa la esperanza en México. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Vázquez, C. & Hervás, G. (2009). Salud positiva: del malestar al síntoma. (2ª. Ed). En Vázquez, C. y Hervás. (Eds.). *Psicología positiva aplicada* (pp. 17-39). Sevilla: Desclee de Brouwer.

- Vázquez, C., Hervás, G. & Ho, S. M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 401-432.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vedel, K. L., Hansen, V. H. & Bech, P. (2006). General health and well-being in outpatients with depressive and bipolar disorders. *Quality of life in major affective disorders*, 60(6), 150-156.
- Viveros, M. A. (2007). Acerca del envejecimiento y la vejez: Notas para dimensionar la acción de la sociedad sobre el tema. *Revista Ciencias Sociales*, 18, 125-141.
- Vopel, K. W. (2005). Introducción. *Praxis de la Psicología positiva. Ejercicios, experimentos, rituales* (pp.9-17). Madrid. Editorial CCS.
- Ward, R. A. (1984). *The environment for aging: Interpersonal and spatial contexts*. Alabama University.
- Warr, P., Butcher, V. & Robeertson, I. (2004). Activity and psychosocial well-being in older people. *Aging & Mental Health*. 8(2), 172-183.
- Weis, R. (2010). You want me to fix it? Using evidence-based intervention to instill hope in parents and children. En Burns, G. W. (Ed.). *Happiness, Healing, Enhancement. Your casebook collection for applying positive psychology in therapy* (pp. 64-75). New Jersey: John Wiley.
- Weis, R. & Speridakos, E. (2011). A meta-analysis of hope enhancement strategies in clinical and community settings. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 1(5), 2-16. Recuperado el 06/junio/2012 en <http://www.psywb.com/content/1/1/5>

- Withbourne, S. K. (1998). The psychological construction of the life span. En Birren, J. E. & Schaie, K. W. (Eds.). *Handbook of the psychology of aging*. New York: Reinhold.
- Wong, R., Espinoza, M. & Palloni, A. ( 2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Pública de México*, 49(4), 6-447.
- World Health Organization. (1998). WHOQOL User manual. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). Integrating poverty and gender into health programmes, World Health Organization, 1-80.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zúñiga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B. & Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2), 110-117.

# **ANEXOS**

Anexo A

Escala de Esperanza versión larga de seis factores.

<b>Factor</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Carga factorial</b>
<b>Manejo de la economía</b>	He sentido que logro manejar bien mis recursos económicos	.758
	He considerado que puedo planear adecuadamente mis gastos	.734
	He podido controlar mis gastos	.752
	Me he sentido satisfecho con el manejo que hago de mi economía	.734
	Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el manejo de mi economía en el futuro	.688
	Me he sentido confiado de mi organización económica	.681
	He considerado que puedo organizar adecuadamente mis gastos	.732
	Aunque los demás se desanimen, yo he podido encontrar la forma de solucionar mis problemas económicos	.633
	He podido buscar las mejores opciones para mis gastos	.681
	He tratado de no desperdiciar lo que tengo	.566
	He pensado que puedo ahorrar	.628
<b>Salud</b>	He sentido que logro cuidar mi salud	.731
	He tratado de cumplir con lo que tengo que hacer para cuidar mi salud	.711
	He intentado mejorar mi salud	.674
	Me he esforzado para mejorar mi salud	.647
	He podido cuidar mi salud	.674
	He moderado mi alimentación para mejorar mi salud	.660
	Se lo que tengo que hacer para cuidar mi salud	.608
	Aunque los demás se desanimen, yo he podido encontrar la forma de solucionar mis problemas de salud	.559
	He evitado hacer lo que le hace daño a mi salud	.639
<b>Componentes generales</b>	He pensado que puedo conseguir lo que quiero	.716
	He alcanzado las metas que me he propuesto	.711
	He tenido tiempo para llevar a cabo las cosas que quise hacer	.711
	He sido muy exitoso	.630
	Me he sentido entusiasmado con respecto a mi futuro	.586
	He sentido que puedo lograr lo que deseo para mi futuro	.612
	He podido pensar en muchas formas de conseguir las cosas que son importantes para mi	.540
	Me he sentido tranquilo con respecto a mi futuro	.581
<b>Relaciones interpersonales</b>	He considerado que me puedo llevar bien con los demás	.749
	He sentido que logro llevarme bien con los demás	.698
	Me he sentido satisfecho con respecto al futuro de mis relaciones con los demás	.749
	Me he sentido tranquilo con respecto al futuro de mis relaciones con los demás	.691
	He respetado a las demás personas y sus opiniones	.667
	He considerado que me puedo comunicar adecuadamente con los demás	.512
	He aceptado a los demás como son	.606

Anexo A

Continuación Escala de Esperanza versión larga de seis factores.

<b>Factor</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Carga factorial</b>
<b>Proyección a futuro</b>	He tenido confianza en el futuro	.564
	Me he sentido alegre con respecto a mi futuro	.659
	Me he sentido satisfecho de mi vida	.516
	A menudo he sentido que cuando mire hacia atrás en mi vida, me sentiré satisfecho	.514
	He pensado que hay soluciones para los problemas	.661
	He creído que mi futuro será muy activo	.659
	He tenido suficiente energía para hacer las cosas que quise hacer	.449
	He tratado de llegar a mis metas	.466
	Me siento confiado con respecto a mis salud en el futuro	.403
<b>Apoyo</b>	He pensado que tendré en el futuro el apoyo de los demás	.702
	Me he sentido confiado de tener el apoyo que necesitaré en el futuro	.596
	Me he sentido tranquilo con el apoyo que puedo recibir en el futuro	.483
	He podido pensar en muchas formas de conseguir el apoyo que es importante para mi	.526
	Me he sentido tranquilo con respecto al apoyo que puedo dar a los demás en el futuro	.532

Anexo B

Escala de Esperanza versión corta

<b>Factor</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Carga factorial</b>
<b>Manejo de la economía</b>	He podido controlar mis gastos	0.79
	He considerado que puedo planear adecuadamente mis gastos	0.76
	Me he sentido satisfecho(a) con el manejo que hago de mi economía	0.76
	He sentido que logro manejar bien mis recursos económicos	0.75
	Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el manejo de mi economía	0.71
<b>Salud</b>	He intentado mejorar mis salud	0.78
	He podido cuidar mi salud	0.76
	Me he esforzado para mejorar mi salud	0.75
	He trato de cumplir con lo que tengo que hacer para cuidar mi salud	0.75
	He sentido que logro cuidar mi salud	0.73
<b>Relaciones interpersonales</b>	He respetado a las demás personas y sus opiniones	0.76
	He considerado que me puedo llevar bien con los demás	0.75
	Me sentido que logro llevarme bien con los demás	0.75
	He aceptado a los demás como son	0.67
	Me he sentido satisfecho(a) con respecto al futuro de mis relaciones con los demás	0.60
<b>Apoyo social</b>	Me he sentido confiado(a) de tener el apoyo que necesitaré en el futuro	0.82
	Me he sentido tranquilo(a) con el apoyo que puedo recibir en el futuro	0.80
	He pensado que tendré en el futuro el apoyo de los demás	0.79
	Me he sentido entusiasmado(a) con respecto a mi futuro	0.41
<b>Componentes generales</b>	He pensado que puedo conseguir lo que quiero	0.81
	He sido muy exitoso	0.73
	He alcanzado las metas que me he propuesto	0.54

## Anexo C

Pesos factoriales del Índice de Espiritualidad.

Reactivo	Peso factorial
1. Mi espiritualidad me ayuda a definir mis metas	.95
2. Mi espiritualidad es importante porque responde mis dudas con respecto al significado de la vida	.92
3. Mi espiritualidad me ayuda a entender el significado de las situaciones que vivo	.90
4. Me considero una persona espiritual	.86
5. Dejar huella en esta vida es una guía para mi	.83
6. Creo que hay un "ser superior" que guía mi vida	.80

Anexo D

Versión abreviada del manual del Taller: “Paso a paso”.

## **Manual del Taller “Paso a paso”**

Manual del instructor

Mtra. Marcela Sánchez Estrada  
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología  
Doctorado en Psicología y Salud  
Universidad Nacional Autónoma de México

### Introducción

El Taller “Paso a paso” es parte del proyecto del Doctorado titulado: “Fomento de la esperanza y el bienestar en adultos mayores”, que responde a la necesidad de desarrollar programas de atención dirigidos a los Adultos Mayores en México. La tendencia del crecimiento poblacional de este sector en los últimos años, su estudio tradicional bajo la visión del detrimento de sus capacidades físicas, cognitivas y sociales así como el incremento en la esperanza de vida son elementos fundamentales para dirigir recursos y esfuerzos en mejorar las condiciones de este grupo, en desarrollar programas de intervención que basados en sus habilidades y fortalezas promuevan su bienestar.

Bajo el fundamento de la psicología positiva y con una visión de prevención más que de curación se desarrolló el Taller: “Paso a Paso”, con el objetivo general de fomentar la esperanza y el bienestar en adultos mayores, empleando como modelo teórico el Modelo de Snyder (2000) de la esperanza y con estrategias cognitivo conductuales.

De acuerdo con dicho objetivo general, se desarrollaron actividades para fortalecer los componentes cognitivos de la esperanza, y ejecutar acciones durante el Taller que permitan observar avances en una meta establecida premeditadamente por cada participante. La esperanza es una fortaleza dirigida hacia el futuro por lo que se espera que una intervención de este tipo tenga efectos no sólo en la meta establecida sino también que incida en situaciones futuras.

El presente manual se estructuró como guía para el instructor, quien es el encargado de aplicar y dirigir el Taller y cada una de las actividades del mismo. Consta de un apartado teórico sobre los temas de: Envejecimiento, Bienestar, Psicología positiva y Esperanza (no incluidos en esta versión abreviada, ya se abordan estos temas en mayor extensión en los capítulos de la Tesis Doctoral).

En el apartado del contenido del Taller “Paso a Paso” se describen detalladamente: las sesiones, el contenido teórico para cada una de ellas, las actividades e instrucciones, y un apartado adicional que incluye los formatos de las actividades para casa.

El Taller tiene un formato breve de 8 sesiones, una sesión por semana, con duración de noventa minutos. Cada sesión contiene:

- Objetivo general
- Objetivos específicos
- Actividades (objetivo, instrucciones, desarrollo y duración)
- Actividades para casa (objetivo e instrucciones)
- Contenido teórico de la sesión

## **PROGRAMA DEL TALLER “PASO A PASO”**

El Taller se desarrolló en formato grupal, para grupos de 5 a 15 adultos mayores, ya que muchas de las actividades requieren de la contribución y retroalimentación de los participantes. Las intervenciones grupales brindan la oportunidad de ampliar el repertorio de estrategias a partir de las aportaciones de otros miembros del grupo.

Además de que en el contexto comunitario en el cual se estudió y diseñó el Taller (grupos de apoyo en el Instituto Nacional para la Atención de los Adultos Mayores INAPAM por sus siglas) el vínculo social que se establece entre los adultos mayores es uno de los elementos más valiosos para ellos y para la institución, ya que esta relación es un estímulo social y un reforzador emocional.

Las actividades se agruparon para una sesión semanal con noventa minutos de duración cada una. En cada sesión se incluyeron aspectos teóricos, de análisis y de registro para los participantes con la finalidad de destacar las experiencias exitosas y las habilidades ya adquiridas y dirigir estos aspectos a la meta presente.

A continuación se describen cada una de las sesiones del Taller.

## Sesión 1

---

Objetivo general

Los participantes:

- I. Conocerán las características generales del programa de intervención, el formato y dinámica de trabajo.

Objetivos específicos

1. Identificarán los aspectos generales del Taller, la dinámica de trabajo y a los participantes e instructor.
2. Responderán la evaluación inicial de Taller, con los cuestionarios de Esperanza, Bienestar, Depresión y Salud percibida.

Actividades

<b>1.1 Presentación del instructor y los participantes</b>	
Objetivo	Los asistentes identificarán al instructor y a sus compañeros del Taller.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor se presentará mencionando su nombre y formación.</li><li>• Posteriormente pedirá a los participantes que digan su nombre, tiempo en el grupo y cómo les gusta que les llamen.</li></ul>
Duración	20 min

<b>1.2 Exposición de expectativas</b>	
Objetivo	Los participantes identificarán y expresarán las expectativas del taller.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor pedirá a los asistentes que expongan al grupo las expectativas que tienen con respecto al Taller.</li><li>• Todas las aportaciones se anotarán en el pizarrón u hoja de papel bond</li></ul>
Duración	5 min

<b>1.3 Presentación del programa del Taller</b>	
Objetivo	Los participantes conocerán los aspectos generales y lineamientos de la dinámica de trabajo del Taller.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor expondrá el objetivo del Taller, temas, actividades, duración, horario y lugar de las sesiones.</li> <li>• El instructor retomará las expectativas del grupo de tal forma que con la información del Taller se aclaren aquellas expectativas que no se incluyen en el Taller, enfatizará aquéllas que sí forman parte del Taller, y aclarará cualquier duda al respecto.</li> <li>• Posteriormente, el instructor expondrá los elementos de confidencialidad, respeto, orden y puntualidad para las sesiones, y se llegará a un acuerdo grupal para cumplir con los elementos mencionados.</li> <li>• Una vez establecidos los acuerdos grupales, el instructor presentará el consentimiento informado, el cual leerá en voz alta.</li> <li>• Aclarará las dudas de los participantes y pedirá que lo firmen.</li> </ul>
Duración	25 min

<b>2.1 Evaluación inicial</b>	
Objetivo	Los participantes responderán la evaluación inicial con los cuestionarios de Esperanza, Bienestar, Depresión y Salud percibida.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor proporcionará los cuestionarios de Esperanza, Bienestar, Depresión y Salud percibida.</li> <li>• Realizará la aplicación grupal leyendo en voz alta cada uno de los reactivos y las opciones de respuesta.</li> <li>• Resolverá cualquier duda y revisará el adecuado llenado de los cuestionarios.</li> </ul>
Duración	25 min

<b>Actividad para casa Lista de Metas</b>	
Objetivo	Los participantes identificarán las metas más importantes para su vida en el momento actual así como el área a las cuales pertenecen.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor mencionará que una meta en el marco del Taller es algo que se desea, algo importante que se desea tener, conseguir o alcanzar es un objetivo que se valora como importante y del cual no se tiene la certeza absoluta de que suceda.</li> <li>• Que a veces se piensa en los tanto en los demás que es difícil decir que es lo que uno quiere para sí mismo, pero que en general siempre hay cosas, situaciones o condiciones que se desean o bien algunas cosas para cambiar.</li> <li>• Les proporcionará el Formato 1: Lista de metas y revisará con ellos cada uno de sus elementos (fecha, metas, áreas y su nombre).</li> <li>• Explicará el llenado del formato con el siguiente ejemplo:  Bajar de peso. Es una meta relacionada a SALUD. Es importante considerar áreas en las que puedan observar cambios en las siguientes 6 semanas.</li> <li>• Solicitará que se enlisten aquellas metas que son las más importantes en el momento actual, tratando de ser lo más específicos que les sea posible.</li> </ul>
Duración	5 min

## Sesión 2

---

Objetivo general

Los participantes:

- II. Identificarán la relación entre los pensamientos, emociones y conducta con el modelo cognitivo conductual y su relación con las metas

Objetivos específicos

1. Conocerán la relación entre los pensamientos, emociones y comportamiento en situaciones pasadas, así como en situaciones futuras.
2. Revisarán las metas propuestas y las analizarán en función de sus prioridades.

Actividades

<b>2.1 Revisión de la actividad para casa.</b>	
Objetivo	Los participantes expresarán su experiencia para la realización de la actividad para casa.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor preguntará si realizaron la actividad para casa y la facilidad/dificultad para cumplir con ella.</li></ul>
Duración	5 min

<b>1.1 Presentación del modelo cognitivo</b>	
Objetivo	Los participantes conocerán la relación entre los pensamientos, las emociones y las conductas, en situaciones de la vida cotidiana.  Los participantes identificarán la importancia de reconocer los pensamientos y su relación con la respuesta emocional en situaciones cotidianas.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor presentará el modelo cognitivo.</li><li>• Leerá en voz alta el Ejercicio de identificación de pensamientos:  Ejemplo: Están esperando a un amigo(a) cercano en una cafetería, tiene ya cuarenta y cinco minutos de retraso y no tienen forma de comunicarse con esa persona.</li></ul>

	<p>¿Qué es lo primero que piensan? ¿Qué es lo primero que pasa por su cabeza?</p> <p>Si en el ejemplo anterior surgen propuestas como:</p> <p>A) “Nunca llega tarde, ¿Y si le pasó algo? ¿Y si tuvo un accidente? ...”</p> <p>B) “Es lo mismo de siempre, siempre llega tarde. No le importa que yo esté aquí esperando ”</p> <p>C) “Hay mucho tráfico, no debe de tardar, seguramente ya está por llegar”</p> <p>Cada uno de estos grupos de pensamientos tienen una respuesta (emoción) diferente, probablemente de angustia, enojo o tranquilidad. Por lo tanto las emociones tienen una relación directa con los pensamientos, y es a partir de los pensamientos que se genera la respuesta emocional.</p> <p>Ejemplo de imaginación:</p> <p>Instrucciones: Solicitar a los participantes cerrar sus ojos por un momento, respirar lentamente por la nariz, poner atención a los ruidos que hay en el ambiente para tratar de identificar su origen. Y posteriormente solicitar seguir las indicaciones siguientes.</p> <p>“Imaginen que están solos en el último piso de una casa, es de noche y están acostados tranquilamente en la cama, están justo a punto de dormir... y escuchan un fuerte ruido en el techo....”</p> <p>Piensen: “es un ladrón, alguien se quiere meter, estoy solo(a), no hay quién me ayude”</p> <p>¿Qué sienten?</p> <p>Piensen: “es el gato de la vecina, está jugando con una lata o está cazando un ratón”</p> <p>¿Qué sienten?</p> <p>(Anotar las respuestas a ambas preguntas en el pizarrón o en un pliego de papel bond para su posterior análisis).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor guiará el análisis de las respuestas de los participantes y señalará la relación entre los pensamientos, las emociones y las conductas.</li> <li>• Solicitará a los participantes ejemplos de situaciones particulares para la identificación de pensamientos y emociones.</li> </ul>
Duración	45 min

<b>Actividad para casa Lista de Metas</b>	
Objetivo	Los participantes identificarán las metas más importantes para su vida.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor mencionará que entre los pensamientos que se tienen todos los días se encuentran también las metas. Una meta es un objetivo a futuro, es un objetivo que se valora como importante y del cual no se tiene la certeza absoluta de que suceda; por lo que para poder alcanzarla es de suma importancia que sea clara y específica para poder enfocar los esfuerzos en lograrla.</li> <li>• Les solicitará el Formato 1: Lista de metas y revisará con ellos sus aportaciones en función de que sean claras y hayan identificado las áreas.</li> <li>• Debido al tiempo (6 semanas) sólo podrán elegir una, la que sea más importante en el momento actual y en la que se puedan observar cambios en ese periodo de tiempo.</li> <li>• En caso de ser necesario ayudará a especificar o aclarar las metas de los participantes, en caso de observar que son demasiado amplias o ambiguas.</li> <li>• Aclarará que en caso de ser necesario podrán cambiar de meta, pero que traten de identificar la de mayor importancia en su vida.</li> <li>• Al formato 1 agregarán las preguntas: ¿Lo he intentado antes? ¿Qué resultados obtuve? ¿Qué debo hacer para lograr mi meta?</li> </ul>
Duración	20 min

### Sesión 3

---

Objetivo general:

Los participantes:

- I. Identificarán los componentes cognoscitivos, emocionales y conductuales del modelo de la Esperanza de Snyder (2000), y seleccionarán la meta a trabajar durante el Taller.

Objetivos específicos:

1. Conocerán los componentes (cognoscitivos, emocionales y conductuales) del modelo de Esperanza de Snyder (2000), en experiencias previas personales y reconocerán la importancia vital de fortalecer la esperanza.
2. Evaluarán el grado de alcance general de sus metas.
3. Analizarán las áreas de mayor interés así como los obstáculos y habilidades para alcanzar las metas seleccionadas por los participantes.

Actividades

1.1 Análisis de la experiencia de la esperanza	
Objetivo	Los participantes identificarán los elementos del modelo de la esperanza de Snyder, sus experiencias previas y la importancia vital de la esperanza.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor preguntará ¿Qué es la esperanza? Y anotará los aspectos generales en el pizarrón.</li><li>• Posteriormente preguntará al grupo ¿Qué importancia ha tenido en su vida? Anotando las respuestas en el pizarrón.</li><li>• Con base en las respuestas enfatizará la importancia de la esperanza en la vida cotidiana. Expondrá el estudio reciente de la esperanza desde el enfoque de la psicología positiva.</li><li>• El instructor presentará el modelo de la esperanza de Snyder, y enfatizará los elementos del modelo identificados al inicio de la sesión.</li></ul>
Duración	30 min

2.1 Presentación del esquema del grado de alcance	
Objetivo	Los participantes identificarán el análisis inicial del grado de alcance de sus metas.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor retomará el grado de alcance del modelo de Snyder como una evaluación inicial de la meta.</li> <li>• Les solicitará a los participantes que identifiquen el grado de alcance de las metas reportadas en la actividad para casa de la sesión anterior. Así como los elementos iniciales relacionados con ese grado (dificultades, experiencias previas, estrategias y habilidades).</li> </ul>
Duración	10 min

3.1 Análisis de las áreas más importantes en la vida	
Objetivo	Los participantes analizarán las áreas de mayor importancia en su vida a partir de las metas reportadas e identificarán la experiencia en el área de mayor importancia para ellos.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor preguntará a los participantes ¿Cuál es área más importante en su vida actualmente?</li> <li>• Con ayuda del registro Lista de Metas (actividad para casa de la sesión anterior) solicitará a los participantes cuantificar las metas por áreas.</li> <li>• El instructor guiará el análisis de las áreas de mayor importancia y solicitará que los participantes identifiquen la experiencia (con el número de vivencias en las cuales tuvieron éxito en esa área en particular) que tienen en esa área en específico.</li> </ul>
Duración	15 min

3.2 Selección de una meta	
Objetivo	Los participantes analizarán y seleccionarán una meta
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor solicitará a los participantes identifiquen y reporte una meta de las redactadas en el Formato: Mi meta.</li> <li>• Revisarán de forma grupal la posibilidad de observar logros en las metas</li> </ul>

	<p>durante las siguientes 5 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de que la meta sea demasiado general o a largo plazo se dividirá en etapas para poder identificar los avances en la primer etapa en las siguientes 5 semanas.</li> </ul>
Duración	25 min

<b>Actividad para casa Una nueva meta</b>	
Objetivo	Los participantes analizarán el grado de alcance, dificultades y pensamientos frecuentes de la meta que han establecido.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor proporcionará el Formato 2: Una nueva meta, explicará el contenido (fecha, meta, grado de alcance, dificultades y pensamientos relacionados con la meta).</li> <li>• Retomará la información del modelo de Snyder referente a identificar las posibilidades de lograr la meta en el momento inicial (grado de alcance). Así como considerar las dificultades que se pueden presentar para alcanzarla.</li> <li>• Por último destacará que una vez planteada la meta es muy probable que tengan pensamientos a favor y en contra de la meta. Retomará el ejemplo de la sesión anterior: Bajar de peso.</li> <li>• Enumerará algunos posibles pensamientos como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Es muy difícil, no sé si lo pueda lograr. Y si no lo logro? Es muy caro comer saludablemente, lo mismo que ir al gimnasio. Lo voy a lograr, no es imposible....</i></li> </ul> </li> <li>• Y la importancia de estos pensamientos (en relación con las emociones y comportamientos, bajo el modelo cognitivo conductual).</li> <li>• Solicitará el registro de todos los pensamientos que tengan relacionados con su meta. En caso de que se repitan no hace falta escribirlos nuevamente, sólo señalar cuáles se repiten.</li> <li>• Así como el registro de las acciones realizadas durante la semana para lograr la meta en el apartado: Para alcanzar mi meta, he hecho lo siguiente.</li> </ul>
Duración	10 min

## Sesión 4

---

Objetivo general

Los participantes:

- I. Analizarán y discutirán las dificultades y grado de alcance para la meta en el corto plazo, así como aquellas opciones ante las dificultades.

Objetivos específicos

1. Analizarán y discutirán el grado de alcance y las dificultades para alcanzar la meta en el corto plazo.
2. Identificarán y discutirán los pensamientos relacionados con la meta como una estrategia para incrementar la determinación.
3. Analizarán los ensayos realizados para lograr la meta.

Actividades

1.1 Exposición de dudas de los temas previos.	
Objetivo	Los participantes expresarán sus dudas con respecto a los temas anteriores.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor preguntará si hay alguna duda con respecto a los temas ya revisados.</li><li>• En caso necesario aclarará las dudas o repetirá la información de los temas anteriores.</li></ul>
Duración	5 min

1.2 Revisión de la actividad para casa: Una nueva meta	
Objetivo	Los participantes aclararán cualquier duda con respecto a la actividad para casa.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor preguntará si tuvieron algún problema o dificultad para realizar la actividad.</li><li>• Revisará los apartados de la actividad (grado de alcance de metas, dificultades y pensamientos relacionados a la meta).</li></ul>
Duración	5 min

1.3 Revisión de la posibilidad de alcance de meta	
Objetivo	Los participantes analizarán el grado identificado de alcance para su meta.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor solicitará a los participantes compartir con el grupo la evaluación inicial del grado de alcance.</li> <li>• Guiará las discusión de los factores (cognitivos y motivacionales: pensamientos y determinación) que afectan la evaluación inicial del alcance.</li> <li>• En caso de ser necesario (de encontrar metas con probabilidades menores a 10) el instructor analizará con el grupo la meta y la posibilidad de su división por etapas o pasos si ésta es demasiado amplia o poco específica.</li> </ul>
Duración	20 min

1.4 Análisis de las dificultades relacionadas con las metas	
Objetivo	Los participantes identificarán y analizarán las dificultades relacionadas con la planeación de la meta, de motivación y de las habilidades conductuales.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor solicitará a los participantes compartir las dificultades registradas en la actividad para casa: Una nueva meta.</li> <li>• Anotará en el pizarrón o rotafolio todas las dificultades y las dividirá en aquéllas relacionadas con la planeación (responde a las preguntas: ¿Es parte del proceso? ¿Es una etapa de la meta?), con la motivación (responde a las preguntas: Cuando piensa esto ¿se desanima?), y de habilidades conductuales (que responde a la pregunta: ¿Hay algo que necesita hacer?).</li> <li>• Concluida la participación de todos el instructor explicará las diferencias entre las dificultades y las posibilidades de cambiarlas. Las de planeación requieren de un análisis de los pasos para llegar a la meta, las de habilidades conductuales de aprender algo en particular y las de motivación se revisarán en la siguiente actividad.</li> </ul>
Duración	30 min

2.1 Identificar pensamientos a favor y en contra de la meta.	
Objetivo	Los participantes identificarán los pensamientos a favor y en contra de la determinación y analizarán la evidencia resaltando la importancia de las experiencias previas.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor solicitará a los participantes algunos ejemplos de pensamientos registrados en la actividad para casa: Una nueva meta.</li> <li>• Anotará los ejemplos en el pizarrón o rotafolio y los clasificará a favor y en contra de promover la determinación. Incluirá las dificultades (de la actividad anterior) en el grupo de en contra.</li> <li>• Analizará junto con el grupo la evidencia en contra de los pensamientos que no promueven la determinación (por medio de otras experiencias relacionadas con el área).</li> <li>• Reiterará la importancia de los pensamientos en las emociones y en la motivación para alcanzar la meta con la información del modelo cognitivo revisado en la sesión inicial.</li> </ul>
Duración	20 min

3.1 Ensayos realizados para lograr la meta	
Objetivo	Los participantes expresarán e identificarán los ensayos realizados en la semana anterior.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor preguntará si hubo ensayos para lograr la meta durante la semana.</li> <li>• A partir de las aportaciones de los participantes el instructor las dividirá en: cognitivas, emocionales o conductuales.</li> </ul>
Duración	5 min

<b>Actividad para casa</b>	
Objetivo	Los participantes analizarán las etapas o los pasos, y las estrategias para alcanzar la meta, junto con los pensamientos relacionados con ella.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor proporcionará el Formato 3: Para alcanzar mi meta, describirá los elementos (pasos, estrategias y pensamientos relacionados a su meta).</li> <li>• Explicará con el ejemplo: Bajar de peso y modificado en etapas: disminuir el consumo de bebidas azucaradas y aumentar la cantidad de ejercicio.</li> <li>• Los pasos se podrían dividir en: Hacer una lista de bebidas sin azúcar, hacer un presupuesto para adquirirlas o prepararlas, buscar las actividades y espacios para realizar ejercicio, identificar aquellas actividades más adecuadas de acuerdo al estilo de vida y el costo.</li> <li>• Las estrategias podrían incluir: Probar nuevas combinaciones o recetas para las bebidas, no rebasar el presupuesto establecido para ellas. iniciar con aquellas actividades físicas que me parecen más atractivas y económicas. Establecer un horario propicio para mantener el ejercicio regular durante toda la semana y que no interfiera en otras actividades.</li> <li>• Pensamientos: ¿Qué pienso respecto a mi meta? En el periodo de 7 días a partir de la entrega del formato</li> <li>• Así como el registro de las acciones realizadas durante la semana para lograr la meta en el apartado: Para alcanzar mi meta, he realizado lo siguiente.</li> </ul>
Duración	10 min

## Sesión 5

---

Objetivo general

Los participantes

- I. Analizarán y discutirán las estrategias identificadas para la meta en el corto plazo, así como aquellas opciones ante las dificultades.

Objetivos específicos

1. Analizarán los pasos o etapas para llegar a la meta establecida.
2. Identificarán las estrategias para alcanzar la meta.
3. Identificarán los pensamientos alternativos para incrementar la determinación hacia la meta como una estrategia para llegar a ella.

Actividades

1.1 Exposición de dudas de los temas previos.	
Objetivo	Los participantes aclararán sus dudas con respecto a los temas anteriores.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor preguntará si hay alguna duda con respecto a los temas ya revisados.</li><li>• En caso necesario aclarará las dudas o repetirá la información de los temas anteriores.</li></ul>
Duración	5 min

1.2 Revisión de la actividad para casa: Para alcanzar mi meta	
Objetivo	Los participantes aclararán cualquier duda con respecto a la actividad para casa.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor preguntará si tuvieron algún problema o dificultad para realizar la actividad.</li><li>• Revisará los apartados de la actividad (dificultades y pensamientos relacionados a la meta).</li></ul>
Duración	5 min

1.3 Análisis de los pasos	
Objetivo	Los participantes analizarán los pasos para llegar a la meta.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor preguntará a los participantes si identificaron los pasos para su meta, con las preguntas: ¿Cuántos pasos identificaron? ¿Consideran que están incluyendo todos los pasos necesarios?</li> <li>• Con base en las respuestas el instructor destacará la importancia de la planeación y la consideración de otras posibilidades ante las dificultades identificadas.</li> </ul>
Duración	15 min.

2.1 Identificación de las estrategias	
Objetivo	Los participantes identificarán las estrategias posibles para alcanzar la meta.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor le solicitará a los participantes expongan las estrategias registradas en el Formato 3: Para alcanzar mi meta, en el apartado ¿Qué tengo que hacer para llegar a mi meta?</li> <li>• Las anotará en el pizarrón y pedirá que analicen si son adecuadas esas estrategias, preguntar: ¿Hay algunas otras que puedan incluir?, ¿Cómo saben cual elegir?</li> <li>• Con las respuestas guiará la discusión hacia la importancia de experiencias previas exitosas y de aprender o implementar estrategias nuevas.</li> </ul>
Duración	15 min

3.1 Análisis de los pensamientos en a favor contra y de la meta.	
Objetivo	Los participantes analizarán la evidencia a favor y en contra de los pensamientos relacionados con sus metas.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor preguntará a los participantes la diferencia entre los pensamientos a favor y en contra de la meta (determinación), en caso de ser necesario repetirá la información de la sesión 2.</li> <li>• Solicitará que cuantifiquen el número de cada uno de ellos en la actividad para casa: Para alcanzar mi meta.</li> <li>• Ejemplificará con las aportaciones de ellos, el procedimiento: Identificar el</li> </ul>

	<p>pensamiento, la evidencia a favor del pensamiento para la meta presente, incluir evidencia de experiencias previas exitosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor reiterará la importancia de los pensamientos en las emociones y en la motivación para alcanzar la meta y de la posibilidad de cambio de los pensamientos en contra con evidencia.</li> </ul>
Duración	20 min

<b>Actividad para casa: Una experiencia exitosa</b>	
Objetivo	Los participantes identificarán una experiencia exitosa en el pasado, así como las estrategias que emplearon, las dificultades que se les presentaron y las acciones que realizaron para alcanzar la meta.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor entregará el formato 4: Una experiencia exitosa, y explicará los elementos de mismo.</li> <li>• La influencia de las experiencias previas en el planteamiento de nuevas metas (material del modelo de Snyder de la sesión 1). Reiterando que todos han tenido experiencias exitosas que se han revisado en otras actividades durante el Taller.</li> <li>• Explicará la redacción de una experiencia exitosa considerada importante para ellos (para identificarla les pedirá que piensen en una situación difícil, en la cual se esforzaron para cambiar o mejorar y al recordarla ahora les deja agradables recuerdos). Leerá en voz alta las preguntas que les pueden ayudar a la redacción de la experiencia: ¿Cuál era la meta? ¿Qué dificultades se presentaron? Ante las dificultades ¿qué pensó? ¿Cómo resolvió la situación? ¿Qué estrategias empleo? ¿Cómo se sintió ante el resultado? ¿Aprendió algo de esa experiencia? Y les solicitará que si hay alguna otra que les ayude la pueden incluir, así como tratar de describir la experiencia con el mayor detalle posible.</li> </ul>
Duración	10 min

## Sesión 6

---

Objetivo general

Los participantes

- I. Analizarán el papel de los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales de experiencias previas exitosas en situaciones futuras.

Objetivos específicos

1. Identificarán y discutirán las dificultades, estrategias y determinación presentes en experiencias previas exitosas, destacando la importancia de las experiencias previas exitosas para establecer nuevas metas.

Actividades

1.1 Exposición de dudas de los temas previos.	
Objetivo	Los participantes aclararán sus dudas con respecto a los temas anteriores.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor preguntará si hay alguna duda con respecto a los temas ya revisados.</li><li>• En caso necesario aclarará las dudas o repetirá la información de los temas anteriores.</li></ul>
Duración	5 min

1.2 Revisión de la actividad para casa: Una experiencia exitosa	
Objetivo	Los participantes aclararán cualquier dificultad con respecto a la actividad para casa.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor preguntará si tuvieron algún problema o dificultad para realizar la actividad.</li></ul>
Duración	5 min

1.3 Revisión de los elementos de la experiencia exitosa:	
Objetivo	Los participantes analizarán los elementos cognitivos, emocionales y conductuales de la esperanza de otras experiencias exitosas.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor solicitará a los participantes la lectura en voz alta de algunos ejemplos de la actividad para casa: Una experiencia exitosa.</li> <li>• Guiará el análisis de los elementos (dificultades, estrategias, determinación y resultados) de los ejemplos expuestos, para mostrar la diversidad entre ellos y destacar las estrategias que pudieran ser empleadas para las metas actuales.</li> <li>• Solicitará la retroalimentación del grupo con aportaciones en las estrategias y determinación a los ejemplos presentados.</li> </ul>
Duración	70 min

Actividad para casa: Esquema de avance	
Objetivo	Los participantes resumirán los avances que tuvieron en su meta durante las últimas 5 semanas.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor solicitará a los participantes desarrollar un esquema de presentación (con los materiales que elijan y que les permita visualizar) los avances en su meta desde el inicio del Taller hasta la fecha de la presentación. Se presentará un ejemplo para indicar la forma de resumir lo avances en caso de ser necesario.</li> <li>• No se requieren materiales o diseños específicos, es a libre elección de los participantes.</li> </ul>
Duración	10 min

## Sesión 7

---

Objetivo general

Los participantes

- I. Resumirán el avance de la meta establecida y analizarán los elementos cognitivos, conductuales y emocionales de su experiencia a los largo de las 5 semanas.

Objetivos específicos

1. Presentarán el esquema de avance personal de la meta establecida.
2. Analizarán y discutirán las dificultades, estrategias y determinación presentes en la experiencia de la meta elegida para el Taller, así como los resultados observados en su meta.
3. Analizarán los aspectos generales del Taller y de la dinámica de trabajo.

Actividades

1.1 Exposición de dudas de los temas previos.	
Objetivo	Los participantes aclararán sus dudas con respecto a los temas anteriores.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor preguntará si hay alguna duda con respecto a los temas ya revisados.</li><li>• En caso necesario aclarará las dudas o repetirá la información de los temas anteriores.</li></ul>
Duración	5 min

1.2 Exposición del esquema de avance	
Objetivo	Los participantes expondrán los resúmenes del avance de su meta en las últimas 5 semanas.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor asignará un espacio y un orden para las exposiciones de todos los participantes de sus esquemas.</li><li>• Guiará el análisis de los esquemas, resaltando las estrategias, la</li></ul>

	determinación y dificultades resueltas y fomentará la retroalimentación de los esquemas.
Duración	70 min

2.1 Retroalimentación grupal sobre el Taller	
Objetivo	Los participantes analizarán y discutirán los aspectos generales del Taller y de la dinámica de trabajo.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instructor solicitará a los participantes expresen sus comentarios con respecto al Taller (temas, materiales, tiempo) y dinámica de trabajo. Con las preguntas: ¿Qué le ha parecido el Taller? ¿Consideran que ha sido de utilidad para ustedes? ¿Qué sugerencias tienen para mejorarlo? ¿Qué le cambiarían?</li> <li>• El instructor tomará nota de todos los comentarios para incluirlos en la revisión del Taller.</li> </ul>
Duración	15 min

## Sesión 8

---

Objetivo general

Los participantes

- I. Concluirán el taller y contestarán la evaluación final.

Objetivos específicos

1. Contestarán la evaluación final que se incluye los instrumentos de Esperanza, Bienestar, Depresión y Salud percibida.
2. Recibirán los reconocimientos de asistencia al Taller.

Actividades

1.1 Evaluación final	
Objetivo	Los participantes contestarán los cuestionarios de Esperanza, Bienestar, Depresión y Salud percibida de los participantes.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• El instructor proporcionará los cuestionarios de Esperanza, Bienestar, Depresión y Salud percibida.</li><li>• Realizará la aplicación grupal leyendo en voz alta cada uno de ellos</li><li>• Resolverá cualquier duda y revisará el adecuado llenado de los cuestionarios.</li></ul>
Duración	20 min

2.1 Entrega de reconocimientos a los participantes	
Objetivo	Los participantes recibirán el reconocimiento por su participación en el Taller.
Instrucciones y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"><li>• La Coordinadora del grupo en colaboración con el instructor entregarán un reconocimiento a todos los asistentes.</li><li>• El instructor agradecerá su participación y realizará el cierre del Taller.</li></ul>
Duración	20 min

# LISTA DE METAS

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mis metas son:

	Área
1	
2	
3	
4	
5	
6	

A)

B)

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mi meta es:

Área

---

---

Grado de alcance



0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué dificultades se pueden presentar para alcanzar mi meta?

1

---

2

---

3

---

4

---

5

---

6

---

7

---

8

---

9

---

¿Qué pienso sobre mi meta?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Acciones realizadas en la última semana para lograr la meta

Nombre \_\_\_\_\_

**PARA ALCANZAR MI META**

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mi meta es:

---

¿Cuáles son los pasos para llegar a mi meta? Considerar avances en las siguientes 2 semanas

1

---

2

---

3

---

4

---

5

---

6

---

7

---

8

---

9

---

10

---

¿Qué tengo que hacer para llegar a mi meta?

---

---

---

---

---

---

---

¿Qué pienso sobre mi meta?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Acciones realizadas en la última semana para lograr la meta

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **Una experiencia exitosa**

¿Cuál era la meta? ¿Qué dificultades se presentaron? Ante las dificultades ¿Qué pensó?  
¿Cómo resolvió la situación? ¿Qué estrategias empleó? ¿Cómo se sintió ante el  
resultado? ¿Aprendió algo de esa experiencia?

Recuerde anotar todos los aspectos que le parezcan importantes.

## Anexo E

### Consentimiento informado



### "Fomento del bienestar en adultos mayores a partir de determinantes psicológicos".

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar por favor lea este consentimiento cuidadosamente y haga todas las preguntas que usted tenga para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y beneficios.

El presente estudio se realiza para evaluar un programa dirigido a adultos mayores diseñado para fomentar el bienestar a partir de sus determinantes psicológicos. El programa tiene una duración de 6 semanas, con una sesión semanal con una duración de hora y media; en la cual se desarrollaran diversos ejercicios y actividades durante las sesiones y algunos para casa dirigidos a incrementar las fortalezas, habilidades y resaltar las experiencias positivas previas. Además de responder en dos ocasiones una serie de preguntas relacionadas con el bienestar.

Su participación conlleva un riesgo mínimo, relacionado principalmente con incomodidad o inconveniencia por contestar los cuestionarios.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio. Su estado de bienestar podría mejorar como resultado de su participación en este estudio aunque no hay ninguna garantía de que esto suceda. La información de este estudio de investigación podría conducir a un mejor tratamiento del bienestar en el futuro.

Su participación en el estudio no tiene ningún costo para usted, y es estrictamente voluntaria, usted podrá retirarse en el momento que lo decida sin ningún tipo de sanción o afectación de los servicios o atención que usted recibe en la institución.

Toda la información será manejada confidencialmente, y sólo el grupo de investigadores tendrán acceso a ella.

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, puede contactar a:

Mtra. Marcela Sánchez Estrada al correo electrónico [mar9977@yahoo.com](mailto:mar9977@yahoo.com) o bien al teléfono celular 55 48 26 49 26.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer todas sus preguntas y recibir contestaciones satisfactorias. Además usted recibirá una copia de este documento.

He leído y comprendido el procedimiento descrito para este estudio, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

**VOLUNTARIAMENTE DECIDO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.**

Nombre \_\_\_\_\_ Firma  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre testigo \_\_\_\_\_ Firma  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre testigo \_\_\_\_\_ Firma  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Explicó el consentimiento Marcela Sánchez Estrada Firma  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_