



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

Calidad de vida y soledad en personas adultas mayores: efectos y narrativas de un taller de teatro

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

PRESENTA:
JESÚS DARÍO GUAJARDO GARZA

TUTORA PRINCIPAL: DRA. MARÍA MONTERO Y LÓPEZ LENA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.UNAM

TUTORA ADJUNTA: DRA. BENILDE GARCÍA CABRERO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNAM

TUTORA EXTERNA: DRA. HELGA NOICE
ELMHURST UNIVERSITY

JURADO A: DRA. SANDRA CASTAÑEDA FIGUEIRAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNAM

JURADO B: DRA. GUILLERMINA NATERA REY
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

CIUDAD DE MÉXICO A MARZO DE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A mi familia -elegida
y no elegida- por
darme un lugar en el
mundo.

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM y al CONACyT por permitirme realizar mis estudios de posgrado a través de la beca no. 450435.

A Paola y Aldo, mis compañeros de posgrado: gracias por los desayunos, cafés, chales, caminatas y odas a la cordura, mientras navegábamos estas aguas.

A la Dra. Emily Ito y a mis compañeros en sus seminarios, que, semestre tras semestre, fuimos testigos de nuestro propio crecimiento y formación como académicos. Gracias, Emily, por fomentar estos espacios.

A mi comité tutor, que está compuesto por excelentes académicas a las cuales admiro sobremanera:

Guillermina... gracias por la retroalimentación, siempre precisa, que me hacía mirar desde otro ángulo a mi proyecto de investigación. Esos comentarios siempre iban acompañados de palabras de aliento.

Helga... thank you so much for believing in me and my project. I've been a huge admirer of your work for quite some time and having received nothing but kind words and encouragement from you is something I shall treasure forever.

Benilde... gracias por tu entusiasmo en el proyecto y siempre ofrecer espacios de reflexión en torno a nuestra profesión, ya sea en los seminarios o en nuestras sesiones de retroalimentación. Crear utopías es el primer paso para cambiar la realidad...

María... gracias por creer en nuestro proyecto desde el inicio y acompañarme a escudriñar la relación entre el teatro, la vejez y la soledad. Tu apoyo a sido sustancial en mi formación como académico... Sigamos caminando juntos...

A los participantes del taller de teatro. Ha sido todo un privilegio ser testigo de su infinita creatividad y entusiasmo.

Realizar el doctorado ha sido, en general, una experiencia solitaria. No obstante, he sido afortunado en encontrar compañeros y académicos que me han brindado, no solamente conocimientos, sino las palabras adecuadas en momentos precisos. A todos ellos, gracias.

Resumen

En razón del cambio demográfico que ha experimentado México, el estudio del envejecimiento comienza a ser una prioridad. El cambio en la estructura de la población y los adelantos médicos han permitido la extensión de la vida, evidenciando que la etapa de la vejez podría durar más y que el desafío esencial es llegar a edades avanzadas preservando la calidad de vida. Ante esto, en México se reconoció la necesidad de transitar de modelos de intervención asistencialistas hacia modelos de intervención centrados en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Se ha encontrado que los sentimientos de soledad se relacionan de manera directa con la calidad de vida de los adultos mayores y se documentaron algunos trabajos en México que asocian que a menor soledad percibida, mayor es la calidad de vida. De igual manera, se ha reconocido que para transitar a modelos centrados en la calidad de vida de las personas adultas mayores es necesario recopilar las narrativas de este sector de la población para así apreciar aristas de la vida cotidiana, así como hitos en el desarrollo de la vejez. En esta tesis se aborda un taller de teatro como método de intervención e investigación en adultos mayores. El trabajo se divide en dos fases. La fase I tiene como objetivo evaluar los efectos de un taller de teatro sobre la frecuencia de soledad y percepción de calidad de vida de un grupo de adultos mayores funcionales. Se utilizó un diseño de dos grupos pretest y posttest, en dos grupos de participantes adultos mayores (edad: 57-75 años). Se midió la percepción de Calidad de Vida (WHOQoL-OLD) y frecuencia de Soledad (IMSOL-AM). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala participación social de la escala de calidad de vida; tanto en la comparación intra-grupo ($W= 0.024$, $Z= -2.264$, $\alpha=0.05$) como la comparación entre grupos ($U= 0.020$, $Z=2.34$, $\alpha=0.05$). La fase II tiene como objetivo recopilar y analizar las narrativas que tienen los participantes del taller de teatro sobre su propio envejecimiento y contrastarlas a la luz de los diferentes modelos que estudian la vejez. La devolución del análisis permitió conocer los efectos favorables que tiene para los participantes conocer sus historias, pero, sobre todo, la contribución del conocimiento de la experiencia de envejecer para los profesionales de la salud, la población general para el grupo de teatro que, a partir de esta experiencia, tejió redes desde la creatividad. Entre los aportes de este estudio, destaca la vinculación entre la frecuencia de soledad y la percepción de calidad de vida de las personas adultas mayores. Los resultados dan evidencia fundamentada de la utilidad de la experiencia teatral como una opción para posibles intervenciones que promuevan la salud mental en adultos mayores en México.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1.FUNDAMENTO CONCEPTUAL	
Panorama general en torno al envejecimiento	3
Modelos en torno al envejecimiento	6
1.1 Perspectivas conceptuales de calidad de vida	17
La calidad de vida como objeto de estudio en Psicología	18
Algunas variables que intervienen en la calidad de vida	20
1.2 Perspectivas conceptuales en torno a la soledad	21
Estrategias de intervención para reducir la soledad	25
1.3 Perspectivas conceptuales en torno a la expresión creativa	25
Modelos sobre envejecimiento y expresión creativa	27
Expresión creativa como método de investigación e intervención	27
Estudios de bienestar con música en adultos mayores	30
Estudios de bienestar con artes visuales en adultos mayores	32
Estudios de bienestar con danza en adultos mayores	33
Estudios de bienestar con expresión escrita en adultos mayores	34
Estudios de bienestar con teatro en adultos mayores	35
Posibilidades de estudios de bienestar en México	38
2.MÉTODO	
Estrategia de investigación	40
Preguntas de investigación	42
2.1 Fase I: comparación pretest-postest, de las escalas de calidad de vida y soledad	43
Objetivo	
Muestra	
Consideraciones éticas	
Procedimiento	
Resultados	
Integración de hallazgos Fase I	
2.2 Fase II: Narrativas sobre envejecimiento derivadas del taller de teatro	51
Propuesta de análisis	54

Resultados	.....	55
Ejercicio de soledad	.....	55
Síntesis de resultados del ejercicio de soledad	.....	58
Prácticas finales	.....	59
Viñetas en torno a la experiencia del taller	.....	62
Síntesis de resultados de las prácticas finales	.....	64
Evaluación cualitativa del modelo de potencial de envejecimiento	.....	64
Integración de hallazgos Fase II	.....	83
 3. DISCUSIÓN		
3.1 Sobre los efectos de un taller teatro en la percepción de la frecuencia de soledad y calidad de vida en adultos mayores	.....	84
3.2 Sobre las representaciones de la soledad y de la vejez en la narrativa de adultos mayores	.....	89
3.3 A manera de integración analítica	.....	92
3.4 Limitaciones y Alcances	.....	101
3.5 Coda	.....	101
 Referencias	.....	104
Anexos	.....	117
Anexo1. Carta de consentimiento informado		
Anexo 2. Firma de consentimiento informado		
Anexo 3. Cuestionario WHOQoL-OLD		
Anexo 4. Cuestionario IMSOL-AM		

Introducción

México es un país envejecido. Evidencia de esto es poco más del 14% de su población tiene 60 años o más. Debido a los cambios en la esperanza de vida, el envejecimiento es un fenómeno que toma relevancia cada vez mayor en México. En 2015 habían 12.4 millones de adultos mayores de 60 años (INEGI, 2016), mientras que en 2020, esta cantidad aumentó a 15.4 millones (INEGI, 2021). Estos cambios implican desafíos cada vez mayores para identificar las variables relevantes que contribuyen a un envejecimiento saludable y positivo (Giró, 2006).

Hay evidencia al respecto en la literatura especializada sobre la relación de calidad de vida y soledad como variables relevantes en el envejecimiento (González-Celis Rangel, 2009; Montero-López Lena, 1999), no obstante, ambas variables dependen del contexto y cabe preguntarse cuál es la relación de éstas dentro del contexto mexicano. De igual forma, existen muchos tratamientos para favorecer el funcionamiento de adultos mayores: desde una mirada tradicional, hasta tratamientos no convencionales, como lo es el uso de la expresión creativa (Camic, 2008; Clift, 2012; Cohen, 2006; Cohen et al., 2007)

La población senecta es diversa en cuanto a sus necesidades; incluyendo desde ancianos activos y sanos hasta ancianos frágiles y vulnerables. La expresión creativa como actividad resulta beneficiosa ya que involucra un amplio rango de intereses que puede ser atractivo para personas con todo tipo de habilidades funcionales (Price & Tinker, 2014).

Existe evidencia que el involucramiento con actividades artísticas ya sea como observador o como participante, puede incrementar el estado de ánimo, producir emociones y tener un impacto saliente en otros parámetros psicológicos y fisiológicos (Staricoff, 2006). Sin embargo, se ha documentado que el participar y crear tiene aún mayores efectos que la simple observación, cuando de expresión creativa se trata (v.g Noice & Noice, 2004).

A pesar del creciente interés entre gerontólogos de la participación de adultos mayores en talleres artísticos, comparativamente poca atención se les ha dado a talleres de teatro (Bernard et al., 2015). Entre los efectos documentados del teatro en población adulta mayor destacan: mejora en habilidades cognitivas como resolución de problemas y fluidez verbal (Noice & Noice, 2013), aumento en bienestar emocional (Anderson et al., 2016; Yuen et al., 2011); decremento de ansiedad (Davis, 1985); creación de redes sociales de apoyo (Anderson et al., 2016; Mendes, 2016; Miguel, 2016; Ribeiro e cunha, 2012); y descubrimiento de las posibilidades que la vejez presenta a la vida (Anderson et al., 2016; Miguel, 2016; Noice et al., 2015; Ribeiro e cunha, 2012). Sin embargo, no se ha documentado aún su efecto en variables de percepción de calidad de vida y frecuencia de soledad.

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo desarrollar un taller de teatro como método de intervención e investigación en adultos mayores. El trabajo se dividió en dos fases. La fase I tuvo como objetivo evaluar los efectos de un taller de teatro sobre la frecuencia de soledad y percepción de calidad de vida de un grupo de adultos mayores funcionales. La fase II tuvo como objetivo recopilar y analizar las narrativas que tienen los participantes del taller de teatro sobre su propio envejecimiento y contrastarlas a la luz de los diferentes modelos que estudian la vejez.

Finalmente, se propone al teatro como una opción para la manifestación espontánea de los participantes de fenómenos complejos como la percepción de calidad de vida y la frecuencia de soledad.

1. Fundamento conceptual

Panorama general en torno al envejecimiento

En 1982 se llevó a cabo la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que identificó la estrecha relación del envejecimiento de los individuos y de las poblaciones en su conjunto (United Nations, 2016). Los países reunidos reafirmaron solemnemente su convicción de que los derechos fundamentales consagrados en

la Declaración Universal de los Derechos Humanos se aplicaran plena e íntegramente a las personas adultas mayores. Reconocieron que la calidad de vida es tan importante como la longevidad y que las personas mayores deben disfrutar en el seno de sus familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria, considerándoles como una parte integrante de la sociedad.

El 16 de diciembre de 1991 se promulgaron los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, exhortando a los gobiernos a que incorporaran en sus programas nacionales el establecimiento de condiciones de protección y respeto para las personas mayores (United Nations, 2016), entre dichas condiciones destacan:

- Independencia: acceso a programas educativos y de formación adecuados, alimentación, agua, vivienda, vestimenta, vivir en entornos seguros y adaptables, residir en su domicilio cuando sea posible.
- Participación: permanecer integrados a la sociedad, participar en la formulación y aplicación de políticas públicas que afectan su bienestar, compartir conocimientos con generaciones más jóvenes.
- Cuidados: poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad, acceso a servicios de salud, sociales y jurídicos; protección y rehabilitación.
- Autorrealización: Aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, acceso a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos.
- Dignidad: poder vivir con seguridad, libres de explotación y malos tratos físicos y psicológicos, recibir un trato digno independientemente de la edad, sexo, raza, discapacidad y de su condición económica.

En 2002 se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Naciones Unidas con sede en Madrid (UNFPA, 2017), en donde se indicó que corresponde a las comisiones regionales de la ONU traducir dicho instrumento en

planes de acción regionales, y se solicitó a la Secretaría que organizara una conferencia regional intergubernamental sobre el envejecimiento, con la finalidad de acordar una estrategia para poner en práctica el Plan de Acción Internacional de Madrid en América Latina y el Caribe.

Latinoamérica fue la primera región, en todo el mundo, en contar con un instrumento internacional vinculante para promover y proteger los derechos humanos de las personas mayores (UNFPA, 2017). El objetivo de este instrumento consiste en promover, proteger y asegurar el pleno goce del ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores, para contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

México, en el artículo primero de la Constitución, decretó que todas las personas gozan de los derechos humanos reconocidos en la misma y en los tratados internacionales de los que forma parte. En cumplimiento a este mandato, y en concordancia con el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se estableció la necesidad de democratizar la atención de la salud, en beneficio de la ciudadanía (Secretaría de Salud, 2001). De esta manera, el Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento 2014-2018 (IAAM, 2017; Secretaría de Salud, 2001, 2014) se integró al Programa Nacional de Salud para enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.

En la Ciudad de México, el Instituto para la Atención del Adulto Mayor (IAAM, 2017) tiene como misión promover y propiciar el bienestar de las personas adultas mayores y fomentar una cultura de la vejez y el envejecimiento, en la cual las personas adultas mayores sean consideradas sujetos socialmente activos y en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital.

En 2008, hasta 40% de los adultos mayores carecía de seguridad (Shamah-Levy et al., 2008), mientras que en 2016 solamente el 14.4% presentó tal carencia (CONEVAL, 2018), principalmente por la implementación y el crecimiento de programas de pensiones no contributivas de carácter federal y estatal.

En relación con los indicadores de carencias sociales, los adultos mayores han mostrado una mejoría constante (CONEVAL, 2018). Más de la mitad de los adultos mayores de 60 años conserva la salud y no tiene discapacidad alguna, lo cual representa un valioso capital social y una ocasión propicia para fortalecer las acciones de prevención (Instituto Nacional de Geriátría, 2013).

En México, los modelos de intervención correspondientes al envejecimiento y la vejez han transitado del asistencialismo, que desdibuja la capacidad de las personas para ejercer sus derechos, al de apoyo institucional basado en derechos (Instituto Nacional de Geriátría, 2013).

El Instituto Nacional de Geriátría (2013) propone necesario transitar ahora hacia un modelo centrado en la funcionalidad y el bienestar de la persona adulta mayor y su familia. Dicho modelo implica el cambio de paradigma de la curación a cualquier precio, por el de bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. Un requisito indispensable para que el planteamiento anterior pueda funcionar es que se trabaje desde la investigación (Instituto Nacional de Geriátría, 2013), la cual genera conocimiento útil para conformar políticas públicas.

El modelo de funcionalidad se ilustra a continuación:

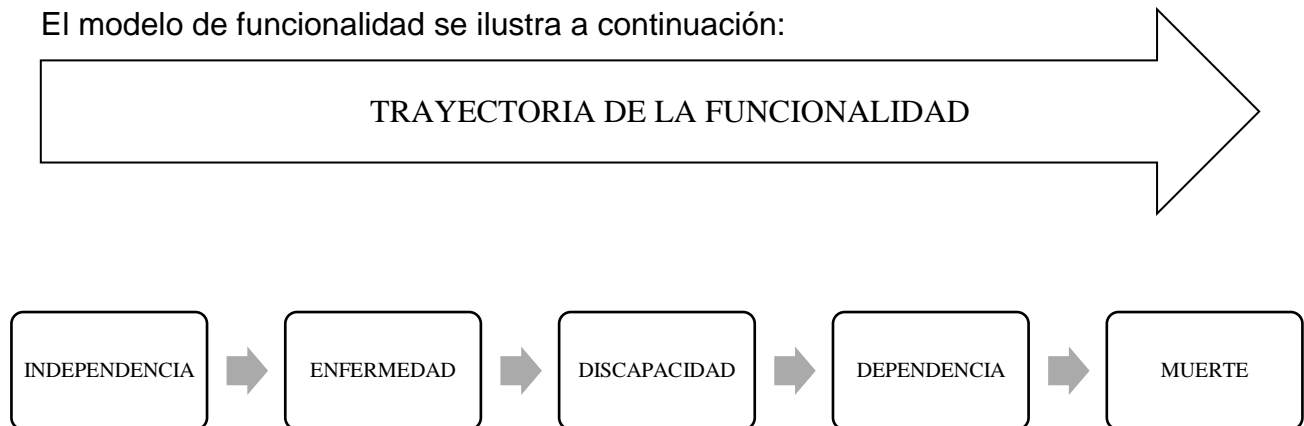


Ilustración 1 Modelo de Funcionalidad en el adulto mayor (Instituto Nacional de Geriátría, 2013)

El modelo proponer un cambio de paradigma hacia el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores. No obstante, la trayectoria de la funcionalidad describe a la vejez en términos negativos de decaimiento; pasando por la enfermedad y la discapacidad antes de la muerte. Resultaría congruente utilizar modelos que arrojan luz a aspectos más positivos de la vejez para lograr la transición hacia el enfoque de bienestar y calidad de vida.

A continuación, se describen algunos modelos clave para entender el envejecimiento en términos más positivos.

Modelos en torno al envejecimiento

El envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en distintas áreas del funcionamiento cognoscitivo y físico (González-Celis, 2002). El proceso de envejecer lleva consigo varios cambios de corte biológico, psicológico y social, por lo que es importante prever las posibles demandas y necesidades de este sector de la población (INEGI, 2005).

La vejez es un fenómeno heterogéneo que describe a grupos de adultos mayores en distintas condiciones, ocupaciones y características (Robles, 2006). Sin embargo, existen componentes en común que pueden dar una pauta para englobarlo.

En términos demográficos, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y otras instancias como la Secretaría de Salud utilizan el criterio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y establecen los 60 años como la edad en la que una persona es adulta mayor (CONEVAL, 2018; INAPAM, 2016). Sin embargo, el CONEVAL (2018) considera a *las personas de 65 años o más como la población de adultos mayores, porque es a partir de esta edad que empiezan a considerarse beneficiarios de los programas de pensiones no contributivas del gobierno federal, tienen acceso a prestaciones sociales por jubilación y es la edad de retiro laboral* (p. 151).

En términos médicos, la salud del adulto mayor está demarcada por los hábitos alimenticios, el fomento a la actividad física, y la prevención de la enfermedad física y deterioro cognitivo (Instituto Nacional de Geriátría, 2013).

En términos de productividad, los adultos mayores son personas que han completado su ciclo laboral y llegan al retiro, o bien son personas que, encontrándose en el mercado informal, reciben el beneficio de la pensión universal (Instituto Nacional de Geriátría, 2013).

En términos fisiológicos, existen cambios en la configuración general (arrugas, cambios en la postura, canas, etc.), pérdidas sensoriales (audición, visión) y disminución de las funciones vitales (afecciones en el funcionamiento endócrino, digestivo, nervioso, renal e inmunitario) (Díaz, 2008; Quintanilla, 2000).

En términos psicológicos, se presentan cambios conductuales, de autopercepción y reacciones específicas frente a los nuevos retos que implica envejecer. Hay un aparente declive intelectual, cognitivo, sexual y de afrontamiento (Fernández-Ballesteros, 2002). Sin embargo, aunque los procesos mentales no son tan eficientes como en etapas anteriores del ciclo vital, pueden ser adaptables a las condiciones de la edad (Stassen & Thompson, 2000).

En términos psicosociales, la vejez también se ha caracterizado por ser una etapa de afrontamiento a pérdidas (Martín, 2008). La duración, impacto en las relaciones y roles desempeñados, así como el significado que se atribuye a la vejez, varían de acuerdo con las condiciones socioculturales en las que se encuentra el individuo (Cinta, 2006). En cuanto a las funciones que desempeña un individuo en su contexto social, en muchos casos, llegar a la vejez representa una ruptura en las funciones realizadas como adulto, por ejemplo, el estatus adquirido como jefe de familia y proveedor económico, tiende a perderse y ser reemplazado por un sentimiento de aislamiento, de poca importancia o poca capacidad en su núcleo familiar (Cinta, 2006)

Así, los cambios y alteraciones físicas, psicológicas y sociales que conlleva la vejez, con frecuencia tienen repercusiones en la vida cotidiana del adulto mayor, aunque en muchos casos, pueden controlarse o corregirse, lo que supone un proceso dinámico de ganancias y pérdidas, que requiere de la optimización de la capacidad adaptativa del individuo ante las demandas biológicas, psicológicas, culturales y medioambientales, con el fin de preservar su identidad afectiva y emocional (Corral, 2008).

Esta adaptación socio-afectiva es influida por cuatro procesos (Martín, 2008):

1. La aceptación del nuevo esquema corporal y de la identidad del adulto mayor.
2. La resolución de los duelos melancólicos por identificación con ese otro que se fue y no se volverá a ver nunca más.
3. El afrontamiento psicológico de la progresiva presencia temática de la muerte sea ésta implícita (cercanía) o a través de las pérdidas reales (familiares, amigos, etc.).
4. La reactivación de toda la problemática en torno a la individuación y la dependencia.

Como resultado de una adaptación adecuada, se ha establecido la categoría de envejecimiento exitoso o activo, en el que existe una optimización y mantenimiento en la áreas física, psicológica y social. Así, el individuo es un sujeto activo en su comunidad y posee conductas que promueven su salud en todos los ámbitos (Baltes & Baltes, 1993; Mendoza-Nuñez & Martínez, 2009; Quintanar, 2003; Rowe & Kahn, 1998).

El interés en la idea de envejecimiento exitoso empezó a florecer en la segunda mitad del siglo XX (Havinghurst, 1961). Butler (1985) se enfocaba en el envejecimiento productivo y la importancia de mantenerse involucrado socialmente y seguir contribuyendo a la comunidad. Featherman, Smith y Peterson (1990) se enfocaron en la competencia adaptativa que se presenta cuando el individuo responde a los cambios en su cuerpo, mente y su ambiente. Las perspectivas médicas han enfatizado optimizar la expectativa de vida, al mismo tiempo que se

minimice el deterioro asociado al envejecimiento (Baltes & Baltes, 1993). Rowe y Kahn (1987) distinguieron entre un envejecimiento normal, o lo que la gran mayoría de los adultos mayores experimentan, y envejecimiento activo, en donde el individuo evita la pérdida funcional o mejora sus capacidades funcionales. Garfein y Herzog (1995) propusieron el envejecimiento robusto, en donde los individuos se caracterizan por altos niveles de funcionalidad en cuatro dimensiones: involucramiento productivo, estado afectivo, estado funcional, y estado cognitivo.

Rowe y Kahn, (1998) explicaron que el envejecimiento exitoso está grandemente asociado con la elección del estilo de vida, dieta, ejercicio e involucramiento con otros. El término envejecimiento exitoso se refiere a aquel envejecimiento que refleja un mínimo de problemas “típicos” y un mínimo de deterioro; es decir, un modelo de envejecimiento con dos elementos: signos y síntomas; que se mantienen en niveles saludables, no hay presencia de enfermedad o malestar o éstos se mantienen al mínimo.

Ryff (1989) identificó seis criterios para definir envejecimiento exitoso: i) interacciones positivas con los demás; ii) sentido de un propósito en la vida; iii) *autonomía*; iv) autoaceptación; v) crecimiento personal y vi) ajuste al ambiente.

Baltes, y Baltes (1990) propusieron un modelo de envejecimiento exitoso que derivó de un esquema de 7 propuestas que se enlistan a continuación:

1. **Existen grandes diferencias entre envejecimiento normal, óptimo y patológico:** el envejecimiento normal es aquel que no presenta desórdenes mentales ni físicos, es el envejecimiento mayoritario en la población; el envejecimiento óptimo representa una utopía en donde el individuo se desarrolla plenamente en un ambiente amigable con la vejez; el envejecimiento patológico es aquel en donde la enfermedad y el deterioro físico y cognitivo se hacen presentes.
2. **Existe mucha heterogeneidad (variabilidad) en el envejecimiento:** el envejecimiento es un fenómeno universal, pues todos envejecemos, pero a la vez, heterogéneo, ya que todos lo hacemos de manera distinta.

3. **Existe evidencia de capacidad de reserva conductual, cognitiva y funcional durante la vejez (plasticidad cerebral):** la mayoría de las personas mayores cuentan con la habilidad de desarrollar su capacidad conductual, cognitiva y física, mediante intervenciones, entrenamiento, o aprendizaje.
4. **Existe un límite para esta capacidad de reserva en la vejez:** no obstante la premisa anterior, la capacidad de plasticidad es más reducida en la vejez, comparada con la juventud.
5. **La pragmática basada en conocimiento y el uso de la tecnología pueden retrasar el decaimiento cognitivo durante el envejecimiento:** se ha visto que se puede desarrollar estrategias a lo largo de la vida para que la reserva conductual, cognitiva y funcional sea mayor en la vejez. Esto, aunado al uso de la tecnología (anteojos, aparatos cocleares, etc.) puede subsanar el decaimiento asociado al envejecimiento.
6. **En la vejez, el balance entre ganancias y pérdidas se vuelve menos positivo:** las tareas cotidianas exceden la reserva cognitiva, funcional y conductual durante la vejez. Esta dinámica negativa puede ser reducida si las sociedades se estructuran para compensar la vulnerabilidad de la vejez.
7. **El *self* se mantiene resiliente en la vejez:** no obstante todos los hallazgos que colocan a la vejez en una situación vulnerable, no se han encontrado diferencias en la satisfacción con la vida de jóvenes y adultos mayores. Esto debido al constante ajuste de metas y expectativas que el adulto mayor experimenta a lo largo de la vida.

A partir de este esquema de propuestas derivaron un modelo de envejecimiento exitoso que involucra selección, optimización y compensación para adaptarse al entorno.

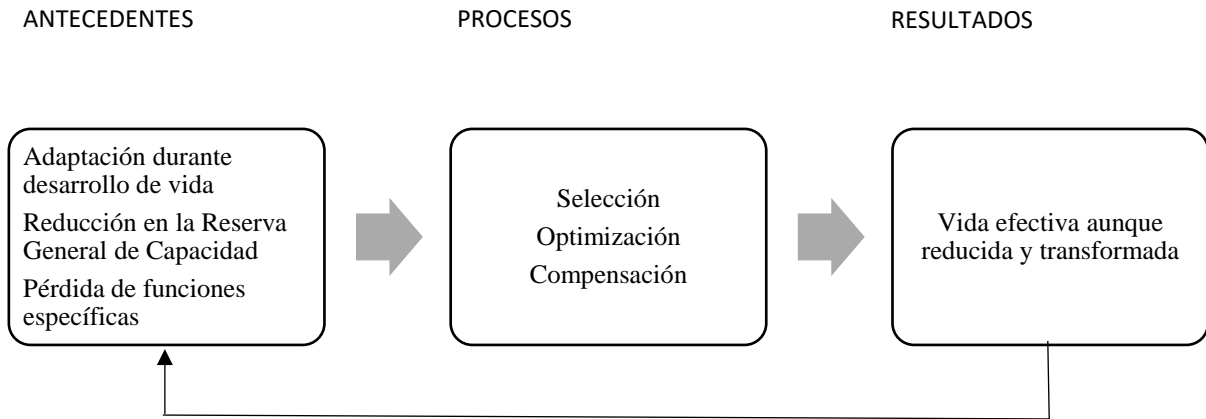


Ilustración 2 Modelo de selección, optimización y compensación (Baltes y Baltes, 1990). El proceso ocurre durante toda la vida, pero es amplificado durante la vejez.

El elemento de selección implica incrementar las restricciones de la vida a un menor número de dominios funcionales, dada la pérdida en el rango de potencial adaptativo en la vejez. Es decir, el proceso de selección implica que las expectativas del individuo son ajustadas para permitir la experiencia subjetiva de satisfacción, así como de sensación de control. Por ejemplo, seleccionar tareas mucho más sencillas que aumentan en dificultad.

El elemento de optimización implica la capacidad que tiene el individuo de maximizar, en calidad y cantidad, su toma de decisiones y sus procesos conductuales asociados. Por ejemplo, utilizar la experiencia para la resolución de tareas similares y reconocer las propias habilidades.

El elemento de compensación resulta de las restricciones del rango de potencial adaptativo, mediante el uso de técnicas psicológicas, o el uso de tecnología. Por ejemplo, el uso de mnemónicos cuando los mecanismos de memoria son insuficientes, o el uso de aparatos cocleares para reducir la sordera.

Mediante el desarrollo de estos procesos, los individuos pueden contribuir a su propio envejecimiento exitoso.

Walker (2002) criticó los modelos de envejecimiento exitoso, catalogándolos de idealistas. Defiende, en cambio, el modelo de envejecimiento activo, acuñado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2000), que combina la importancia de mantener a los adultos mayores activos, con la promoción de su calidad de vida, tanto física como mental. Este modelo define el mantenerse activo, como cualquier actividad, no sólo el trabajo, que repercuta positivamente en el individuo y su comunidad.

Como se ha visto, estos modelos tienen como característica común personas que llegan a la vejez con recursos físicos y psicosociales óptimos, que se mantienen independientes y productivas y que poseen una actitud positiva ante la vida.

Fisher (1992, 1995) utilizó una aproximación fenomenológica y diferenció envejecimiento exitoso de satisfacción con la vida. El primero está orientado a estrategias de afrontamiento en la vejez y el mantenimiento de una actitud positiva, mientras que la segunda se asocia a expectativas del pasado vinculadas con las circunstancias del presente.

Gergen y Gergen (2001) criticaron las investigaciones que se enfocaron en la asociación de la vejez con el deterioro físico y psicológico, pues a pesar de que estas investigaciones contaban con rigor científico, no estaban exentas de críticas, por lo que los autores se enfocaron en investigaciones que ilustraban los casos en los que los adultos mayores florecían.

Ante esto, propusieron el envejecimiento positivo (Gergen & Gergen, 2001); en donde se postula que no hay proceso de envejecimiento como tal, sino que el discurso sobre éste es construido socialmente a través de narrativas, que implican la colaboración y negociación de las relaciones interpersonales que surgen en una determinada cultura.

Las narrativas no retratan la realidad, son solo un reflejo de las formas sociales que crean un sentido de lo que las personas perciben como verdad (Gergen, 1996). Establecen relaciones coherentes entre acontecimientos relevantes para cada

persona a través del tiempo. Las narrativas contienen componentes que permiten hacerlas inteligibles, otorgando un sentido de coherencia, de dirección y de realidad a la vida de las personas (Gergen & Gergen, 1986): (i) un punto final apreciado, acontecimiento a explicar, alcanzar o evitar; (ii) acontecimientos relevantes seleccionados, para acercarse o alejarse de la meta; (iii) ordenación de los acontecimientos: por importancia, valor de interés, por oportunidad o por secuencia lineal; (iv) estabilidad de la identidad de los personajes a través del tiempo; (v) vínculos o explicaciones causales del resultado; (vi) señales, palabras o frases que indican el principio y el fin del relato.

La vinculación y evaluación de cada acontecimiento relevante da lugar a formas narrativas básicas y complejas (Gergen, 1996).

Dentro de las narraciones básicas se encuentran:

- i) Narraciones estables, en donde la vinculación de los acontecimientos no es alterada con respecto a la trayectoria del individuo hacia la meta. La vida no es ni mejor ni peor, es continua.
- ii) Narraciones progresivas, en donde la evaluación a lo largo del tiempo incrementa. La vida va mejor.
- iii) Narraciones regresivas, en donde la evaluación a lo largo del tiempo decrementa. La vida va peor.

Dentro de las narraciones complejas se encuentran:

- i) Narración trágica, donde se combina una narración progresiva, seguida de una regresiva.
- ii) Narración comedia-novela, es una narración regresiva seguida de una progresiva.
- iii) Narración del mito ¡y vivieron felices para siempre!, una narración progresiva, seguida de una estable
- iv) Narración epopeya heroica, en donde se combinan varias narraciones progresivas y regresivas

Las formas narrativas posibles de construir y reconstruir son infinitas, pero el repertorio de posibilidades se puede ver limitado por la utilidad social de éstas y la cultura. (Gergen, 1996).

Con esta perspectiva, desarrollaron un modelo, el cual llamaron diamante de la vida, con cuatro elementos interrelacionados para desarrollar un envejecimiento positivo:

1. Recursos relacionales: Familiares y amigos que brindan apoyo, compañeros de conversación y colegas
2. Bienestar físico: funcionamiento óptimo del cuerpo y el cerebro
3. Estados mentales positivos: La sensación de bienestar, optimismo y felicidad
4. Actividades motivacionales: Participación en actividades físicas, mentales y sociales

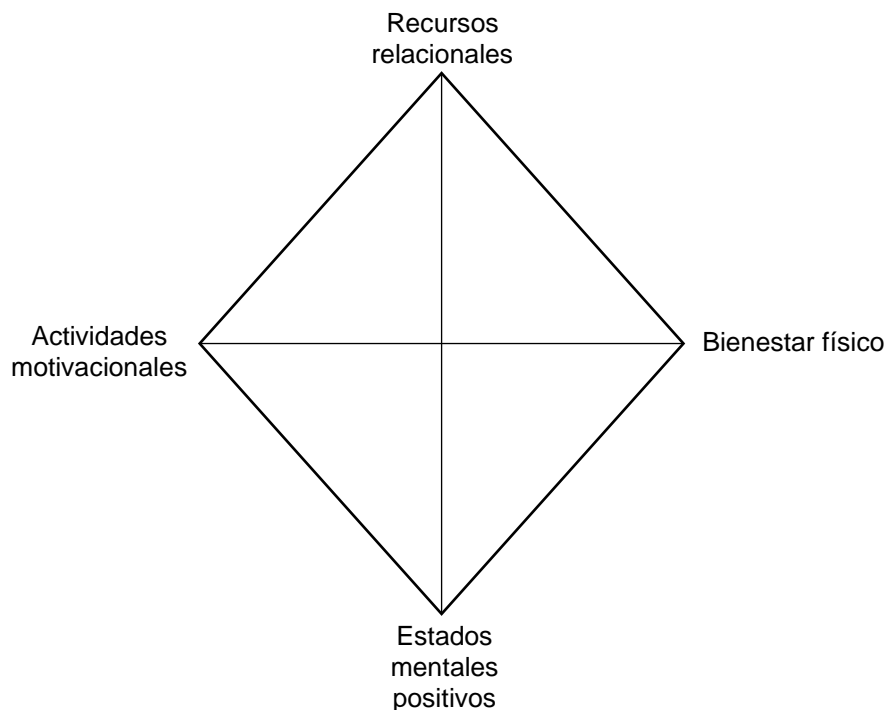


Ilustración 3 Diamante de la vida (Gergen y Gergen 2001, pg 10)

Esta perspectiva, abre el campo para considerar las narrativas de los adultos mayores, en la construcción de modelos que rescaten los aspectos positivos de envejecer.

De manera paralela, aunque fuertemente asociado a las narrativas, Cohen (2006;2011) propuso un modelo que hace énfasis, no solo en los aspectos positivos de la vejez, sino también en el potencial que tiene el adulto mayor de generar nuevos desafíos y experiencias en su vida.

El modelo de potencial de envejecimiento consta de 4 etapas de desarrollo:



Ilustración 4: Modelo de potencial de envejecimiento (Cohen, 2011)

1. **Reevaluación de la mediana edad:** Los planes y acciones a realizar son detonados por una sensación ya sea de crisis, o de empresa. La mediana edad es una época importante para la expresión del potencial humano porque combina la capacidad de introspección y reflexión con un poderoso deseo de generar significado en la vida. Esta sensación se convertirá en un catalizador de la creatividad.
2. **Liberación:** Los planes y actos son moldeados a partir de una sensación personal de libertad para hablar y decir lo que se piensa y hacer lo que se tiene que hacer. Con el retiro laboral -común durante esta etapa- hay una gran sensación de liberación y el tiempo para realizar cosas distintas. El arte se vuelve una opción para muchos.
3. **Recapitulación:** Planes y actos son moldeados a partir de un deseo por encontrar un mayor significado a lo que se ha hecho. En esta etapa, la gente se siente deseosa de compartir la sabiduría acumulada. Esta etapa también

sirve para arreglar asuntos pendientes, usando estrategias nuevas y creativas, como lo es inmiscuirse en actividades artísticas, cuando en la juventud no hubo oportunidad de hacerlo.

4. **Encore:** En esta etapa, los planes y acciones son moldeados a partir del deseo de reafirmar y redefinir temáticas importantes que surgieron durante la vida, pero también por el deseo de explorar variaciones novedosas de lo que se ha vivido. La decisión de vivir lo mejor posible hasta el final generalmente influencia decisiones para organizar reuniones familiares y otros eventos.

Podemos conceptualizar la vejez como una etapa en donde el individuo se enfrenta a importantes cambios y pérdidas; por una parte, existe un deterioro fisiológico importante; por otra parte, el retiro, los cambios familiares y las pérdidas de seres queridos afectan de manera importante su identidad y desempeño social y psicológico.

En Psicología, se aborda el fenómeno de la vejez como una etapa más del ciclo vital (Corral, 2008) con características propias del desarrollo. Al respecto, Erikson (1985) mencionó que, para los adultos mayores, uno de los retos más significativos es encontrar significado en la edad senecta, así como lidiar con episodios de soledad mientras transitan, de manera natural, hacia el final de la vida. Estos retos en la edad senecta tienden a ocurrir en un sistema diverso de interacciones sociales, como la familia, la comunidad y el contexto sociocultural. No es suficiente aumentar los años de vida, sino garantizar que los adultos mayores tengan acceso a una calidad de vida en términos físicos y psicosociales (Rivero Weber, 2013).

Como se ha revisado, en México se cuenta con una población adulta mayor heterogénea; por una parte, poco más de la mitad de los adultos mayores mexicanos conserva la salud y no tiene discapacidad alguna (CONEVAL, 2018), pero por el otro, una fracción significativa del total (20%) se encuentra en condición de fragilidad, es decir, en la antesala de la discapacidad y la dependencia (Instituto Nacional de Geriátrica, 2013). Los modelos revisados no pretenden dejar de lado la vulnerabilidad existente en este grupo etario, los cuales se encuentran en

situaciones de pobreza, soledad crónica o fragilidad, sino construir nuevas maneras de envejecer y posibilitar al individuo expandir nuevas formas de autodescubrimiento. Para ello, estudiar las variables que juegan un papel en la construcción de la vejez resulta pertinente. Para efectos de este trabajo se utilizaron dos: calidad de vida y soledad. La primera, al ser una variable destacada en los modelos de envejecimiento exitoso (Baltes, & Baltes, 1990), activo (Walker, 2002) y positivo (Gergen & Gergen, 2001). La segunda, al ser una variable crítica que va ganando terreno en el estudio de la vejez (Montero-López-Lena & Rivera-Ledesma, 2009; Pinquart & Sorensen, 2001).

Los trabajos descritos anteriormente sobre satisfacer las necesidades de los adultos mayores a nivel mundial (CONEVAL, 2018; IAAM, 2017; Instituto Nacional de Geriátría, 2013; Secretaría de Salud, 2001; UNFPA, 2017), así como los modelos sobre envejecimiento exitoso (Ryff, 1989), activo (Walker, 2002), positivo (Gergen & Gergen, 2001) y potencial de envejecimiento (Cohen, 2006, 2011) hablan sobre la promoción de la calidad de vida de este sector de la población. No obstante, la calidad de vida es una variable estudiada desde distintas disciplinas. A continuación, se describe un panorama general en torno a las definiciones conceptuales de esta variable.

1.1 Perspectivas conceptuales de calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multidimensional que abarca aspectos objetivos y subjetivos del individuo, también comprende aspectos positivos y negativos con interconexiones complejas (Grundy & Bowling, 1999). La calidad de vida es dinámica ya que varía considerablemente entre individuos y a través de la vida (Evandrou & Glaser, 2004).

Dada la complejidad del concepto de calidad de vida, así como las aproximaciones en las diversas disciplinas que lo abordan, no hay un acuerdo general en cómo definir y medir el concepto calidad de vida en la vejez; sin embargo, diversos esfuerzos se han realizado para crear una teoría que permita la aproximación sistemática a este fenómeno.

Bowling (2004; en Walker & Mollenkorf, 2007) distingue entre las definiciones macro (social, objetivas) y micro (individual, subjetivas) de calidad de vida:

- Entre las definiciones macro se encuentran la calidad de vivienda, el nivel educativo, los ingresos económicos, el empleo y otras circunstancias ambientales y de vida.
- Entre las definiciones micro, se encuentran las percepciones generales sobre calidad de vida: los valores y las experiencias individuales, así como indicadores proximales como el bienestar subjetivo, la percepción de felicidad y la satisfacción con la vida.

La calidad de vida como objeto de estudio en Psicología

Walker & Mollenkorf, (2007) definen ocho modelos de calidad de vida que pueden ser aplicados y adaptados a los estudios gerontológicos:

1. Modelos que utilizan indicadores objetivos sociales de estándares de vida, salud y longevidad, tomando en cuenta ingresos, riqueza, morbilidad y mortalidad (Hörnquist, 1982).
2. Modelos de satisfacción de necesidades humanas (Bigelow et al., 1991; Maslow, 1954) en donde son medidas tomando como referencia el grado de satisfacción subjetiva del individuo.
3. Modelos con indicadores subjetivos sociales de satisfacción con la vida. bienestar psicológico, moral, autoestima y felicidad, medidas con escalas y pruebas psicométricas estandarizadas (Bradburn, 1969; Clarke et al., 2000; Lawton, 1983; Roos & Havens, 1991; Veenhoven, 1999).
4. Modelos sobre capital social concebidos como recursos personales, medidos a través de indicadores de redes sociales, apoyo, participación en actividades e integración a la comunidad (Bowling, 1994; Knipscheer, 1995).
5. Modelos sobre recursos ecológicos y ambientales que consideran indicadores objetivos tales como los índices de criminalidad, calidad de la vivienda, acceso al transporte público, así como indicadores subjetivos como satisfacción con su residencia, amenidades locales, transporte, competencia

tecnológica, percepción de seguridad personal y de valores vecinales (Mollenkopf et al., 2007).

6. Modelos sobre salud y funcionalidad enfocadas a la capacidad/incapacidad física y mental (Graham, Beaumont & Kenealy, 2004; Verbrugge, 1995).
7. Modelos psicológicos sobre competencia cognitiva, *autonomía*, autoeficacia, adaptación (Grundy & Bowling, 1999).
8. Modelos hermenéuticos con énfasis en los valores, interpretaciones y percepciones individuales. (O'boyle, 1997; Power et al., 2005). Estos modelos incluyen las teorías implícitas que los adultos mayores tienen sobre su calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1997, 2011). Dichas teorías pueden ser significativas para comparaciones transculturales que contribuyen al entendimiento universal de la calidad de vida.

En términos empíricos, la calidad de vida en adultos mayores está asociada a la buena salud y habilidad funcional, la sensación de utilidad y adecuación personal, la *participación social*, la disponibilidad de contacto y apoyo social y el estatus socioeconómico. (Knipscheer, 1995).

Sin embargo, las prioridades de estos elementos cambian dependiendo de si la persona se encuentra viviendo en comunidad o en alguna institución de cuidados. Los primeros, valoran más la integración social, mientras que los segundos, la calidad del ambiente en el que viven (Fernández-Ballesteros, 1997).

Valorar y medir la calidad de vida en el adulto mayor ha fungido como un indicador de bienestar general y de salud (Saucedo, 2018). A partir del desarrollo de la escala WHOQoL-OLD (Power et al., 2005) se identificaron seis subescalas en la percepción de Calidad de Vida en adultos mayores:

- i) *capacidad sensorial*, vinculada a la percepción que tiene el individuo sobre la posible pérdida de alguno de sus cinco sentidos, reconociendo si existen limitaciones o no para su vida diaria;
- ii) *autonomía*, es la capacidad que tiene el individuo de tomar sus propias decisiones y ser consciente de las consecuencias de sus actos;

- iii) *actividades pasadas, presentes y futuras*, referida el grado de satisfacción que tiene el individuo en relación con lo que ha vivido y espera continuar viviendo de tal forma que lo pueda describir;
- iv) *participación social*, es el proceso en el que un individuo asume que está realizando actividades continuas en su comunidad sintiéndose útil y activo;
- v) *intimidad*, referida al desarrollo de sus emociones, así como a la capacidad de dar y recibir afecto de sus parejas;
- vi) *muerte y agonía*, vinculado al pensamiento del individuo acerca de su destino final incluyendo el temor de sentir dolor o sufrir por la agonía.

Este instrumento fue traducido y validado para población mexicana (González-Célis & Gómez-Benito, 2013) utilizando una muestra de 285 adultos mayores de 60 años.

En términos psicológicos, la calidad de vida abarca la relación del individuo con tres dimensiones globales (González-Celis, 2002):

- i) el estado funcional, es decir, aquello que la persona es capaz de hacer;
- ii) el acceso a los recursos y las oportunidades para usar esas habilidades con el fin de lograr sus objetivos;
- iii) la sensación de bienestar que hace referencia al nivel de satisfacción.

Algunas variables que intervienen en la calidad de vida

Dada la importancia de mejorar la salud y bienestar de la población adulta mayor, se han identificado variables asociadas a la calidad de vida de este sector. Se encontró que variables como la actividad física y el apoyo social percibido tienen un efecto positivo en la calidad de vida de las personas adultas mayores (Hui et al., 2009; Kang et al., 2018; Lampinen et al., 2006), mientras que variables como la soledad, tienen un efecto negativo, al estar relacionada con sintomatología depresiva (Cacioppo et al., 2010; Kang et al., 2018; Tiikkainen & Heikkinen, 2005).

La soledad es una variable que afecta de manera negativa la calidad de vida de las personas, en todos los dominios (González-Celis Rangel, 2009). González-Celis y

Lima (2017) concluyeron que a menor soledad percibida, mayor es la calidad de vida de un individuo. Dicha evidencia derivó de una muestra de 149 adultos mayores mexicanos a quienes les aplicaron una batería de instrumentos que relacionaba calidad de vida (WHOQoL-OLD), autoeficacia (AeRAC breve), bienestar percibido (Ryff), y depresión (Geriatric Depression Scale, GDS) con soledad, la cual no fue evaluada con un instrumento validado en población mexicana, sino a partir de reactivos específicos de los instrumentos antes mencionados. Ello sugiere la pertinencia de utilizar un instrumento específico para medir soledad en adultos mayores para contrastar estos resultados.

Quiroz et al. (2017) analizaron el efecto de la soledad como predictor de depresión y de calidad de vida. A partir de la participación de 489 adultos mayores mexicanos, quienes completaron la escala ESTE de Rubio y Aleixandre (soledad), escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el WHOQoL-OLD, concluyeron que la percepción de soledad social y familiar son las dimensiones de soledad que principalmente explican los síntomas de depresión y el deterioro en la calidad de vida.

1.2 Perspectivas conceptuales en torno a la soledad

La soledad se define como la discrepancia entre el deseo y la realidad percibida de relaciones sociales de un individuo (Peplau & Cutrona, 1980). Aunque muchas veces se ha asociado con aislamiento social, son términos distintos. El aislamiento social refleja la medida objetiva de interacciones y relaciones sociales, mientras que la soledad refleja el aislamiento percibido (Masi et al., 2011). La soledad también se define como el sentimiento estresante que acompaña la percepción de que las necesidades sociales personales no están siendo satisfechas o que la calidad de éstas no es óptima, así, la soledad está más asociada a la calidad que la cantidad de las relaciones personales (Peplau & Cutrona, 1980; Pincuart & Sorensen, 2001; Wheeler et al., 1983).

La soledad es una experiencia común, 80% de los jóvenes menores de 18 años y 40% de los adultos mayores de 65 años reportan haberse sentido solos alguna vez (Berguno et al., 2004; Pincuart & Sorensen, 2001). Estos niveles de soledad

disminuyen gradualmente durante de la edad adulta e incrementan en la vejez (Pinquart & Sorensen, 2001).

Por este motivo, se ha planteado la soledad como un concepto biológico y psicológico, como una señal aversiva que nos motiva a volvernos sensibles a posibles amenazas sociales y a procurar las conexiones interpersonales que nos mantienen sanos, seguros y prósperos (Boomsma et al., 2005; Heatley-Tejada et al., 2017).

Los sentimientos de soledad motivan la conexión o reconexión de redes interpersonales para decrementar la sensación de aislamiento social después de un cambio geográfico o un duelo (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Sin embargo, es posible que los estados de soledad se vuelvan crónicos y las conexiones sociales significativas sean percibidas como dañadas o no disponibles. Esto tiene efectos adversos en la salud, cognición, emoción y conducta de los afectados (Boomsma et al., 2005; Cacioppo & Hawkley, 2009; Heinrich & Gullone, 2006; Theeke, 2009).

Investigaciones longitudinales han indicado que la soledad predice incrementos en morbilidad y mortalidad, así como la aceleración del envejecimiento fisiológico (Caspi et al., 2006; Hawkley & Cacioppo, 2007; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010; Thurston & Kubzansky, 2009). Estos resultados sugieren que las interacciones sociales construyen el *self* de una persona, a manera de andamio y la experiencia solitaria puede debilitar este apoyo y con esto, el *self* se viene abajo.

Montero y Sánchez-Sosa (2001) conciben a la soledad como un fenómeno con tres características esenciales:

1. Es multidimensional, pues involucra aspectos de personalidad de interacción social y de habilidades conductuales.
2. Es un fenómeno subjetivo y potencialmente estresante, ya que depende de la interpretación que haga el sujeto de la situación que está viviendo para

que la carencia afectiva-social y/o física que identifique sea evaluada como una situación negativa, o bien, como una oportunidad de autoconocimiento.

3. Es secuencial, ya que puede estudiarse como un proceso que tiene antecedentes, manifestaciones y consecuencias, que varía en intensidad y duración a través de factores contribuyentes físico-situacionales, socioculturales y de personalidad, (pág. 21).

Cacioppo et al. (2006;2009) proponen un modelo de soledad en donde el aislamiento social es equivalente a sentirse inseguro y esto dispara una hipervigilancia implícita a las amenazas sociales en el ambiente. Esta vigilancia hacia el ambiente produce sesgos cognitivos en los individuos solitarios, quienes ven el mundo como un lugar más amenazante, esperan mayor número de interacciones sociales negativas y recuerdan más información social negativa. Las expectativas sociales negativas, tienden a producir conductas en otros que confirman las expectativas de la persona solitaria; de esta forma, se comienza una especie de profecía autocumplida en donde las personas solitarias se distancian de lo que serían compañeros sociales porque creen que la distancia social se debe a los demás y está fuera de su control Este proceso auto-reforzado es acompañado por sentimientos de hostilidad, estrés, pesimismo, ansiedad y baja autoestima (Cacioppo & Hawkley, 2009) y representa una tendencia disposicional que activa mecanismos conductuales y neurobiológicos que contribuyen a resultados de salud adversos.

Una de las consecuencias de la soledad crónica es la capacidad disminuida para la autorregulación: la regulación emocional incrementa la habilidad de regular conductas de autocontrol (Tice & Bratslavsky, 2000). En adultos mayores, el incremento de soledad está asociado a un decremento en el esfuerzo aplicado al mantenimiento y optimización de emociones positivas (Cacioppo & Hawkley, 2009). La afectación de la regulación emocional en individuos solitarios explica la disminución de su actividad física a lo largo del tiempo. La actividad física es un factor de protección para la salud física y mental, así como para el adecuado funcionamiento cognitivo (Penedo y Dahn; en Hawkley & Cacioppo, 2010) por lo

que una pobre regulación emocional puede contribuir a riesgos asociados a la soledad debido a que ésta reduce el involucramiento en conductas -como hacer ejercicio- que promueven la salud.

En síntesis, la soledad se define como *un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto* (Montero & Sánchez-Sosa, 2001, pág 11.).

La depresión es uno de los padecimientos psicosociales que se vinculan con la vejez de manera destacada. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2017), la depresión figura entre las afecciones de salud mental más relevantes que presenta el adulto mayor en México.

Una muestra de adultos mayores mexicanos evidenció que existe una alta correlación entre depresión y soledad; aunque sean variables independientes cuyo estudio debe ser particular (Montero-López Lena, 1998). A pesar de que la alta correlación que existe entre ambas variables (Montero-López Lena, 1999), ésta no es bidireccional; la soledad es un buen predictor del incremento en sintomatología depresiva en intervalos de un año, pero los síntomas depresivos no predicen incrementos en soledad en el mismo intervalo (Cacioppo et al., 2010). Por tanto, intervenir en la sintomatología solitaria tendría un efecto preventivo sobre el desarrollo de la depresión, pues el impacto de la soledad sobre el funcionamiento psicológico del adulto mayor dependerá de la interpretación que haga éste de sus carencias afectivas, de tal suerte, que la soledad puede ser interpretada de manera negativa, o como una oportunidad de crecimiento personal (Montero-López-Lena & Rivera-Ledesma, 2009).

A partir del desarrollo de la escala IMSOL-AM (Montero-López-Lena & Rivera-Ledesma, 2009); se identificaron dos dimensiones cruciales para que el adulto mayor mexicano sienta soledad: i) insatisfacción personal, mide qué tanta discordancia hay entre el nivel deseado y logrado de *intimidad* afectiva; ii) alienación familiar, hace referencia a qué tan frecuente la persona percibe que tiene un déficit

en la cantidad de afecto que recibe por parte de sus familiares (Montero-López-Lena & Rivera-Ledesma, 2009). De esta forma, es factible contribuir a la generación de estrategias de intervención psicológica que reduzcan el impacto negativo de la experiencia solitaria que puede llegar a sentir la persona mayor mexicana.

Estrategias de intervención para reducir la soledad

Revisiones cualitativas han identificado cuatro estrategias principales de intervención para reducir la sensación de soledad (Masi et al., 2011):

1. Mejorar habilidades sociales
2. Mejorar el apoyo social
3. Incrementar las oportunidades de contacto social
4. Identificar las cogniciones sociales no adaptativas

Montero y Sánchez Sosa (2001) sostienen que la soledad es un concepto multidimensional, psicológico y estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas que afecta el funcionamiento y la salud física y psicológica del individuo y, por ende, la calidad de vida. No obstante, ambas variables dependen del contexto y cabe preguntarse cuál es la relación de éstas dentro del contexto mexicano. Para hacerlo, se puede recurrir a intervenciones no convencionales, como lo es el uso de la expresión creativa (Camic, 2008; Clift, 2012; Cohen, 2006; Cohen et al., 2007).

1.3 Perspectivas conceptuales en torno a la expresión creativa

La expresión creativa, como capacidad de generar ideas o resolver problemas, se vincula directamente con el desarrollo de las personas, representa una parte importante del potencial humano y del envejecimiento. De acuerdo con Cohen (2006), si la creatividad es promovida a lo largo de la vida, sería capaz de transformar, cambiar y mejorar la existencia.

Existe evidencia significativa de la utilidad psicológica de las artes (Aiken, 1998, 2001; Dissanayake, 1992, 1998, 2000). Las artes han existido en distintas formas

utilizando diferentes herramientas. Desde los tiempos del *homo erectus* (Camic, 2008) y mucho antes de la era del *homo sapiens*. En cada cultura prehistórica, antigua y contemporánea podemos encontrar algún ejemplo de lo que denominamos actualmente arte (Camic, 2008; Dissanayake, 1992; Marshack, 1991).

Dissanayake (1998) propone que las artes como expresión creativa siguen existiendo porque son un aspecto de la cultura que permite a los humanos crear sentimientos de mutualidad y facilita la necesidad de pertenecer, encontrar y crear significado, así como ganar competencia física en un área en particular, todo lo cual es importante en términos evolutivos.

Aunque resulta imposible establecer exactamente cuáles eran las respuestas emocionales de los humanos de antaño cuando creaban arte, es posible que el arte sirviera a dos propósitos: la necesidad de entender lo desconocido y la elaboración de lo ordinario y usual en algo especial (Dissanayake, 2000). Las emociones están involucradas en ambos propósitos. La tensión y ansiedad asociadas a lo desconocido pudieron haber sido reducidas a través del movimiento y la elaboración de sonido, que a su vez se convirtieron en rituales con una gran carga emocional. De igual manera, las cosas ordinarias de la vida cotidiana, como las herramientas y lugares de vivienda fueron decoradas con colores y diseños que aumentaban su atractivo emocional (Coss, 1968). Usar las artes para reducir tensión, incrementar la pericia y desarrollar soluciones estéticas en respuesta a las incertidumbres relacionadas con la salud y el envejecimiento, son áreas en donde la psicología y la expresión creativa pueden trabajar juntas.

Este conjunto de conductas apoya las bases bio-conductuales de las artes como promotores de salud y provee a los psicólogos un amplio rango de opciones para intervenir y fomentar la salud (Camic, 1999; Chapman, Morabito, Ladakakos, Schrier, & Knudson, 2001; Schorr, 1993).

Modelos sobre envejecimiento y expresión creativa

La población senecta es diversa en cuanto a sus necesidades, incluyendo desde ancianos activos y sanos hasta ancianos frágiles y vulnerables. La expresión creativa como actividad resulta beneficiosa ya que involucra un amplio rango de intereses que pueden ser atractivos para personas con diversos tipos de habilidades funcionales (Price & Tinker, 2014).

Hay un argumento importante en cuanto a involucrar a la Psicología en el estudio del arte y la expresión creativa, la idea de que la expresión creativa puede hacer una contribución poderosa al proceso de curación ha sido adoptada en muchas culturas diferentes. A lo largo de la historia registrada, las personas han usado imágenes, historias, bailes y cánticos como rituales de curación (Stuckey & Nobel, 2010).

Expresión creativa como método de investigación e intervención

Toda intervención psicológica implica, en menor o mayor medida, algún cambio conductual, cognitivo o alguna integración emocional. De igual manera, la expresión creativa en las artes implica que los participantes piensen de manera distinta, actúen en distintos escenarios y modulen una plétora de emociones. Por tanto, resulta raro que la psicología aplicada, en su mayor parte, haya dejado de lado los efectos que tiene la expresión creativa sobre la salud mental de las personas (Camic, 2008). No obstante, se han hecho esfuerzos por unir ambas disciplinas (Cohen et al., 2007; Staricoff, 2006).

Cohen (2006) señala que la expresión creativa promueve la salud en cuatro ejes principales:

1. **Desarrolla un mecanismo de sensación de control:** La relevancia de la sensación de control en la salud es más pronunciada en la segunda mitad de la vida (Rodin, 1986). El sentido de control en un área incrementa la comodidad de explorar nuevos retos en general. Aunque es importante recalcar que la sensación de control puede producir resultados negativos,

particularmente si el control es algo no deseado o que represente demasiada responsabilidad (Rodin, 1989).

2. **Influencia de la mente sobre el cuerpo** Las emociones positivas asociadas a una sensación de control funcionan como un detonador de una respuesta en el cerebro que manda una señal al sistema inmunológico para producir más células inmunológicas beneficiosas. De igual forma, un ambiente social que apoya al sujeto, ayuda a una mejor respuesta del sistema inmune (Jones, 2003; Kiecolt-Glaser et al., 2002).
3. **Desarrollo del compromiso social:** El compromiso social como mecanismo que promueve la salud ha sido documentado en numerosos estudios que demuestran su influencia positiva en la reducción de la mortalidad (Avlund et al., 1998; Glass et al., 1999).
4. **Desarrollo de la plasticidad cerebral:** El campo de la neurociencia cognoscitiva ha revolucionado nuestra capacidad para entender la habilidad del cerebro de adaptarse y mantenerse vital, a este proceso se le llama plasticidad cerebral (Kramer et al., 2004). Las investigaciones en esta área revelan que cuando el cerebro se ve retado lo suficiente a través de actividades y el ambiente, establece nuevas sinapsis. Más sinapsis significan un cerebro más comunicado y mayores oportunidades de nuevas ideas. Las actividades demandantes como las artísticas ofrecen un posible incremento de plasticidad a largo plazo, pues es más probable que se practiquen constantemente y que impliquen el uso no solo del cuerpo sino el desarrollo de procesos cognitivos complejos. Verghese et al. (2003) mostraron que las actividades artísticas y de ocio ayudaban grandemente a pacientes con algún tipo de demencia a volver más lenta la evolución de la enfermedad.

Para poner a prueba un modelo de potencial de envejecimiento, Cohen et al. (2007) realizaron un estudio longitudinal con 166 adultos mayores saludables de la ciudad de Washington. A partir de cuestionarios de medición y medidas de auto-reporte se generaron líneas base que se reevaluaron 12 meses después de la intervención. Los resultados arrojados mostraron que los programas culturales impartidos profesionalmente tenían los siguientes efectos:

1. Menos visitas anuales al médico
2. Menor uso de medicamentos
3. Menos incidencias de caídas
4. Mejor estado de ánimo
5. Menor soledad reportada
6. Mayor nivel de actividad física

Hanna y Perlstein (2008) reportaron un estudio longitudinal en donde se evaluaron los efectos de participar en varios programas culturales sobre la salud mental y general, así como sobre el reporte de bienestar subjetivo, en adultos mayores. El estudio incluía a 300 sujetos con una edad media de 80 años dividido en dos grupos, uno de intervención y otro de control. Se utilizaron cuestionarios para medir el estado de salud mental y general de los participantes, mientras que se utilizó un inventario pormenorizado de actividades para evaluar su funcionamiento social. Los indicadores fueron compromiso social y pericia en el arte a desarrollar. Los hallazgos estadísticamente significativos que se encontraron fueron: mejor salud, menos visitas mensuales al doctor, menor uso de medicamentos y un aumento en actividades y compromiso social, comparados con el grupo control.

La noción de que la expresión creativa contribuye a un envejecimiento saludable empieza a ganar credibilidad entre la comunidad de investigación gerontológica (Noice et al., 2011; en Hartman-Stein & LaRue, 2011)

La expresión creativa requiere apertura a nuevos retos, así como la voluntad de poner a prueba las propias habilidades de solución de problemas para llegar a soluciones únicas. La expresión creativa requiere práctica para el desarrollo de habilidades que facilitan creatividad práctica en otras áreas de la vida del individuo (Cohen, 2006).

Psicólogos de la salud han revisado cómo las artes pueden ser utilizadas de diversas formas para aliviar dolencias emocionales, incrementar el entendimiento de uno mismo y los demás, desarrollar capacidades de auto-reflexión, reducir síntomas, y modificar conductas y patrones de pensamiento (Camic, 2008).

Castora-Binkley et al. (2010) y Noice et al. (2014) distinguen entre las intervenciones terapéuticas y los estudios de bienestar en el ámbito de la expresión creativa. Las primeras, están diseñadas para remediar alguna dolencia, síntoma o discapacidad y los segundos, para promover la salud y el bienestar de los participantes.

Dada la ubicuidad de la expresión creativa y su relativa facilidad para participación, en la medida en que los efectos psicológicos y fisiológicos mejoren de manera sostenible la salud, el empleo de las artes resulta un área importante para la investigación en salud pública (Stuckey & Nobel, 2010).

Stuckey & Nobel (2010) proponen cuatro áreas de intervención principales vinculadas con la expresión artística: i) acción musical, ii) terapia de artes visuales, iii) expresión creativa basada en el movimiento y iv) expresión escrita. Para efectos de este trabajo, se agregó un quinto apartado: teatro, ya que es una disciplina que combina expresión oral, expresión basada en movimiento y trabajo en equipo (Azar, 1977, 1988). A continuación, se describen algunos trabajos que vinculan estas cinco áreas con la salud mental de adultos mayores. En estos trabajos, las modalidades artísticas y los procesos creativos se utilizan de manera intencional para fomentar la salud.

Estudios de bienestar con música en adultos mayores

La música es el medio más accesible e investigado en arte y salud, pues se ha hecho hincapié principalmente en su capacidad relajante (Lane, 2005). En particular, se ha demostrado que la musicoterapia disminuye la ansiedad (Rohner & Miller, 1980). El placer compartido por los participantes en el proceso terapéutico a través de un programa de musicoterapia puede ayudar a restaurar el equilibrio emocional (Gross & Swartz, 1982). También hay evidencia de la efectividad de la estimulación auditiva como una estrategia para lograr el control del dolor (Schneider et al., 2001; Stuckey & Nobel, 2010). Además, se ha demostrado que la música calma la actividad neuronal en el cerebro (Krout, 2007) que conduce a la reducción de la ansiedad, y que ayuda a restaurar el funcionamiento efectivo en el sistema inmune, en parte, a través de las acciones de la amígdala y el hipotálamo.

Además de los estudios de Cohen et al. (2006, 2007) utilizando canto para medir los efectos en variables socioafectivas y de salud en adultos mayores, Hillman (2002) desarrolló un cuestionario para conocer los pensamientos y sentimientos que el canto producía sobre el bienestar en adultos mayores. A los participantes se les pidió evaluar, antes y después del taller, su salud física, bienestar emocional, vida social, confianza en sí mismo, entendimiento sobre el canto, calidad de vida y asistencia a otros eventos culturales. Diferencias estadísticamente significativas se encontraron en las variables de bienestar emocional, calidad de vida, entendimiento del canto, y confianza en sí mismo.

Koga y Tims (2001) reunieron a 100 participantes, con un rango de edad de 65 a 92 años; la mitad participaron en clases de órgano, la otra mitad, no y aplicaron inventarios de salud mental, así como pruebas de sangre. El grupo de aprendizaje de órgano puntuó más alto en las escalas de salud mental y presentó mayores niveles de hormona de crecimiento en la sangre, la cual está asociada con mayor energía y memoria y se cree que disminuye con la edad.

Hanna y MacKay (2011) compararon tres grupos de adultos mayores: a) más de 10 años de tocar un instrumento, b) 1-9 años tocando un instrumento y c) sin ninguna experiencia con instrumentos musicales. Los resultados arrojaron que los ancianos con más de 10 años de experiencia tocando un instrumento superaron significativamente en variables cognitivas a aquellos que no tenían experiencia.

Solé, Mercadal-Brotons, Gallego, y Riera (2010) no encontraron diferencias significativas en tres grupos de adultos mayores separados por grado de participación en música. Sin embargo, se presentaron algunos auto-reportes anecdóticos sobre aumento en desarrollo personal y relaciones sociales.

Bugos, Perlstein, McCrae, Brophy, y Bedenbaugh, (2007) examinaron memoria de trabajo y funciones ejecutivas, en un diseño de ensayo aleatorizado controlado durante 6 meses de lecciones de piano individuales. Los resultados arrojaron que el grupo experimental mejoró significativamente en ambas variables. Sin embargo, estos resultados no se mantuvieron a largo plazo.

A pesar de que hubo investigaciones que no produjeron resultados significativos (Solé et al., 2010) las más rigurosas (Bugos et al., 2007; Hanna-Pladdy & MacKay, 2011; Hillman, 2002) mostraron evidencia significativa para asumir que la participación en la música resulta beneficiosa para adultos mayores.

Estudios de bienestar con artes visuales en adultos mayores

Las artes visuales incluyen las artes plásticas (pintura, escultura) así como el tejido y la fotografía.

Se han utilizado las artes visuales como apoyo para generar significado ante enfermedades como el cáncer (Borgmann, 2002; Nainis et al., 2006), crear significado del paso de los años en la vejez (Reynolds & Prior, 2003), así como facilitar la expresión emocional (Reynolds & Prior, 2003); también, se han visto los efectos de las artes visuales para elaborar el proceso de duelo tras episodios de abuso sexual (Grossman et al., 2006).

Greer, Fleuriet, y Cantu (2012) usaron observación, cuestionarios, medidas de auto-reporte y entrevistas semi-estructuradas para conocer los efectos de lecciones in situ de pintura en adultos mayores residentes de una institución de cuidados. Los resultados arrojaron un aumento en compromiso social, sentido de empoderamiento, y salud mental.

Reynolds, (2010) realizó un estudio cualitativo con 32 mujeres retiradas para explorar el significado que produce practicar artes visuales (alfarería, pintura o arte textil). Análisis fenomenológicos de las entrevistas arrojaron que participar en las artes visuales presentaba nuevos retos, desarrollaba nuevas habilidades, aumentaba la atención hacia el ambiente y preservaba sus identidades. Un tema recurrente fue el gusto por trabajar con distintas texturas y colores.

Kim (2013) utilizó un diseño de ensayo aleatorizado controlado con 50 adultos mayores que no presentaban demencia (puntajes 26-30 en el MMSE). El grupo experimental participó en tres sesiones semanales durante cuatro semanas de clases de arte visual con una discusión sobre lo aprendido al finalizar cada una de

éstas. El grupo experimental puntuó significativamente más alto en medidas de afecto y autoestima y tuvo puntajes más bajos en ansiedad.

Estudios de bienestar con danza en adultos mayores

El arte del movimiento corporal ha demostrado su utilidad en el reconocimiento de la actividad motora, así como la expansión de la conciencia motriz (Noice & Noice, 2006a; Picard, 2000); de igual manera ha demostrado ser efectiva en la recuperación de la calidad de vida tras alguna intervención médica (Sandel et al., 2005). Estos estudios con danza usaron análisis correlacionales y experimentales para documentar los posibles beneficios de la danza en la vejez.

Un estudio longitudinal (Verghese et al., 2003) demostró que la danza era una de las pocas actividades de ocio que producía efectos benéficos para adultos mayores que padecen Alzheimer. Sin embargo, años después, Verghese y cols. (2006) compararon grupos de danza y no-danza y no encontraron diferencias significativas en tareas cognitivas, solamente hubo mejor equilibrio en el grupo de danza.

Kattenstroth (2010) encontró que bailarines de salón aficionados, pero con más de 15 años de experiencia, puntuaban más alto en variables cognitivas y fisiológicas que un grupo control de no bailarines. De igual manera, puntuaban más alto en medidas de bienestar subjetivo y salud mental.

Kattenstroth, Kalisch, Kolankowska, y Dinse (2011) dieron seguimiento al estudio de Kattenstroth (2010), midiendo las mismas variables en bailarines competitivos. Nuevamente, éstos puntuaron más alto en las variables cognitivas, fisiológicas y de salud mental en comparación al grupo de no bailarines. Sin embargo, al comparar a los expertos con los aficionados, no hubo diferencias significativas. Apuntando que los beneficios de la danza se dan con tan solo practicar algunas veces a la semana.

Kattenstroth, Kalisch, Holt, Tegenthoff y Dinse (2013) se dieron a la tarea de evaluar si los beneficios que tenían los bailarines podían ser aplicados a personas sin experiencia en la danza. Usaron un diseño de ensayo aleatorizado controlado para

probar los efectos de una intervención basada en danza. Tras 6 meses de intervención, el grupo de danza obtuvo beneficios similares a los estudios anteriores, al compararlo con el grupo control de actividades aeróbicas.

Hui, Chui, y Woo (2009) utilizando un diseño cuasi-experimental, vieron los efectos de una intervención basada en danza sobre variables de auto-reporte físicas y psicológicas. Tras 12 meses de intervención el grupo de danza reportó más beneficios en ambos cuestionarios en comparación con el grupo control.

Coubard (2011) comparó un grupo de danza contemporánea con otro de tai chi en variables de control atencional e incidencias de caídas. Se evidenció que el grupo de danza superó en puntajes al grupo de Tai Chi.

Estudios de bienestar con expresión escrita en adultos mayores

Realizar actividades de expresión creativa escrita ha resultado útil para mejorar la salud física en pacientes con VIH (Petrie et al., 2004). También ha aumentado la calidad de vida y bienestar de pacientes con fibromialgia, así como ha contribuido a la creación de significado ante la enfermedad (Broderick et al., 2005; Gillis et al., 2006; Junghaenel et al., 2008). Escribir ha demostrado ser benéfico para mejorar el estado de ánimo en pacientes con malestares crónicos (Graham et al., 2008).

De Medeiros, Kennedy, Cole, Lindley y O'Hara (2007) realizaron una intervención basada en expresión escrita (memorias, cartas poesía, etc.) para medir sus efectos sobre variables como velocidad de procesamiento, atención, aprendizaje verbal y memoria, obteniendo resultados favorables. Sin embargo, en seguimiento a este estudio Medeiros et al. (2011) documentaron que no se encontraban los mismos beneficios cuando se usaba un diseño experimental de ensayo aleatorizado controlado, concluyendo la importancia de la aleatorización para el control de variables.

Chippendale & Bear-Lehman (2012) presentaron evidencia de los beneficios de un taller de expresión creativa en la prevención y tratamiento de síntomas depresivos, al usar un diseño ensayo aleatorizado controlado y 8 semanas de intervención. Los

puntajes de síntomas depresivos disminuyeron significativamente en el grupo experimental, mientras que no hubo cambios en el grupo control.

Estudios de bienestar con teatro en adultos mayores

Noice y Noice (2001, 2006b, 2006a) estudiaron, por 25 años, los procesos cognitivos de actores profesionales. Dichos trabajos fueron en principio teóricos, pero dieron un giro práctico en un intento por mejorar el funcionamiento cognitivo y reducir los riesgos de demencia en adultos mayores saludables. A continuación, se describe una cronología de estos estudios.

Para todos los estudios, los criterios de inclusión fueron: adultos mayores de 65 años, suficiente visión, con o sin lentes, suficiente movilidad para realizar ejercicios. Se aplicó un cuestionario breve sobre salud mental vía telefónica para descartar casos de demencia.

Noice, Noice, Perrig-Chiello, y Perrig (1999) realizaron un estudio piloto con pretest-posttest para revisar los efectos de un taller de teatro en medidas cognitivas (reconocimiento inmediato/retardado y recuerdo inmediato/retardado de palabras) con adultos mayores. Trece participantes, reclutados del proyecto Basel IDA (Perrig-Chiello et al., 1996) -estudio longitudinal sobre envejecimiento- fueron instruidos en clases de actuación, seguido de un ensayo y presentación de algunas escenas teatrales. Los participantes registraron resultados significativamente más altos en los puntajes de recuerdo y reconocimiento después de la intervención. Dado que los participantes se autoseleccionaron para el estudio, los autores concluyen que los resultados no pueden generalizarse más allá de adultos mayores saludables con educación superior.

El segundo estudio (Noice, Noice, & Staines, 2004) fue el primero en donde utilizaron ensayos aleatorizados controlados con tres grupos: artes teatrales (intervención primaria), artes visuales (grupo comparativo sin contenido específico) y un grupo control. De esta manera, 124 participantes (edades 60-86) fueron reclutados y aleatoriamente asignados a uno de los tres grupos. Las pruebas

aplicadas incluían pruebas cognitivas (recuerdo de palabras, latencia de memoria y resolución de problemas) pruebas de autoestima (Rosenberg, 1965) y bienestar psicológico (Ryff,1989). Los tres grupos eran similares en características; sin embargo, el grupo de artes visuales era en promedio más joven, por lo que la edad fue una covariable en todos los análisis. No hubo diferencias significativas en los puntajes de las variables cognitivas ni de salud en el pretest. Después de cuatro semanas de intervención, el grupo de teatro puntuó significativamente más alto en los tests de bienestar y cognitivos. Una comparación del grupo de teatro y de artes visuales reveló menores beneficios en menos áreas para las artes visuales. Cabe mencionar que debido a la característica de los participantes (adultos mayores saludables con nivel educativo alto) pudo haber efecto de techo dentro de la variable de autoestima.

El tercer estudio (Noice & Noice, 2008) se realizó con tres grupos: teatro, canto (arte participativo) y control. Fueron asignados al azar 122 participantes con edades de 69 a 93. Los resultados fueron consistentes con el estudio de 2004, los grupos de teatro y canto tuvieron mejores puntuaciones en los tests cognitivos y de bienestar después de la intervención, siendo los del primer grupo aún más altos que los del segundo. El estudio además documentó el efecto de la intervención teatral en población anciana vulnerable, ya que los participantes eran adultos mayores en una casa de retiro de bajos recursos.

El cuarto estudio (Noice & Noice, 2013), constó de dos experimentos: el primero, consistió en capacitar al director de una casa de retiro, quien no poseía experiencia alguna en teatro, para realizar la intervención con los residentes de la casa que dirigía y observar los resultados. El segundo, tuvo como objetivo capacitar mínimamente a un director/actor de teatro a distancia, vía telefónica o mediante correo electrónico, y observar los resultados. De esa manera, se analizaron las respuestas de 115 participantes, entre 68 a 94 años de edad, residentes en cuatro casas de retiro distintas, quienes recibieron instrucción de teatro ya sea por el director de una casa de retiro sin experiencia teatral o por un director de teatro externo, proveniente de alguna universidad pública. Ambos experimentos arrojaron

resultados consistentes con aquéllos realizados anteriormente, comprobando la factibilidad de entrenar a talleristas con diversos perfiles de instrucción para administrar una intervención teatral a población de personas adultas mayores.

Otro trabajo que estudió el envejecimiento saludable a través de actividades teatrales es el de Davis (1985), quien utilizó medidas repetidas para examinar los beneficios de seis semanas con 17 sesiones de una hora de entrenamiento actoral con adultos (n=15), impartido por alumnos de posgrado en artes teatrales. El grupo incluía 13 mujeres y 2 hombres; edades de 64 a 87 años. Cada sesión empezaba con ejercicios de relajación y estiramiento, seguido de entrenamiento de habilidades de improvisación. Se utilizaron mediciones multi-ítem de hostilidad, ansiedad, esperanza y capacidad para las relaciones personales. El estudio utilizó análisis cualitativos de auto-reportes semanales antes y durante todas las semanas del taller. Los hallazgos no mostraron cambios significativos en las medidas de esperanza y relaciones personales, pero hubo un decremento en las medidas de ansiedad y hostilidad. No hubo grupo control, por lo que no pudo evaluarse si hubo cambios significativos antes y después de la intervención.

Yuen, Mueller, Mayor y Azuero (2011) reclutaron 12 participantes de viviendas para adultos mayores de bajo ingreso que estaban interesados en clases gratuitas de actuación impartidas por una compañía de teatro local. Las clases consistieron en calentamientos con baile, seguidos de juegos teatrales y de improvisación, terminando con cantos. Los resultados arrojaron un aumento significativo en una escala de bienestar y en la parte física de un inventario sobre salud general.

Ribeiro e Cunha (2012), Miguel (2016) y Mendes (2016) reportaron cada uno un estudio de caso en donde se realizaron distintos talleres de teatro con adultos mayores, en distintas regiones de Brasil, con el objetivo de fomentar la participación, promover salud física y psicológica, fomentar el desarrollo de capacidades expresivas, creativas, de comunicación y promover el envejecimiento activo. A partir de observaciones participantes, auto-reportes de cada grupo y entrevistas semiestructuradas, cada uno encontró mejoras en el bienestar físico, psicológico y

en comunicación del grupo de teatro, así como adquisición de nuevos conocimientos.

Anderson y cols. (2016) realizaron un taller de teatro intergeneracional con 15 adultos mayores y 17 estudiantes universitarios. Se hicieron entrevistas individuales semiestructuradas antes y después del taller. Los elementos claves del taller fueron contar historias, reminiscencia y el juego; todo dentro de un marco de aprendizaje generativo. Las habilidades por desarrollar dentro del taller fueron la apertura, la flexibilidad y la adaptación. Las entrevistas post taller revelaron que se redujo el viejismo en los estudiantes, mejoraron las relaciones intergeneracionales, hubo aumento en el bienestar subjetivo, se crearon redes sociales de apoyo y aumentó la confianza, autoestima y empatía en los participantes.

Posibilidades de estudios de bienestar en México

A diferencia de las terapias de arte, las cuales están sujetas a un encuadre clínico, los programas de expresión creativa pueden ser impartidos por profesionales de la salud, artistas y educadores en ambientes comunitarios para promover la salud y el bienestar (Castora-Binkley et al., 2010). Asimismo, es probable que estos programas puedan implementarse ampliamente en entornos comunitarios diversos a costos razonables, ya que los programas de expresión creativa utilizan la enseñanza profesional de artistas y educadores que trabajan en entornos comunitarios en lugar de profesionales médicos, de la salud y terapeutas más costosos. Sin embargo, sin la evaluación de su efectividad, difícilmente estos programas serán financiados por programas sociales y políticas públicas.

El envejecimiento poblacional ha promovido un creciente interés en intervenciones para la promoción de la salud y bienestar de los adultos mayores (Instituto Nacional de Geriátrica, 2013). Algunos programas de expresión creativa han sido replicados con éxito en países como Reino Unido (Mental Health Foundation, 2011) y Estados Unidos (Castora-Binkley et al., 2010).

A pesar de que el arte se ha utilizado para el cuidado de la salud (Camic, 1999; Castora-Binkley et al., 2010), poca atención se ha dado al diseño y evaluación de programas de expresión creativa y sus beneficios en la salud de adultos mayores (Castora-Binkley et al., 2010), además, las investigaciones que explican sus beneficios son escasas (Noice et al., 2014; Staricoff, 2006; Stuckey & Nobel, 2010)

En la ciudad de México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) cuenta con centros culturales en donde se imparte iniciación artística, educación para la salud, lenguas extranjeras, talleres de artesanías y de artes plásticas y computación. Los Centros Culturales INAPAM son espacios donde se ofrecen diversas opciones de formación y desarrollo humano a personas de 60 años y más (INAPAM, 2018). No obstante, no se han reportado la utilización de programas artísticos o intervenciones basadas en evidencia.

Existe evidencia de que el involucramiento con actividades artísticas, ya sea como observador o como participante, puede incrementar el estado de ánimo, producir emociones y tener un impacto relevante en parámetros psicológicos y fisiológicos (Staricoff, 2006). Sin embargo, se ha documentado que participar y crear tiene aún mayores efectos que la simple observación, cuando de expresión creativa se trata (Noice & Noice, 2004).

2. Método

Estrategia de investigación

De la revisión anterior de conceptos y modelos en torno a la vejez, se desprende que el envejecimiento es un proceso inevitable. Un proceso que se problematizó primeramente desde la medicina, pues se ha documentado que la vejez se caracteriza por un decaimiento progresivo de varias funciones fisiológicas (Díaz, 2008). Sin embargo, el cambio en la estructura de la población y los adelantos médicos han permitido la extensión de la vida, evidenciando que la etapa de la vejez podría durar más y que el desafío esencial es llegar a edades avanzadas

preservando la calidad de vida y ser funcionales tanto cognitiva, emocional y socialmente (United Nations, 2016).

Ante esto, en México se reconoció la necesidad de transitar de modelos de intervención asistencialistas hacia modelos de intervención centrados en la calidad de vida de la persona adulta mayor (Instituto Nacional de Geriátría, 2013).

También se documentó que la calidad de vida es dinámica ya que varía considerablemente entre individuos y a través de la vida (Evandrou & Glaser, 2004). En términos psicológicos, la calidad de vida abarca la relación del individuo con tres dimensiones globales: el estado funcional, el acceso a los recursos y las oportunidades para usar esas habilidades con el fin de lograr objetivos y la sensación de bienestar (González-Celis, 2002).

Se ha encontrado que los sentimientos de soledad se relacionan de manera directa con la calidad de vida de los adultos mayores y se documentaron algunos trabajos en México que asocian que a menor soledad percibida, mayor es la calidad de vida, y precisamente la percepción de soledad social y familiar son las dimensiones que explican el deterioro en la calidad de vida (González-Celis Rangel & Lima Ortiz, 2017; Quiroz et al., 2017)

Montero-López Lena y Rivera-Ledesma (2009) identificaron dos dimensiones cruciales para que el adulto mayor mexicano sienta soledad: insatisfacción personal y alienación familiar, por lo que en el estudio se propuso intervenir en estas dimensiones para mejorar la calidad de vida.

Se ha identificado que facilitar la oportunidad de contacto social, mejorar habilidades en grupo, generar una red de apoyo y poner atención en cogniciones sociales no adaptativas han resultado eficaces para disminuir la frecuencia de soledad en adultos mayores afectados por ésta (Masi et al., 2011).

Se ha encontrado que las actividades artísticas reducen la experiencia solitaria en los adultos mayores (Cohen et al., 2007; Hanna & Perlstein, 2008); además, el modelo de potencial de envejecimiento de Cohen (2006) combina los beneficios de la expresión creativa en variables socioafectivas del adulto mayor con la posibilidad de ahondar en la experiencia sobre envejecer, la cual resulta de interés para los programas de intervención con adultos mayores en México (CONEVAL, 2018; IAAM, 2017; Instituto Nacional de Geriátrica, 2013).

En esta revisión se abordaron estudios que demostraron que el teatro es una herramienta efectiva para optimizar recursos cognitivos y socioemocionales en adultos mayores, (Bernard et al., 2015; Noice et al., 2015) así como una herramienta que permite conocer la experiencia del adulto mayor en su día a día y en su relación con otras generaciones (Anderson et al., 2016; Yuen et al., 2011).

Por otro lado, se ha identificado que realizar actividades artísticas repercute positivamente en la calidad de vida de adultos mayores, estos beneficios persisten incluso a largo plazo (Cohen, 2006; Cohen et al., 2007; Hanna & Perlstein, 2008).

Por otra parte, se ha identificado al teatro como una eficaz herramienta de cohesión social (Brandalise, 2015), la cual ha documentado que posee efectos benéficos sobre la experiencia solitaria en la vejez (Masi et al., 2011).

Para efectos de este trabajo, se implementó un taller de teatro con adultos mayores para revisar sus propiedades; por un lado, como método de intervención, al estudiar los efectos que tiene sobre variables socioafectivas; y, por otro lado, como método de investigación, al explorar la narrativa de los participantes sobre su propio envejecimiento.

En congruencia, este programa de investigación es guiado por las siguientes preguntas de investigación:

Preguntas de investigación

1. *¿Qué efectos socioafectivos tiene un taller de teatro sobre la percepción de soledad y calidad de vida en el envejecimiento de un grupo de adultos mayores mexicanos de población abierta?*
2. *¿Cuál es la representación social en torno a la vejez y la soledad en las narrativas de los participantes?*

Para responder estas preguntas de investigación, se dividió el trabajo en dos fases. La primera, con una estrategia de intervención basada en un diseño de dos grupos antes-después para revisar los efectos del teatro en las escalas de calidad de vida y soledad.

En la segunda fase, se utilizó una estrategia de investigación cualitativa de tipo narrativo enfocada en comprender los sentidos y significados que los participantes le otorgan a su vejez a través del estudio de sus ejercicios teatrales.

El modelo de investigación se ilustra a continuación:

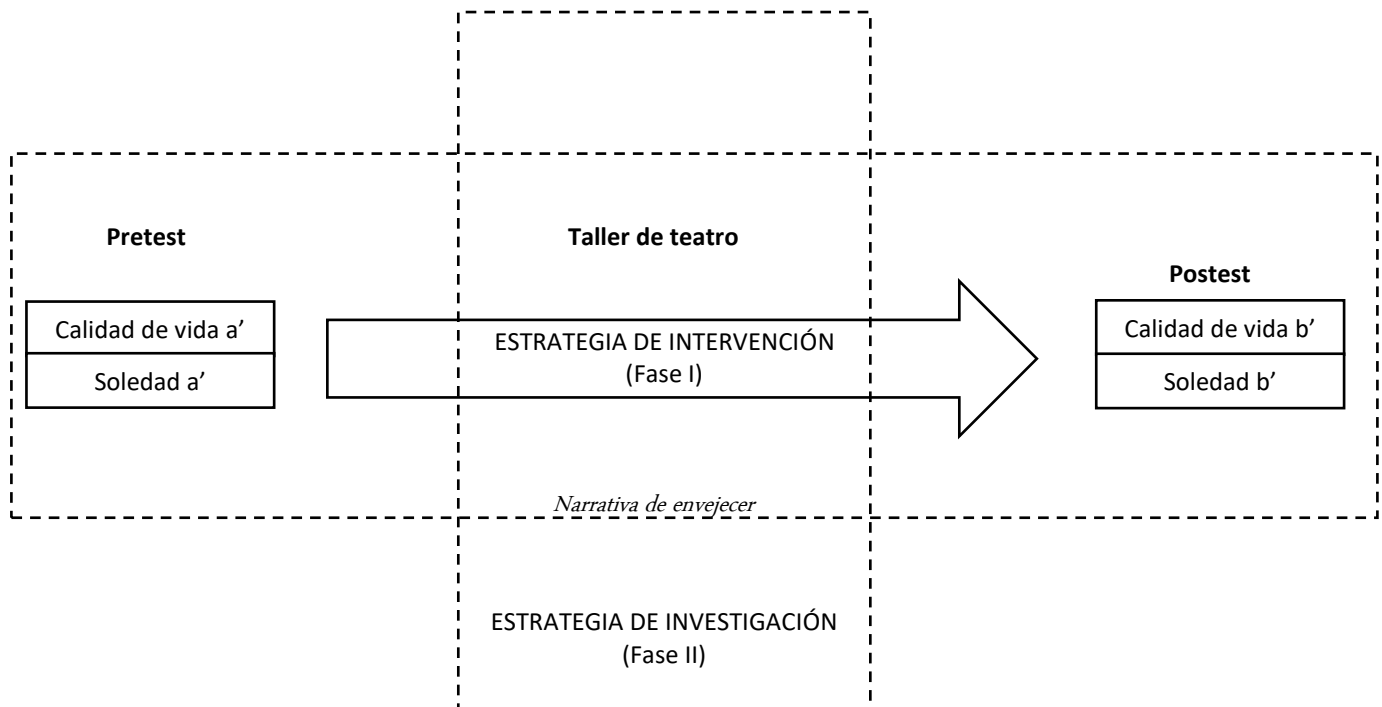


Ilustración 5 Modelo de investigación e intervención

2.1. Fase I: comparación pretest-posttest, comparación intragrupo y comparación entre grupos de las escalas de calidad de vida y soledad

Objetivo

Evaluar los efectos que el taller: *Teatro para adultos mayores* tuvo sobre dos variables: calidad de vida y soledad.

Muestra

14 participantes (10 mujeres, 4 hombres. Edades: 57-78) fueron reclutados a través de un centro de estudios público para adultos mayores. Se realizó una convocatoria vía correo, redes sociales y carteles dentro de la institución, misma que fungió como escenario del taller.

Criterios de inclusión: ser persona adulta mayor interesada en realizar actividades teatrales, tener movilidad suficiente para realizar las actividades, saber leer y escribir y tener suficiente visión, con o sin lentes, para leer el material.

Durante la primera sesión se aplicó la batería de instrumentos de evaluación psicológica a los 14 participantes y se realizó una sesión introductoria para que los integrantes dentro del grupo se conocieran y se familiarizara con la dinámica del taller. Al finalizar, los participantes fueron aleatoriamente asignados al grupo de intervención (8) y al grupo control en espera (6).

Consideraciones éticas

Todos los participantes recibieron una explicación detallada de las actividades del taller de teatro; así como de las evaluaciones pertinentes antes y después del mismo.

Se les solicitó firmar una carta de consentimiento informado donde se dio por escrito una explicación detallada de la investigación y al firmarla, se garantizó la confidencialidad y la permanencia voluntaria a las sesiones del taller.

Al finalizar la aplicación del taller al grupo de intervención, se realizó el mismo taller y evaluación posterior al grupo control en espera.

Variables: Definiciones conceptual y operacional

Taller de Teatro (Ver anexo)

- El taller de teatro propuesto estuvo basado en la teoría teatral del Centro de Arte Dramático - CADAC (Azar, 1977, 1988)
- El taller instrumentado fue el resultado de combinar un trabajo previo, (Guajardo, 2016); en donde se diseñó el taller de teatro para analizar procesos cognitivos (metacognición, teoría de la mente y creatividad) dentro del proceso actoral.
- Operacionalmente está compuesto por 8 sesiones de 2 horas cada una, 2 sesiones de ensayos independientes y 1 sesión de presentación de práctica teatral, 2 veces por semana, a lo largo de 5 semanas
- Cada sesión constaba de 4 ejercicios teatrales. Al finalizar cada ejercicio se retroalimentaba al grupo no solamente los aspectos de actuación, sino también se discutían los temas de los ejercicios y se compartían las emociones experimentadas durante los mismos.

Calidad de Vida

- Conceptualmente, refiere la satisfacción percibida en los diferentes ámbitos de la vida: económico, social y personal; asimismo, la valoración que el individuo realiza de su propia vida (González-Celis Rangel, 2009)
- Operacionalmente se define con el puntaje obtenido en la escala WHOQoL-OLD, donde a mayor puntaje, mayor calidad de vida. El WHOQoL-OLD (Power et al., 2005; adaptado por Quiroz et al., 2013) ($\alpha=0.88$) consta de 24 reactivos, en escala Likert, con un rango de respuesta de 1 a 5. Está constituido por seis subescalas: i) habilidades sensoriales ($\alpha=0.78$) ii) *autonomía* ($\alpha=0.56$) iii) *actividades pasadas, presentes y futuras* ($\alpha=0.75$) iv)

participación social ($\alpha=0.83$) v) *muerte y agonía* ($\alpha=0.85$) vi) *intimidad* ($\alpha=0.88$).

- Para las escalas de habilidades sensoriales y *muerte y agonía*, los puntajes en la escala Likert están invertidos para que la suma de puntajes sea congruente con la valoración de mayor calidad de vida, a mayor puntaje obtenido.

Soledad

- Se define conceptualmente como “un fenómeno multidimensional potencialmente estresante, que ocurre como resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, con un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto” (Montero-López Lena, 1999)
- Operacionalmente se define como el puntaje obtenido en la escala IMSOL-AM, donde a mayor puntaje obtenido, mayor frecuencia de soledad. El IMSOL-AM (Montero-López Lena y Rivera-Ledesma, 2009) ($\alpha=0.89$) evalúa la frecuencia de experiencia de soledad en Adultos Mayores. Contiene 20 reactivos, en escala Likert, con un rango de respuesta de 1 a 4. Está constituido por dos subescalas: i) alienación familiar ($\alpha=0.93$) ii) insatisfacción personal ($\alpha=0.89$).

Diseño

Se utilizó un diseño de dos grupos, pretest-postest (Kerlinger, 1973), en razón de que se contrastaron las puntuaciones obtenidas por los adultos mayores antes y después de su participación en el Taller de Teatro, en contraste con un grupo control en espera.

Procedimiento

El taller aplicado constó de 11 sesiones en total impartidas a lo largo de seis semanas. Ocho sesiones correspondieron propiamente a la instrumentación de Taller. De las otras 3 sesiones programadas: 2 de ellas sirvieron de ensayos para

la presentación de las prácticas finales, y la última sesión se destinó a la presentación, retroalimentación y aplicación del posttest.

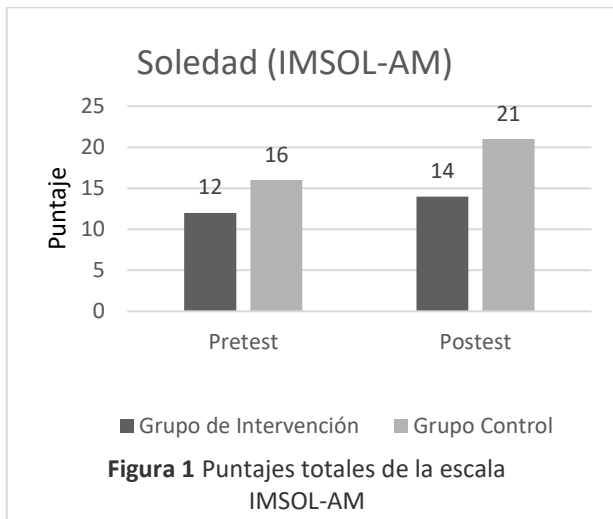
Todas las sesiones duraron dos horas. Siete de las ocho sesiones tuvieron cuatro ejercicios con un nivel ascendente de dificultad y complejidad escénica. La octava sesión sirvió para la presentación de un monólogo que recopiló la experiencia de vida del participante. Durante la primera sesión se aplicó la batería de instrumentos de evaluación psicológica y se realizó una sesión introductoria para que los integrantes dentro del grupo se conocieran y se familiarizaran con la dinámica del taller. La última sesión fue la práctica final, se filmaron las presentaciones, al final de las presentaciones, se aplicó el posttest. La semana siguiente, se aplicó el taller el grupo control en espera.

Resultados

Dadas la cantidad de participantes y las características de las variables, se utilizaron dos pruebas no paramétricas: para comprar las diferencias pretest-posttest se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon (Woolson, 2008); y para comprar las diferencias entre grupos, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney (Nachar, 2008).

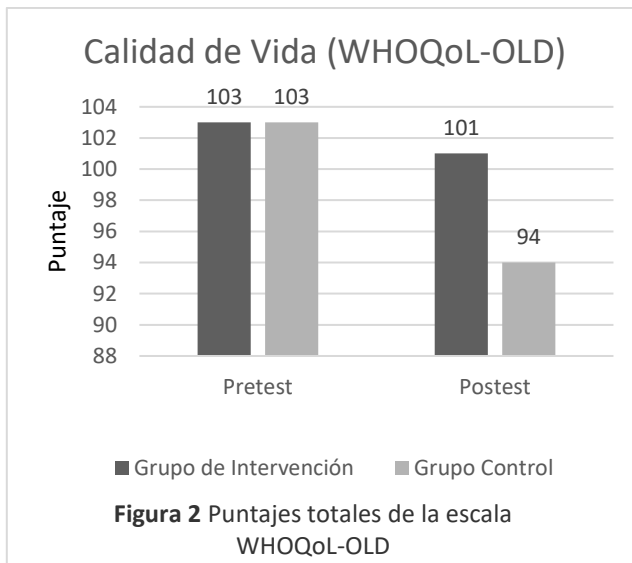
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de *participación social* en el grupo de intervención al compararlo con el grupo control, tanto intra-grupo ($W= 0.024$, $Z= -2.264$, $\alpha=0.05$) como entre grupos ($U= 0.020$, $Z=2.34$, $\alpha=0.05$).

La figura 1 muestra los puntajes totales de la escala IMSOL-AM (puntuación máxima:100). Para ambos grupos los puntajes de soledad incrementaron del pretest al posttest. El grupo de intervención tuvo un aumento de 2 puntos. Esto sugiere, que, aunque hubo un aumento en la frecuencia de soledad percibida, ésta fue menor para el grupo que participó en el taller en comparación a con el grupo control en espera. De igual manera, se observa una diferencia visible en el pretest-posttest del grupo control.



Los puntajes totales de la frecuencia de soledad aumentaron tanto para el grupo de intervención, como para el grupo control. El aumento fue menor para el grupo de intervención.

La figura 2 muestra los puntajes totales de la escala WHOQoL-OLD (puntuación máxima: 120). Para ambos grupos los puntajes de calidad de vida disminuyeron del pretest al posttest. El grupo de intervención disminuyó 2 puntos, mientras que el grupo control, 9. Esto sugiere un decremento en la percepción de calidad de vida para ambos grupos, pero este decremento fue menor en el grupo de intervención.



Los puntajes totales de calidad de vida disminuyeron tanto para el grupo de intervención, como para el grupo control. Sin embargo, la disminución fue menor para el grupo del taller de teatro.

La tabla 1 muestra los puntajes de las dos subescalas de soledad: *insatisfacción personal* y *alienación familiar*. No hubo cambios antes-después en la subescala de *insatisfacción personal* y hubo una tendencia al aumento en la subescala de *alienación familiar*. Esta tendencia fue menor que la del grupo control, el cual presentó una tendencia de aumento en ambas subescalas. Estos resultados, aunados a los puntajes totales de frecuencia de soledad percibida, presentaron una tendencia hacia un aumento de la frecuencia de soledad percibida en ambos grupos, siendo ésta mayor en el grupo control. Esto sugiere que los participantes en este estudio experimentaron una sensibilización a la experiencia solitaria, vinculada con la percepción de carencia en la calidad de relaciones familiares, más que a una carencia de propósitos personales.

Tabla 1 *Puntajes de las subescalas IMSOL*

	Pretest	Posttest	Diferencia
Insatisfacción personal (<i>Rango 0-36</i>)			
Grupo de intervención	5	5	0
Grupo control	6	8	+2
alienación familiar (<i>Rango 0-44</i>)			
	Pretest	Posttest	Diferencia
Grupo de intervención	7	8	+1
Grupo control	10	13	+3

La tabla 2 muestra los puntajes de las seis subescalas de Calidad de Vida. Al analizar los resultados en conjunto se aprecia mayor satisfacción con la percepción de *participación social* por parte del grupo de intervención, lo cual puede ser factiblemente atribuible a la experiencia en el taller de teatro. Estos resultados sugieren que la participación en el taller de teatro tuvo un efecto sobre las dimensiones vinculadas con las relaciones interpersonales y con los planes de vida de los participantes más que con las dimensiones de funcionalidad física o cognitiva.

Tabla 2 *Puntajes de las subescalas WHOQoL-OLD (Rango 4-20)*

	Pretest	Posttest	Diferencia
capacidad sensorial			
Grupo de intervención	18	18	0
Grupo control	18	16	-2
autonomía			
Grupo de intervención	18	18	0

Grupo control	18	18	0
<i>actividades pasadas, presentes y futuras</i>			
Grupo de intervención	18	16	-2
Grupo control	17	15	-2
<i>muerte y agonía</i>			
Grupo de intervención	16	17	+1
Grupo control	17	15	-2
<i>intimidad</i>			
Grupo de intervención	17	16	-1
Grupo control	16	16	0
<i>participación social</i>			
Grupo de intervención	17	18	+1
Grupo control	16	14	-2

Integración de hallazgos Fase I

El taller de teatro tuvo un efecto estadísticamente significativo en los puntajes de la dimensión de *participación social* de la escala de calidad de vida; así como una tendencia al aumento en los puntajes de la dimensión *alienación familiar* de la escala de soledad. En la escala de calidad de vida, hubo una tendencia a la disminución en los puntajes de la dimensión *intimidad* y una tendencia al incremento de las puntuaciones en la dimensión *muerte y agonía* del grupo de intervención, en comparación con el grupo control.

A pesar de la evidencia descrita, los resultados obtenidos en la primera fase solo dieron cuenta de efectos directos sobre variables específicas como frecuencia de soledad y puntajes de calidad de vida. Aún quedaba pendiente documentar la experiencia de envejecer directamente de los adultos mayores. Por ello en la segunda fase, mediante los ejercicios del taller instrumentado, se rescató material narrativo que dio luz sobre las experiencias de calidad de vida, soledad y envejecimiento de los participantes.

2.2. Fase II: Narrativas sobre envejecimiento derivadas del taller de teatro

Objetivo

Analizar las narrativas en torno a la experiencia de envejecer de los participantes, a partir de lo derivado en los ejercicios teatrales.

Participantes

Los 8 participantes del grupo de intervención fueron:

Elena. 68 años. Jubilada

Miguel. 68 años. Jubilado

Lalo. 60 años. Administrador de una joyería

Aída. 65 años. Ama de casa

Margarita. 64 años. Corredora de bienes raíces

Belem. 73 años. Jubilada

Lupita. 63 años. Ama de casa

Gilda. 65 años. Ama de casa

Tipo de estudio

Se realizó una evaluación cualitativa de tipo narrativo enfocada en comprender los sentidos y significados que los participantes le otorgan a su envejecimiento, su calidad de vida y su soledad a través del estudio de sus ejercicios teatrales (Chase, 2015; Gergen & Gergen, 2001)

Técnicas de recolección de la información

Dentro del taller, había 4 ejercicios por sesión para dotar de herramientas actorales para crear y resolver una escena. También hubo 5 ejercicios específicos que trataron directamente con los temas que interesaron a la investigación: soledad, calidad de vida y la narrativa en torno al envejecimiento.

Después de cada ejercicio, se realizó una retroalimentación para clarificar los significados de cada escena.

Los ejercicios se describen a continuación:

Sesión 2. Ejercicio 1: ¿Qué haría si yo fuera...?

- Se les solicitó a los participantes escribir 3 palabras que los identificaran, describieran o simbolizaran. Posteriormente, se les pidió elegir una palabra de esa lista y redactar un breve relato

Sesión 3. Ejercicio 5: La banda sonora de tu vida

- Consistió en hablar de la biografía de cada participante usando la música que consideraron significativa en su vida (5 a 7 canciones máximo)

Sesión 6. Ejercicio 3: Soledad en escena

- El grupo se dividió en equipos. La primera fase del ejercicio consistió en actuar en escena una emoción básica (alegría, miedo, ira, tristeza) y que los demás equipos la adivinaran. La segunda fase, se les dio otra serie de palabras (esperanza, lujuria, envidia, venganza) con la misma indicación de adivinarlas. La tercera y última fase consistió en darles una misma palabra (soledad) a todos los equipos con la misma consigna de adivinarla. Al finalizar el ejercicio se discutió las percepciones que tenían los participantes en torno a la soledad comparadas a las ideas que se escenificaron

Sesión 7. Monólogos

- En esta actividad, los participantes pasaron uno a uno para recrear una escena -de once minutos aproximadamente- sobre su vida, sentados sobre un banco para limitar el movimiento como resistencia; así mismo, usaron un

elemento teatral que fungió como metáfora de quiénes son ellos. Es decir, los participantes representaron personajes de su propia vida durante once minutos.

Práctica Final

- Se dividió al grupo en equipos que presentaron ejercicios integrales de actuación. El tema era libre. Cada equipo fue responsable de escribir, producir, actuar y dirigir su práctica. El investigador no intervino en el proceso creativo ni ejecución de los equipos.

Retroalimentación final

- Al término de la práctica final se reunió al grupo para evaluar su experiencia en el taller, los ejercicios que más les gustaron, los que más les costaron trabajo, su experiencia de trabajar en un grupo de personas mayores y compartir vivencias durante el taller.

Procedimiento

Previo al taller y como parte de las consideraciones éticas, se explicitaron los objetivos y procedimientos de la investigación y del taller, buscando en todo momento respetar la libertad de elección de los participantes, el deseo de que apareciera su nombre y no un seudónimo, además de solicitar su aprobación para la grabación en audio y video del taller. Se les proporcionó una carta de consentimiento informado donde quedó asentado lo antes mencionado.

Tras terminar la presentación final, se hizo una sesión de retroalimentación donde pudieron resolver inquietudes, revisar su proceso creativo y evaluar el taller. Dos semanas después, se les convocó a una sesión de devolución del análisis que consistió en la lectura del primer escrito hecha por el investigador y su posterior co-construcción a partir de la retroalimentación de los participantes.

Cabe mencionar que, durante todo el taller, la participación y retroalimentación de los participantes se dio durante todo el proceso de la investigación, en particular al

corregir, afinar y aprobar las valoraciones de cada uno sobre los acontecimientos representados en los resultados.

Propuesta de análisis

Los ejercicios y narrativas se analizaron en tres partes:

La primera, el ejercicio de soledad, y su posterior discusión, se analizaron a través del modelo integrativo sobre soledad (Montero-López Lena, 1999; Montero-López Lena & Sánchez-Sosa, 2001) y las dimensiones cruciales que caracterizan la experiencia solitaria en la persona mayor mexicana (Montero-López-Lena & Rivera-Ledesma, 2009)

La segunda parte incluyó los temas de las prácticas finales de los participantes y la retroalimentación del taller a través del instrumento de calidad de vida propuesto por la OMS (González-Célis & Gómez-Benito, 2013; Power et al., 2005).

En la tercera parte, se retomaron las narrativas derivadas de tres fuentes: el ejercicio de las palabras, de *la banda sonora de tu vida* y el monólogo y posteriormente se realizó un análisis narrativo (Aguilar Delgadillo & Ramos Lira, 2020; Gergen, 1996).

Resultados

Ejercicio de soledad

El propósito de este ejercicio fue el de hacer visible las concepciones comunes que los participantes pudieran tener en torno al concepto de soledad, representarlo en escena, y después discutir los distintos significados en grupo.

De esta manera se pueden contrastar los modelos en torno a la soledad (Hawkey & Cacioppo, 2010; Montero-López Lena & Sánchez-Sosa, 2001) con la experiencia

de los participantes. De igual manera, se pueden rescatar las estrategias propuestas para enfrentar la soledad (Masi et al., 2011), así como algunos componentes de la misma (Montero-López-Lena & Rivera-Ledesma, 2009)

A continuación, se describen los cuatro ejercicios presentados en escena con el tema de soledad.

Primer ejercicio:

Dos hermanas llegan a un funeral, es su madre en aquel ataúd. No hablan, solo se toman de las manos. Se observan. Gran momento de tensión y silencio. Suspiro. Ambas regresan a casa, se vuelven a tomar de la mano, se miran fijamente a los ojos, aquellos que hicieron contacto frente a su madre muerta. Finalmente, rompen el silencio: *Ahora estamos solas juntas*

Antecedente de la experiencia solitaria: Pérdida de familiares (muerte de la madre)

Estrategia para enfrentar la soledad: Búsqueda de contacto afectivo con otro ser querido (amor fraterno)

En este ejercicio se ve representado el aspecto negativo de la soledad, derivado de la pérdida de un ser querido. Sin embargo, también se ve representada una estrategia para afrontarla, buscar el contacto afectivo con otro ser querido. Las hermanas se acompañan para lidiar juntas esta experiencia negativa.

Segundo ejercicio:

Dos mujeres piden auxilio al público. Hay un profundo dolor en sus miradas, nada logra reconfortarlas. Una tiene el corazón roto, la otra, busca algo que no ha podido encontrar. En ningún momento se miran o tienen contacto. Ambas encarnan la soledad.

Antecedente de la experiencia solitaria: Insatisfacción personal

Estrategia para enfrentar la soledad: Búsqueda (no exitosa) de contacto afectivo con otro ser.

Nuevamente se ve representada la soledad como una experiencia negativa, debido a que ambos personajes no obtienen satisfacción de su condición actual de lazos afectivos, la soledad las paraliza y aísla aún más. No fueron representadas estrategias de afrontamiento exitoso ante la soledad.

Tercer ejercicio:

Dos amigas solas en sus respectivas casas se llaman por teléfono. Una se queja de que no tiene nada que hacer, que padece no tener a nadie, se siente sola, mal y ya no sabe qué hacer. La otra experimenta lo contrario con la soledad, le encanta su tiempo, su espacio, que nadie la moleste. La llamada termina, una queda padeciendo, la otra disfrutando. Ambas quedan en soledad

Antecedente de la experiencia solitaria: Alienación familiar

Estrategia para enfrentar la soledad: Búsqueda de contacto afectivo con otro ser querido y resignificación de la experiencia solitaria

En este ejercicio se puede ver dramatizada la soledad como fenómeno subjetivo, que puede ser evaluada como una situación negativa, o bien, como una oportunidad de autoconocimiento. Ambas amigas están en la misma situación, pero una de ellas la padece, mientras la otra, la disfruta.

Cuarto ejercicio:

Un monstruo horripilante pide ayuda. Se siente solo, incomprendido.

Primero pasa un niño, el monstruo le pide su amistad, el niño retrocede asustado y dice que sus papás le dijeron no acercarse.

Después pasa una mujer, ella sintiendo terror grita y huye del monstruo aquél.

Finalmente pasa un anciano. Mira al monstruo. Sonríe. A mí también me hacen a un lado. Le ofrece su mano, se acompañan a estar solos.

Antecedente de la experiencia solitaria: Aislamiento social

Estrategia para enfrentar la soledad: Búsqueda de contacto social

Nuevamente en este ejercicio se representa la soledad de manera negativa, derivada del aislamiento social, pero con una resolución positiva. El monstruo constantemente desea mitigar su angustia buscando contacto social, sin embargo, debido al rechazo que genera, nadie le brinda su compañía. Hasta que finalmente se encuentra con el anciano, quien lo comprende y entre ambos se acompañan.

Una vez terminado el ejercicio de soledad, se procedió a discutir lo sucedido en escena. A continuación, se citan algunas de las intervenciones de cada participante:

Aída:

“La soledad también se ama, es hermosa. No nada más es sufrir”

“[Hay que] aprender a vivir sola”

“Ahora que vivo sola, se sufre, pero también se aprende”

“Los hijos, por mucho, no están al cien, y por eso hay que aprender a vivir en soledad”

Lupita:

“Mi soledad es mi silencio y yo lo disfruto”

“[descubrí que] quiero estar sola”

“Cada persona vive distinto su soledad”

“Esto es generacional. En nuestra época era sinónimo de tristeza [estar sola], o al menos así lo vivía cuando niña. Yo he aprendido de mis hijos. A mí me costó trabajo aprender que yo tenía que respetar el tiempo de mis hijos. Ahora no sabes cómo disfruto esas enseñanzas. Yo tenía terror a la soledad y ahora la busco, la disfruto y no sabes cómo aprendo de ello, de la generación de ustedes. Ustedes son más individuos”

Miguel:

“En la soledad encuentras algo que no hay en el mundo de la gente”

Belem:

“La soledad la disfrutas porque aprendes. Siempre hay algo que hacer”

“La soledad es libertad”

Margarita:

“Tengo muchos años viviendo sola. Yo sí disfruto mucho estando sola sin hacer nada”

“Aprender a estar contigo. Eso es lo que se me hace fabuloso. Ya tengo diez años sola y aprendes a disfrutar”

Elena:

“Cuando se está con uno mismo, nunca se está solo”

“Eso es muy bonito [estar consigo misma] porque hay que practicarlo. No es fácil. Pero es bonito.”

Gilda:

“Al principio es difícil, pero igual, cuando te casas, al principio es difícil: porque son dos personas muy diferentes, con hábitos diferentes; pero cuando decides estar sola, ya sea por necesidad o por obligación, vas aprendiendo a ser responsable de tu persona, te vas adaptando, vas haciendo tu espacio. Empiezas a valorar y disfrutar de tu soledad”

“[Hay que] decidir estar sola, porque hay gente que no puede [...] Hay que darse esos espacios”

“Además disfrutas cuando ves a personas. Hasta ves con más gusto a la gente [después de estar sola]”

Síntesis de resultados

En términos generales, las representaciones teatrales mostraron los aspectos más conocidos sobre la soledad, particularmente los aspectos negativos asociados a ésta. También se ratificaron las dos dimensiones cruciales para que el adulto mayor mexicano sienta soledad: Alienación familiar e Insatisfacción personal (Montero-López-Lena & Rivera-Ledesma, 2009)

De igual manera, en las representaciones teatrales se abordaron principalmente dos técnicas de afrontamiento ante la experiencia solitaria (Masi et al., 2011): resignificación de la experiencia solitaria, y búsqueda de contacto social.

En contraste, durante la discusión del ejercicio, se plantearon mucho más los aspectos positivos de la soledad: la oportunidad de crecimiento y de autorreflexión. La dimensión crucial para sentir soledad más abordada en la discusión fue la de alienación familiar. Los participantes reconocieron que sus seres queridos no están siempre disponibles para ellos, por lo que tuvieron que generar sus propias estrategias para afrontar la experiencia solitaria.

Un elemento que surgió durante la discusión y que amplía la concepción sobre soledad, es la experiencia de aprendizaje intergeneracional referente a la soledad. Los participantes expresaron que gracias a sus interacciones con sus familiares y conocidos más jóvenes pudieron aprender a vivir su soledad de manera distinta a como fueron enseñados.

También recalcaron que el proceso de aprendizaje para vivir en soledad es arduo, no se da de manera natural, es un proceso que ellos tuvieron que aprender a su propio ritmo y bajo sus propias condiciones.

Cabe mencionar, que Lalo se mantuvo callado durante la discusión del ejercicio. No obstante, su monólogo, abordó su propia experiencia con la soledad. Evidenciando la manera en la que las personas pueden tocar temas difíciles y trascenderlos cuando se les dan las herramientas necesarias para hacerlo.

Prácticas finales

Las prácticas finales fueron ejercicios que se presentaron en la última sesión del taller. Los participantes eligieron qué modalidad deseaban para presentar los ejercicios: en equipo o unipersonal. De igual manera, estos ejercicios fueron escritos, dirigidos, producidos y actuado en su totalidad por los participantes. El investigador no influyó ni el tema, ni en el montaje.

Para el análisis de las prácticas finales, se respondió a la pregunta ¿Qué elementos de la calidad de vida juegan un papel en la vida de los personajes?

Esto, retomando la definición de calidad de vida como la satisfacción percibida en los diferentes ámbitos de la vida: económico, social y personal; asimismo, la valoración que el individuo realiza de su propia vida (González-Celis Rangel, 2009).

Así como las dimensiones descritas en el WHOQoL-OLD: *autonomía, capacidad sensorial, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, intimidad y muerte y agonía*

A continuación, se presentan las sinopsis de las cinco prácticas finales presentadas por los participantes.

Vidas compartidas: Belem, Margarita y Lalo

Cuando la soledad, la falta de dinero y los miedos e inseguridades se unen, tres amigos deciden compartir la última etapa de sus vidas. Sus defectos, sus virtudes y... renacer...

Dimensiones de Calidad de Vida:

capacidad sensorial: Margarita inicia la escena reconociendo su necesidad de cambiar su estilo de vida, dado los problemas de memoria que ha estado experimentando. Las limitaciones físicas se externalizan en todos los personajes durante toda la escena. Los personajes recurren a mudarse juntos para brindarse apoyo ante los nuevos retos de la vida.

participación social: Los personajes crean una comunidad entre ellos. Se mudan a la misma casa y aprenden a convivir con sus diferencias. Al final, brindan para honrar los años de amistad que les han permitido formar una familia elegida en su vejez.

Angélica, Rocío y Jimi: Aída, Gilda y Miguel

Tres amigos: Aída, Gilda y Miguel, se reencuentran para celebrar el cumpleaños de Aída. Entre recuerdos, risas, tequilas y celebraciones, uno a uno encarna a Angélica Rivera, Rocío Dúrcal y Jimi Hendrix, íconos que recuentan la historia de su juventud y su amistad.

Dimensiones de Calidad de Vida:

actividades pasadas, presentes y futuras: A través de los recuerdos, los personajes celebran y festejan no solamente todo lo que han vivido y logrado, sino los planes que tienen a futuro como amigos.

Mayra: Lalo

“Aunque nadie puede volver atrás y hacer un nuevo comienzo, cualquiera puede comenzar a partir de ahora y hacer un nuevo final”

Somos arquitectos de nuestro destino, y es nuestra decisión crear un futuro feliz y en armonía o escoger la soledad y la amargura a costa incluso de la felicidad de aquéllos que nos rodean. Una familia numerosa y con muchas posibilidades

económicas no es garantía de una vejez feliz. Todo está en tomar la decisión correcta o equivocarse el camino.

Lalo representa a un personaje, sin nombre, viudo, lleno de arrepentimientos y rencores a lo largo de su vida. Un personaje que dista mucho de la persona que ha presentado en el taller.

Dimensiones de Calidad de Vida:

muerte y agonía: El personaje principal lamenta la pérdida de su mujer. Su muerte lo ha dejado sumergido en la desesperación y el rencor.

autonomía: A pesar de tener todos los recursos económicos para vivir acomodadamente, el protagonista no puede hacer su propia vida, pues es carcomido por el arrepentimiento de lo que no pudo vivir con su mujer. Se encuentra atrapado, sin poder hacer más que lamentarse.

actividades pasadas, presentes y futuras: El protagonista se arrepiente de sus decisiones pasadas; de la infidelidad que cometió, del departamento de soltero que le ocultó a su mujer. Lo único que tiene como consuelo es la luna llena que lo acompaña a estar solo, único motivo para seguir mirando al futuro.

Recuerdos, te invito: Lupita

Lupita se encuentra en el ático de su casa buscando algo. Poco a poco va redescubriendo su historia a partir de los objetos olvidados, el polvo y sus memorias. Nos invita a formar parte de ella al ritmo de *Perfume de gardenias*

Dimensiones de Calidad de Vida:

actividades pasadas, presentes y futuras: La protagonista va desempolvando, poco a poco, objetos olvidados en el ático. Con cada objeto, una historia de su vida cobra vitalidad y hace tomar consciencia del papel que jugó en su vida, su familia y sus amistades.

autonomía: Tras hacer un recorrido por toda su vida, la protagonista se reafirma como una mujer capaz de llevar una vida consigo misma, llena de vitalidad. Termina la escena con un brindis a ella misma y su historia.

Vejez y sexualidad: Elena

Una experta en sexualidad en adultos mayores se prepara para dar su conferencia habitual. Poco a poco, conforme expone datos, mitos y realidades de la vejez, se empiezan a materializar su propio erotismo, sus seres amados, sus pérdidas y sus ganas de vivir.

Dimensiones de Calidad de Vida:

intimidad y capacidad sensorial: La premisa de la protagonista es desmitificar la sexualidad en la vejez. Empieza enlistando todas las supuestas limitaciones físicas que presenta la persona mayor para gozar de una vida sexual, para después proponer alternativas a las limitaciones, enfocándose en el juego, las caricias, la *intimidad* de la pareja. Al final de la escena, la protagonista se pronuncia en pro de una vejez digna de ejercer su sexualidad.

Viñetas en torno a la experiencia del taller

Tras finalizar las prácticas finales, se reunió al grupo para hacer una retroalimentación del taller y rescatar cuál fue su experiencia dentro del mismo. A continuación, se muestra una viñeta por participante:

<p>[Los adultos mayores] tenemos mucho que dar a los demás y a nosotros mismos- Margarita</p>	<p>Romper tantas ideas ocultas que tenía. Temores que tenía. Sentirme segura de poder expresarme. Tenemos mucho que dar todavía. -Lupita</p>	<p>Ésta fue una forma de aprender a envejecer con éxito en la vida. Me enseñó a crecer emocionalmente. Haber sacado, sin que nadie me lo pidiera, cosas que tenía guardadas - Belém</p>
<p>Me sacó de mi zona de confort. Me dio gusto participar en grupo, llevaba añísimos que no hacía vida social. Me</p>	<p>Me ayudó a empatizar con personas de mi edad. Estamos vivas. No hay ningún impedimento para</p>	<p>Yo me quedo con las historias de vida de este grupo. No importan las malas experiencias.</p>

<i>hicieron reír, llorar y sacar muchos sentimientos que ocultamos por pena - Gilda</i>	<i>realizar ningún tipo de actividad. Nos ha hecho vibrar, aprender. Me he divertido mucho. La vida es toda una Aventura teatral - Elena</i>	<i>Podemos renacer a una nueva vida - Lalo</i>
<i>Me he reencontrado con la Aída feliz, descubrí una vis cómica. Tener actitud positiva es lo que importa en esta edad - Aída</i>	<i>Gracias por la oportunidad de estar constantemente en el desarrollo humano - Miguel</i>	

El teatro presenta en sí mismo una naturaleza social de cohesión y ritualización (Brandalise, 2015), por lo que los participantes no se encontraron en un escenario típico de laboratorio. En este taller pudieron verter sus experiencias, miedos, vulnerabilidades y verlas reflejadas en sus propios compañeros. En las entrevistas posteriores resonaron vivencias sobre cómo el estar con pares de la misma edad reforzaba la idea de que la vejez no es una etapa de improductividad, incapacidad y pérdidas, sino de nuevos retos como cualquier otra etapa de vida. De igual forma se expresó la experiencia de autodescubrimiento y de crecimiento con miras al futuro.

Síntesis de resultados

Las prácticas finales y la entrevista posterior al taller arrojaron luz sobre los distintos elementos para disfrutar de calidad de vida. “Vidas compartidas” encarna la importancia de la amistad, la compañía y la oportunidad para ser vulnerables y protegidos. “Angélica, Rocío y Jimi” resalta la importancia de continuar frecuentando las amistades y la relevancia de recordar como forma de vivir. “Mayra” muestra como el aislamiento y rencor como formas de enfrentar el duelo, encasilla a la

persona en un bucle sin retorno, decrementando la capacidad de seguir viviendo en plenitud. “Recuerdos. Te invito” conduce a la autorreflexión para reconocer el camino andado en la vida y agradecer las personas y acontecimientos que se viven. “Vejez y sexualidad” pone énfasis en cómo no hay limitante para disfrutar de una vida sexual y afectiva plena en la vejez. En general, las escenas presentadas ilustraron elementos de calidad de vida referidos en el WHOQoL-OLD (Power et al., 2005)

En contraste, la experiencia de los participantes con el taller se relaciona con la calidad de vida expuesta en los trabajos de arte y adultos mayores (Reynolds, 2010; Reynolds & Prior, 2003; Solé et al., 2010): creación de significado hacia las emociones, conexiones interpersonales entre pares y desarrollo personal.

Evaluación cualitativa del modelo de potencial de envejecimiento

Como se mencionó anteriormente, los modelos de Cohen (2006) y Gergen y Gergen (2001) rescatan la narrativa de los adultos mayores para concebir elementos clave en el envejecimiento.

Para contrastar las vivencias recopiladas del taller a la luz de estos modelos se utilizó una evaluación cualitativa basada en los trabajos de Aguilar Delgadillo (2018) y Aguilar Delgadillo & Ramos Lira (2020) quienes realizaron un análisis de las narrativas de jóvenes con Distrofia Muscular de Duchenne, en dicho análisis graficaron los diferentes eventos en la vida de los informantes. Esta técnica de gráfica fue la utilizada para las experiencias de los participantes del grupo de teatro.

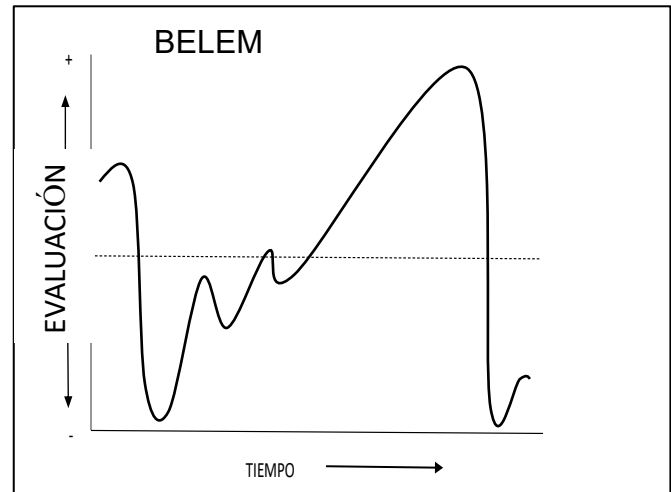
De acuerdo con Aguilar Delgadillo (2018) y Aguilar Delgadillo & Ramos Lira (2020) el análisis narrativo consistió en: (i) transcripción de los ejercicios de palabra, música y monólogos, (ii) lectura de los ejercicios, (iii) síntesis biográfica, (iv) identificación de los componentes narrativos, (v) representación de los acontecimientos relevantes en el gráfico, (vi) Identificación de la forma narrativa, (vii) devolución, lectura conjunta del análisis narrativo, (viii) realización de los ajustes sugeridos por

los participantes e (ix) identificación de los contextos relacionales de los participantes y las construcciones sociales de la vejez presentes en sus narrativas. A continuación, se presentan seis breves historias que sintetizan la historia de vida de los participantes del taller a partir de los ejercicios de palabra, música y monólogos:

Belem

a) Síntesis biográfica

La historia de Belém es de construcción constante. Ella relata en su monólogo cómo enviuda a una edad muy temprana y tiene la responsabilidad de sacar a sus hijos adelante, ella sola.



“O me pongo a llorar o me pongo a trabajar; decidí lo segundo

Me volví arquitecto de mi propio destino y comencé a poner buenos cimientos”.

Aquí comienza ella colocando la base del juego Jenga, lo que dará sostén y guía a sus años venideros. La torre de Jenga se construía y destruía constantemente, pero Belém perseveraba, seguía reconstruyendo, resistiendo, viviendo.

Un buen día se dio cuenta que sus hijos habían dejado el nido, por lo que decide dejarse conquistar por un amigo del trabajo. El amor renace, la torre del Jenga crece con las nuevas experiencias de dos familias que se juntan. Ambos deciden casarse y hacer una vida juntos,

Pero como en todo juego, hay un quiebre. Días antes de la boda, Belém recibe una llamada, él no podrá llegar al altar, un aneurisma, la torre de Jenga se cae al piso.

Todo lo construido se derrumbó... ¿A construir de nuevo?

Ahí termina el monólogo más no la historia de Belém. Sus compañeros la abrazan y ella aclara que la torre sigue en construcción, que próximamente sería bisabuela

y que, aunque la historia que compartió fuese trágica, ella se siente dichosa y afortunada con lo que ha vivido, aquello que no ha sido relatado.

La palabra que eligió Belem para definirse fue colaboración, según ella:

Colaborar para mí es un deber humano para compartir con otros lo que cada uno aprende en la vida.

Saber que lo poco que compartí ayuda mucho a los que lo reciben.

Y no hay otra manera, durante el taller Belém se mostró abierta a las nuevas experiencias, a las nuevas amistades. Tan fue así, que su práctica final *Vidas compartidas* relató la historia de tres amigos que se encuentran en la vejez y deciden compartir vivienda, iniciando una nueva etapa de vida colaborando y aprendiendo juntos.

Su historia musical termina con la canción “Ya lo pasado, pasado”, haciendo hincapié en sus constantes nuevos inicios.

Sobre la experiencia del taller, Belém relata:

Ésta fue una forma de aprender a envejecer con éxito en la vida.

Me enseñó a crecer emocionalmente. Haber sacado, sin que nadie me lo pidiera, cosas que tenía guardadas.

b) Belem: Narrativa epopeya heroica

La forma narrativa del monólogo de Belem es una epopeya heroica (Gergen & Gergen, 1988), existe una combinación constante entre narrativas progresivas y regresivas. Tenemos una heroína que se enfrenta a obstáculos funestos constantemente, poniendo a prueba su virtud principal, colaboración. Poco a poco su vida llega a una plenitud lograda a base de esfuerzos, para finalizar su monólogo con el último desastre: su segunda viudez. Como toda epopeya, nos deja con una enseñanza: volver a construir todo de nuevo.

c) Contextos y construcciones sociales de la vejez

El contexto familiar se relaciona con el modelo de afrontamiento de pérdidas y adaptación socioafectiva (Martín, 2008). Belem se tuvo que adaptar a una viudez

muy temprana, saliendo adelante a como diera lugar. Años después, cuando sus hijos salen de casa y hacen vida independiente, Belem nuevamente se adapta iniciando una nueva relación. Finalmente, la segunda viudez la obliga a iniciar un proceso de afrontamiento psicológico ante la muerte y la individuación.

Los elementos que conforman el diamante de la vida (Gergen & Gergen, 2001) para Belem son: la familia, amigos y su nueva relación (recursos relacionales); su capacidad de salir adelante (bienestar físico); la emoción de vivir cosas nuevas (estados mentales positivos) y el propósito de colaborar y seguir construyendo (actividades motivacionales).

En cuanto al modelo de potencial de envejecimiento (Cohen, 2006) se pueden identificar varias circunstancias de crisis: la primera viudez, los problemas con la familia, los constantes problemas para salir adelante, la salida de los hijos y la segunda viudez. Sin embargo, en su monólogo imperó el sentimiento de empresa más importante para ella; salir adelante, construir de nuevo y disfrutar su vida.

Belem expresa brevemente en su monólogo la experiencia de liberación “*oye, no crees que podrías rehacer tu vida, Belem. Tus hijos ya están grandes*”, a nivel escénico, lo hace quitando las tablitas del Jenga de la base, aquéllas que representaban los primeros retos que la anclaron, y poniéndolas en el nuevo piso de su nueva vida.

La experiencia del monólogo fue una invitación a la etapa de *encore*, en donde los planes de vida son moldeados a partir de reafirmar y redefinir temáticas importantes que surgieron durante la vida (Cohen, 2006). En el caso de Belem, su legado es claro; seguir construyendo, no importa cuántas veces se caiga la torre, Belem se ha apoyado de sus seres queridos y ha colaborado en la continua construcción de su vida.

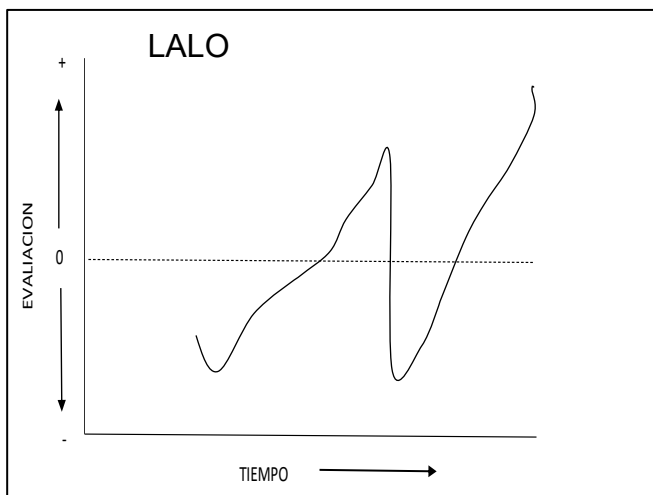
Lalo

a) Síntesis biográfica

¿Que sería si yo si fuera libertad?

Lalo entra al taller como alguien que ya lleva trazado camino en el teatro. Es, por tanto, quien ayuda más a sus compañeros a desarrollar las escenas en cada sesión.

Si yo fuera libertad, abrazaría a un amigo, abrazaría a mi madre y a mi padre, a mi familia entera.



Durante el monólogo confiesa que su vida ha estado repleta de llaves; una en particular no la encuentra a menudo, la llave de su juventud. Los primeros recuerdos antes de su mayoría de edad. Confiesa que muchas veces se quedaba encerrado en su propio mundo de timidez, no dejando a nadie poseer la llave de su soledad.

Llenaría de caricias a mis hijos, a sus amigos, a mi perro, al gato de doña Inés, mi vecina, que siempre está encerrado.

Expresa también, a través de su monólogo, todo aquello que no quiso -o no pudo- poner en palabras durante las discusiones de los ejercicios que tenían que ver con emociones que vulneran, como la soledad.

Si yo fuera libertad cubriría aquellos que me han perdido.

Relata que fue en su mediana edad, a partir de necesidades de trabajo, que empezó a inmiscuirse en el teatro y tuvo la oportunidad de abrirse a nuevos mundos y caminos.

Iría al encuentro de quienes, por escapar de mí, se han llenado de odio y resentimiento.

La llave del teatro también le permitió la fortuna de contar con el apoyo de su hija, quien estuvo en todo momento ayudándolo con sus proyectos de producción, dirección y actuación

Si yo fuera libertad les daría mi vida entera a las naciones y así terminar con la esclavitud y la tiranía del mundo.

Finalmente, relata que, gracias a la llave del teatro, abrió puertas a mundos extraordinarios de sus propios compañeros en el taller. Se dio cuenta que la vida no termina y que siempre se puede volver a renacer. Esto no solo se quedó en palabras, pues Lalo, junto con algunas de sus compañeras, germinaron la semilla plantada en el taller y continuaron juntos con proyectos de teatro independiente.

Si yo fuera libertad, los haría libres a todos.

b) Lalo: Narrativa epopeya heroica

La historia de Lalo es una epopeya heroica, (Gergen & Gergen, 1988) una combinación de narraciones progresivas y regresivas. Tenemos a un protagonista que constantemente se está enfrentando a grandes retos y los logra vencer con éxito: su timidez, su soledad y su camino en la vida.

Las puertas representan los diferentes retos que nuestro protagonista supera gracias a las llaves que ha tenido o a encontrado a lo largo de su vida.

c) Contextos y construcciones sociales de la vejez

Las llaves de Lalo relatan la construcción de un envejecimiento exitoso (Ryff, 1989): las interacciones positivas se reflejan en su relación con su hija y sus compañeros. El propósito en la vida es el de superar la timidez, y emociones vulnerantes como la soledad. La *autonomía* se refleja en su relato al dar solución a los problemas nuevos que va enfrentando. La autoaceptación la refleja con la llave del teatro que le abre la puerta de la vida. El crecimiento personal lo deposita en el agradecimiento a sus distintos contextos y compañeros que lo han acompañado. Y el ajuste al ambiente lo refleja su corporalidad, al ir abriendo cada una de las puertas de su vida con las llaves que va encontrando, y formando, en su camino.

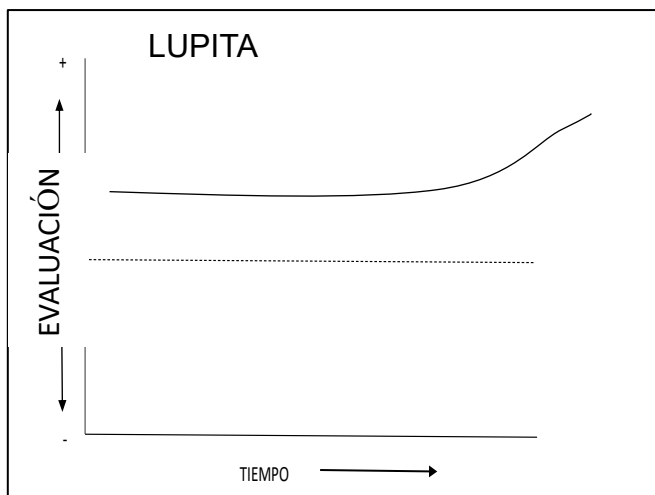
Los elementos de su diamante de la vida (Gergen & Gergen, 2001) quedan expuestos en su relato de la siguiente manera: la relación con sus hijos y colegas (recursos relacionales), la fuerza que lo motivó a meterse a talleres de teatro y

expresión (bienestar físico), el deseo de expresarse y encontrar dicha en el arte (estados mentales positivos) y la confianza que presentó una vez logrados los distintos proyectos teatrales (actividades motivacionales).

En cuanto al modelo de potencial de envejecimiento (Cohen, 2006), podemos decir que Lalo se encuentra en la fase de liberación. Pues después de una reevaluación de la mediana edad (superar su timidez y satisfacer un impulso creativo), la cual se ve reflejada por las distintas llaves que lo han conducido a descubrir el teatro, Lalo llega a un descubrimiento de las bondades del trabajo en grupo y ha redefinido la vitalidad durante la etapa de la vida en la cual se encuentra.

Lupita

a) Síntesis biográfica



Yo soy amor: palabra y concepto feliz e íntimo para lograr todo lo que quiero. Proporciona salud, prosperidad, familia, amigos, entusiasmo, compañeros... Metas que redundan en mi felicidad

La historia de Lupita en el taller es una historia paralela a cómo se describía y cómo participaba

durante el taller. En su historia musical resaltaba tres valores esenciales de su vida: disciplina, orden y belleza. Mismos que fueron ejes conductores durante su monólogo.

El objeto teatral de Lupita eran dos hojas: Una, representando su vida en un internado durante su infancia; la otra, su vida fuera de éste. El primero, un mundo protegido por una burbuja, con el régimen riguroso de la disciplina, en un estado de confort; en el segundo, la nueva realidad. En donde debió hacerse cargo de muchas responsabilidades en una edad muy temprana.

Siempre tuvimos ejemplo de honradez, superación, honestidad respeto y gratitud [...]Este mi relato lo visualizo en dos hojas [...] reflexiono y comparo estas dos

etapas de mi vida [...] la conclusión de mi relato, conforme a mi experiencia, es el concepto dicho por Charles Darwin: Las especies que sobreviven no son las más fuertes, ni las más rápidas, ni las más inteligentes, sino las que se adaptan mejor al cambio.

Lupita mostraba nerviosismo para realizar los ejercicios durante las sesiones, sin embargo, cada ejercicio lo realizaba con mayor soltura que el anterior.

Soy afortunada por esta y muchas experiencias vividas ¡Estoy aquí para ser completamente feliz!

Para la práctica final, nos llevó a su mundo interno, un ático en donde guardaba sus anhelos, sus miedos, sus recuerdos, para al final brindar con nosotros, invitándonos a vivir la vida.

Al comentar sobre la experiencia del taller, confiesa que le fue muy difícil, que no se sentía al mismo nivel que sus compañeros. Sin embargo, al momento de estar en el escenario, Lupita demostró tener un verdadero talento actoral.

Romper tantas ideas ocultas que tenía... Temores que tenía... sentirme segura de poder expresarme... [Las personas mayores] tenemos mucho que dar.

b) Lupita: Narrativa ¡y vivieron felices para siempre!

La historia de Lupita es una narrativa ¡y vivieron felices para siempre! (Gergen & Gergen, 1988) tenemos una narración estable, seguida de una progresiva, en ambos monólogos que presentó (sesión 7 y práctica final) poco a poco más elementos constructivos van formando parte de sus historias, para concluir en la importancia de la adaptación a los nuevos retos de la vida, en el caso del primer monólogo, e invitarnos a disfrutar de nuestros recuerdos e historias de vida, en el caso del segundo.

c) Contextos y construcciones sociales de la vejez

Ambos monólogos de Lupita hacen hincapié en dos elementos de envejecimiento exitoso: la competencia adaptativa (Featherman et al., 1990) y las estrategias de afrontamiento durante la vejez (Fisher, 1992). En el primer monólogo, Lupita hace

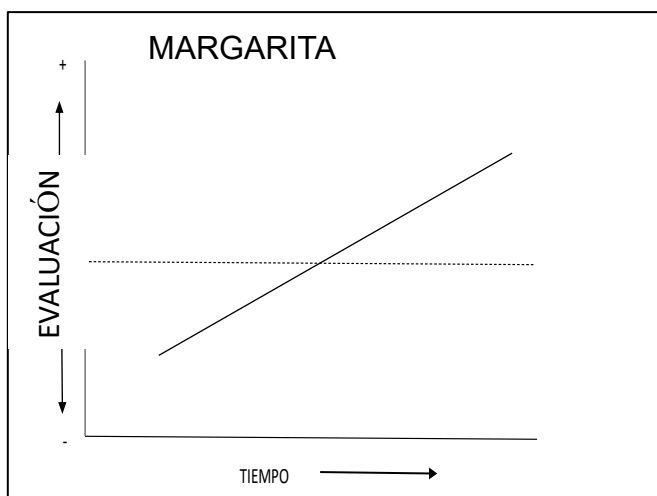
énfasis en las dificultades de una nueva vida y cómo tuvo que adaptarse para sobrevivir. En el segundo monólogo, nos lleva, a través de sus recuerdos, a la reflexión que la vida no es cumplir con los propósitos propuestos en el pasado, sino en la adaptación a los cambios inesperados en la vida. Dicha adaptación a los cambios es motivo de celebración.

Los elementos del diamante de la vida (Gergen & Gergen, 2001) de Lupita son: los familiares en sus recuerdos (recursos relacionales), la capacidad de adaptarse (bienestar físico), la gratitud por lo sucedido (estados mentales positivos) y el acto de recordar y poner la vida en logros (actividades motivacionales).

En el contexto de potencial de envejecimiento (Cohen, 2006) , en ambos monólogos Lupita representó la etapa de recapitulación; recordando todos los elementos que la llevaron hasta el lugar en el que está ahora. En el primer monólogo, los elementos de su infancia y juventud; y en el segundo, los elementos de su adultez. Al final, el saldo la deja con un deseo de explorar su lado creativo en esta nueva etapa.

Margarita

a) Síntesis biográfica



Si yo fuera expresión sería inmensamente feliz ya que no hay nada más hermoso que poder expresar lo que piensas, lo que sientes, lo que anhelas, lo que vives, lo que amas, y un millón de cosas más.

Expresión no solo con palabras, también con acciones, pero sobre

todo, expresar con la propia vida la alegría y el agradecimiento de tenerla.

Margarita comienza su monólogo entregándonos a todos una flor que lleva su nombre. *Esto de jugar a la vida es algo que a veces duele.* Se sienta, y se presenta como “La gorda”, aquella chica que siempre fue la rebelde, la rara, la que constantemente estaba redescubriéndose y encontrando su lugar en el mundo. *La Gorda fue siempre diferente [...] al grado que muchas veces llegó a pensar que no era parte de esa familia.*

Cuando no destacas por nada bueno tienes que hacer algo para llamar la atención y no desaparecer del todo: hay que opinar lo opuesto a todos los demás, llevar siempre la contraria. Es en esta rebeldía en donde “La Gorda” empezó a construir su identidad independiente.

La vida de nuestro personaje continúa, se enamora de su mejor amigo, tienen una linda familia juntos. Dos hijas, una actriz, otra psicóloga y es en este caminar de la vida donde “La Gorda” descubre a Margarita.

Margarita describe como el psicoanálisis le ayuda a resignificar sus seis décadas de vida, y el teatro, le permite expresar nuevos caminos... Margarita se sienta firme, muestra la flor en su mano y se presenta: *Mi nombre es Margarita.* Y descubrió su belleza y su talento, por lo que decidió encaminarse hacia el estudio de las artes, los idiomas y hacer lo que realmente quería. Lo que nos transporta a su vida musical, la cual termina presentando *Non, je ne regrette rien* como su lema y legado.

Por último, un día descubrió que su verdadero nombre no era la Gorda, sino Margarita [nos muestra la flor en su mano]. Y le gustó tanto que se lo tatuó en el brazo para no olvidarlo nunca. Y entonces volvió al inicio: sí, esto de jugar a la vida, es algo que a veces duele...pero otras veces, la mayoría, no.

b) Margarita: Narrativa progresiva

Margarita nos presenta una narrativa progresiva (Gergen & Gergen, 1988) poco a poco más elementos constructivos van formando parte de sus historias, para concluir con el autoconocimiento del sí mismo, representado por una flor; símbolo del camino ya transcurrido y por transcurrir.

c) Contextos y construcciones sociales de la vejez

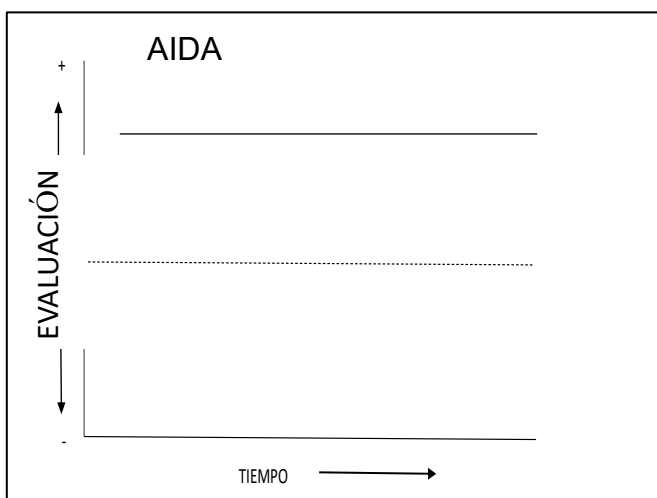
El contexto psicoanalítico que plantea Margarita en su monólogo, la sitúa dentro del modelo de envejecimiento exitoso de Ryff (1989). El proceso de análisis le proporcionó interacciones positivas, propósito en la vida, *autonomía*, autoaceptación, crecimiento personal y ajuste al ambiente. Todos estos elementos estuvieron presentes dentro de su construcción narrativa en el monólogo.

Los elementos del diamante de la vida (Gergen & Gergen, 2001) de Margarita son: Su esposo y sus hijas (recursos relacionales), su participación en diversas actividades recreativas (bienestar físico), el autodescubrimiento (estados mentales positivos) y su involucramiento en diversos grupos con el fin de gozar su vida (actividades motivacionales).

Dentro del contexto del modelo de potencial de envejecimiento (Cohen, 2006), Margarita representó en escena la etapa de recapitulación: nos contó sobre todo su proceso de construcción personal, aunada con la facilidad que le ha brindado el psicoanálisis para continuar con su proceso de autodescubrimiento. Compartió también cómo el ejercicio del monólogo le ayudó durante su proceso analítico a seguir descubriendo su arqueología personal.

Aída

a) Síntesis biográfica



Si yo fuera amor no solo me referiría a hablar del amor de pareja que en la vida es muy importante y significativo.

Hablar de amor es darlo sin esperar recibirlo y darse uno mismo, el amor que merece como persona

Amar es vivir en total armonía porque el amor nos hará

inmortales.

Aída llega al taller tras la experiencia reciente de enviudar. Inmediatamente trae consigo a cada ejercicio el recuerdo y legado de su amor en pareja.

En el ejercicio musical, ella se reusa a dejarnos entrar. Relata que su vida en pareja ha sido muy musical y le cuesta trabajo compartir algo tan íntimo, tan reciente y doloroso.

En el monólogo, nuevamente nos habla del amor. No sólo como un vehículo de aprendizaje y respeto. Sino también como la confianza de pasar vergüenzas, experiencias cotidianas como comer mariscos, construir juntos una vida de momentos pequeños, pero significativos.

Al terminar el taller Aída comparte:

Me he reencontrado con la Aída feliz, descubrí en mí una vis cómica.

Y es así, con el recuerdo de su marido, con su pronunciamiento a favor del amor, con su silencio y discreción ante su propio dolor, Aída nos enseña un cariño sumamente importante: el amor a uno mismo.

b) Aída: Narrativa estable

Aída nos presenta una narrativa estable (Gergen & Gergen, 1988) con el amor como eje conductor. Es decir, una narración que vincula los acontecimientos de tal modo que la trayectoria del individuo permanece esencialmente inalterada. En esta estabilidad rescata un sinfín de experiencias, risas, dolor, y llanto. Hay un proceso de duelo presente y hay que darle su lugar en la construcción de la propia narrativa.

c) Contextos y construcciones sociales de la vejez

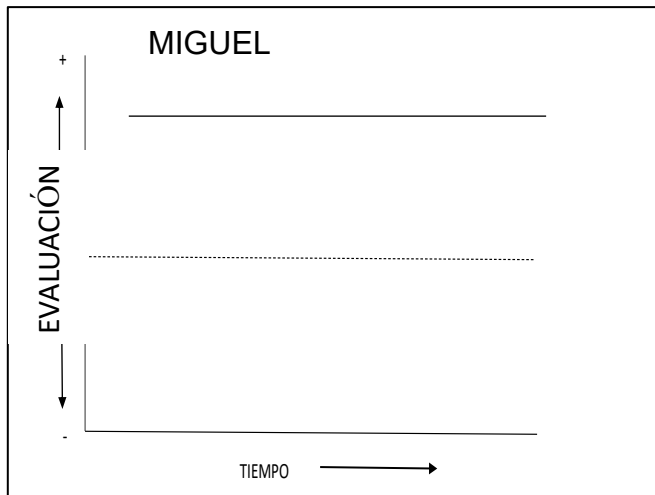
El monólogo de Aída entra en el contexto de afrontamiento de pérdidas y adaptación socioafectiva en la vejez (Martín, 2008). El duelo de enviudar fue una constante en sus ejercicios. Ella misma relata cómo entró al taller por sugerencia de Margarita, para poder trabajar estas emociones posiblemente difíciles.

Por tal motivo, el diamante de la vida (Gergen & Gergen, 2001) de Aída está cargado hacia el amor que profesa hacia su esposo (recursos relacionales y actividades motivacionales). No obstante, también se encuentra dentro de su discurso el hecho que ella no se identifica como una persona mayor, pues está llena de energía (bienestar físico) y le gusta salir con amigos y disfrutar de fiestas y reuniones (estados mentales positivos y recursos relacionales).

Dentro del contexto del modelo de potencial de envejecimiento (Cohen, 2006), la historia de Aída representa una reevaluación de la mediana edad, hay un momento de crisis derivado de la pérdida de la pareja y una nueva condición de vivir sola. No obstante, en la entrevista posterior, se vislumbra una etapa de liberación, al reencontrarse con su lado cómico y creativo.

Miguel

a) Síntesis biográfica



Si fuese la transparencia pondría en juego el pensamiento de cada persona que encontrase. Le preguntaría que está haciendo o pensando.

Miguel es un hombre que llega al teatro por el deseo de reflexionar. En su historia musical se encuentra música de protesta, de unión

familiar, de deseos por un mundo mejor.

En su monólogo, con guitarra en mano, nos invita a pensar qué es lo que deseamos y qué nos previene de conseguirlo. Prejuicios propios, falta de motivación, falta de motivos.

Miguel le apuesta al arte como una manera de darle sabor a cada día y de invitarnos a reflexionar qué estamos haciendo para cambiar al mundo.

b) Miguel: Narrativa estable

La narrativa de Miguel es estable (Gergen & Gergen, 1988). Es decir, una narración que vincula los acontecimientos de tal modo que la trayectoria del individuo permanece esencialmente inalterada. Esta estabilidad la enuncia desde el deseo de un mundo mejor a través de la ciencia, la educación y las artes.

c) Contextos y construcciones sociales de la vejez

El discurso de Miguel se sitúa dentro de la ruptura de funciones del adulto mayor (Cinta, 2006) al invitar al espectador a nunca dejar de soñar y luchar por un mundo mejor. Su monólogo exhorta a florecer y prosperar en esta etapa de la vida.

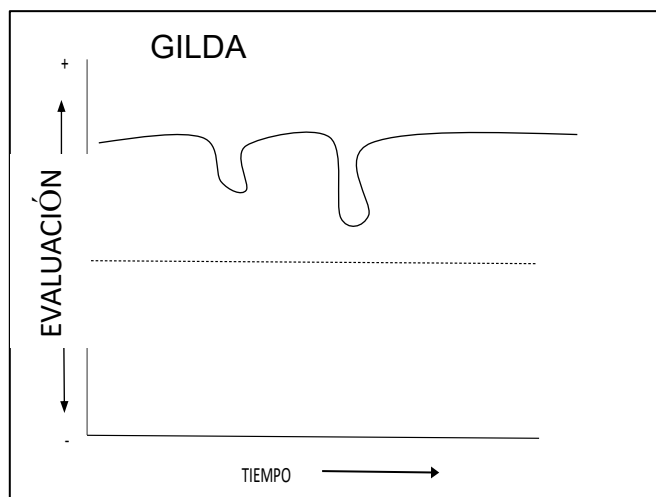
Los elementos del diamante de la vida (Gergen & Gergen, 2001) de Miguel que se pueden apreciar son: comunidad y nación (recursos relacionales), capacidad de

seguir trabajando (bienestar físico), disfrutar de las actividades (estados mentales positivos) e incurrir en las artes, la ciencia y la moral (actividades motivacionales).

Dentro del contexto del modelo de potencial de envejecimiento (Cohen, 2006), Miguel representó la otra mirada de la etapa de reevaluación de la mediana edad, pues no la compartió desde las crisis vividas, sino desde el sentido de empresa que surge de querer transformar el mundo en un lugar mejor, con las herramientas aprendidas a lo largo de los años.

Gilda

a) Síntesis biográfica



Representando la paciencia hay que saber escuchar a todas las personas, no importa si existen diferencias de opinión o actitudes, todos somos únicos y debemos respetarnos los unos a los otros.

Gilda comienza compartiéndonos sus apodos: la flaquita y la piccolina. Mismos que irá

repetiendo como hilo conductor entre cada experiencia. Nos cuenta sus aventuras de la infancia, siendo ella la quinta de siete hermanos. No hay quinto malo enuncia riendo.

Poco a poco nos va confesando pasajes dolorosos y llenos de retos, aquellas ideas sobre el matrimonio, la vida urbana, la familia, se van desmoronando y reconstruyendo conforme pasa la vida.

Los golpes de la vida, de la viudez, todo es recompensado. Esos dolores, esas altas y bajas se recompensan con las bendiciones que uno recibe, porque aquella piccolina ya es abuela de dos criaturas, y ahora es muy feliz viviendo una etapa tan diferente, tan hermosa que no tiene precio. De ahí para adelante, lo que venga, aceptar lo que venga, no tengo planes. El pasado ya fue. Ahora estoy en el presente.

Gilda comparte que el taller de teatro le permitió salir de su zona de confort: *Me dio gusto participar en grupo. Llevaba añísimos que no hacía vida social. Me hicieron reír, llorar, y sacar muchos sentimientos que ocultaba por pena.*

Confiesa también que le costaba trabajo realizar los ejercicios, fue reservada en los ejercicios de música y de monólogo; así como en la práctica final. Pero el teatro no solo es lo que sucede en escena. Gilda fue la paciencia, fue la que escuchó a los demás, la que prestó un oído a todas las voces participantes. Ella hizo un teatro posible.

b) Gilda: Narrativa comedia-novela

La narración de Gilda es una comedia- novela. Una narración regresiva seguida por una narración progresiva. Los acontecimientos de la vida se hacen cada vez más problemáticos hasta el desenlace cuando se restaura la felicidad para los principales protagonistas (Gergen, 1996)

c) Contextos y construcciones sociales de la vejez

Dentro del contexto de su envejecimiento, Gilda relata elementos de afrontamiento de pérdidas y adaptación socioafectiva (Martín, 2008): la viudez y los cambios de entorno familiar, éstos enfocados hacia el gozo de una nueva etapa. De igual manera, su discurso estableció una ruptura con los roles del adulto (Cinta, 2006), en este caso, las funciones de la mujer: pequeña, frágil y sumisa para identificarse con una mujer adaptada a una nueva vida, llena de plenitud.

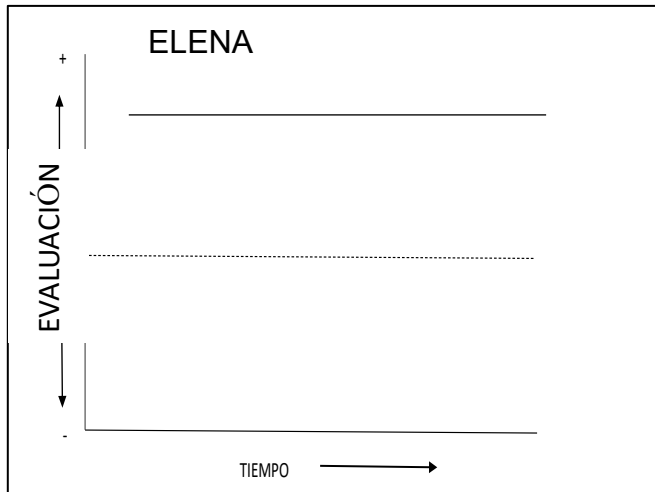
Dentro del diamante de la vida (Gergen & Gergen, 2001) de Gilda se encuentran los siguientes elementos: sus nietos y sus nuevos compañeros (recursos relacionales), la capacidad de salir de su zona de confort (bienestar físico), la nueva realización de vida social (estados mentales positivos) y la motivación de seguir adelante en esta nueva etapa (actividades motivacionales).

Dentro del contexto del modelo de potencial de envejecimiento (Cohen, 2006), Gilda nos fue presentando las diversas crisis familiares por las que pasó durante su etapa

de reevaluación de la mediana edad, para que al final, se plantara dentro de la etapa de liberación. *De ahí para adelante*. Lo que venga ella está dispuesta a vivirlo, con los ojos al futuro.

Elena

a) Síntesis biográfica



La vida es toda una aventura teatral

Elena llega al taller ávida de aprender y aplicar los conocimientos en un grupo de adultos mayores al que pertenece. Constantemente estuvo preguntando, retroalimentando y participando.

Al momento de compartir su historia hizo gran hincapié en el legado que está siguiendo. Durante el ejercicio de la música, Elena comparte que perdió a sus tres hijos debido a una enfermedad. Lloró. Se da un momento para recordarlos “Eres tú” -el tema tocado en su boda- enuncia la canción que la identifica.

En su monólogo, Elena utiliza un lápiz para representar a todos los maestros que la han acompañado a lo largo de su vida. Agradece el aprendizaje y las ganas de formar a las nuevas generaciones.

En la práctica final, Elena propone un monólogo como cátedra para hablar de la salud sexual en la vejez. Ella, sentada en un banco, como experta en sexualidad nos empieza hablar de cómo tener integrados los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual.

Rompe el mito de la sexualidad como vínculo exclusivo a la reproducción. Propone la sexualidad en la vejez como una forma de comunicación y cambio afectivo.

Entonces, sucede un rompimiento, la mascada que tenía en el cuello deviene teatralmente en un bebé en brazos. Elena lo mira, llora, busca ayuda desesperadamente, ayuda que jamás llegó. Solloza mientras abraza una última vez a su hijo, sonrío, agradece su existencia y lo deja ir. La mascada se eleva en el aire y vuelve a su cuello. La experta en sexualidad se reincorpora en su papel de catedrática.

Oímos decir ¿Qué es eso del amor? Están muy viejos... ¿Para qué van a seguir durmiendo juntos si ya ustedes...?

¿Y a ustedes, qué? Enuncia a manera de reto. Elena nos habla de cómo envejecer no es sinónimo de enfermedad, o falta de deseo, de carencia de atractivo o del fin de la actividad sexual. Nos recuerda que el amor y las relaciones de afecto al llegar a la tercera edad son alimento para la salud.

No debo olvidar que el amor y las relaciones de afecto al llegar a la tercera edad, son alimento para la salud, la autoestima y la satisfacción [...]Acceder a la intimidad quiere decir identificarse con el otro, sin perder el sentido de su propia identidad.

Elena se levanta y termina su clase *Vámonos mi amor*, le dice a alguien del público. La escena termina con el merecido aplauso...

Al preguntarle por su experiencia en el taller de teatro, ella contesta:

[El teatro] nos ha hecho vibrar, aprender nerviosos, quitarnos la pena. Me he divertido mucho... Empatizar con personas de mi edad. Estamos vivas.

b) Elena: Narrativa estable

Elena, al igual que Lupita, presentó dos monólogos, el segundo estando en la práctica final. Y en ambos presentó una narrativa estable (Gergen & Gergen, 1988). Es decir, una narración que vincula los acontecimientos de tal modo que la trayectoria del individuo permanece esencialmente inalterada. En el primer monólogo, habló desde la gratitud de todo lo que le ha enseñado la vida; y todo lo que ella ahora está enseñando a los demás. En el segundo, habló desde la liberación de los atavismos concernientes a la tercera edad en torno a la sexualidad. En ambos habló de pérdidas y crisis muy fuertes en su vida, pero no como puntos

de quiebre en su historia, sino como elementos que hilvanaban su propio caminar en la vida.

c) Contextos y construcciones sociales de la vejez

Dentro del contexto del primer monólogo, el discurso de Elena entra en el modelo de satisfacción con la vida (Fisher, 1992), al ir recontando todos los acontecimientos de su vida desde la gratitud y el asombro.

Dentro del contexto del segundo monólogo, Elena primero enumera los cambios fisiológicos asociados a la vejez (Díaz, 2008; Quintanilla, 2000), después los mitos asociados al aparente declive intelectual, cognitivo y sexual en la vejez (Fernández-Ballesteros, 2011) para después proponer cómo adaptarse y minimizar ese aparente deterioro (Baltes & Baltes, 1993). Invita a pensar fuera de las convenciones y pensar en un envejecimiento más positivo (Gergen & Gergen, 2001). No niega que hay retos por superar y dificultades con el cuerpo y la mente de la persona mayor, pero rescata que la vida continúa y merece ser bella, gozada y agradecida.

El diamante de la vida (Gergen & Gergen, 2001) de Elena consta de los siguientes elementos: su esposo y su grupo de amigos y colegas (recursos relacionales), la posesión de un cuerpo propio, capaz de ser amado y sexuado (bienestar físico), la dicha de vivir en comunidad y estar agradecida con la vida (estados mentales positivos) y las ganas de seguir aprendiendo y experimentando nuevas aventuras (actividades motivacionales).

En el contexto del modelo de potencial de envejecimiento (Cohen, 2006) se puede establecer que Elena es una mujer que ha vivido muchas cosas en un periodo corto de tiempo. Nos compartió la reevaluación de la mediana edad a través de la crisis derivada de la pérdida de sus hijos; la liberación a partir de la ruptura de los mitos en torno a la sexualidad de los adultos mayores; la recapitulación a través del agradecimiento a sus maestros, alumnos, y compañeros que la han ayudado a seguir adelante, educando, aprendiendo y construyendo; y el encore en esta vida en la que ella nos invita a seguir aprendiendo, disfrutando y siempre seguir adelante.

Integración de hallazgos, Fase II

En el grupo de intervención se presentaron 3 narrativas estables, 1 narrativa progresiva y 4 narrativas mixtas; de las cuales: 2 fueron epopeyas heroicas, 1 del mito ¡Y vivieron felices para siempre!, y 1 comedia-novela.

Los elementos del diamante de la vida (Gergen & Gergen, 2001) de los participantes fueron los siguientes:

Recursos relacionales: familia, amigos, pareja, colegas, comunidad y los nuevos compañeros del taller.

Bienestar físico: ser capaz de seguir trabajando, poseer un cuerpo propio digno de ser amado, fuerza para seguir adelante, y la no identificación con el esquema deficitario de ser adulto mayor.

Estados mentales positivos: Explorar cosas nuevas, deseo por expresarse creativamente, gratitud, autodescubrimiento, salir de la zona de confort

Actividades motivacionales: Tener una nueva vida social, seguir construyendo, hacer teatro y otras actividades artísticas, recordar.

Los momentos cruciales que dan lugar a las diferentes fases del modelo de potencial de envejecimiento (Cohen, 2006) fueron los siguientes:

Reevaluación de la mediana edad: viudez, pérdida de hijos, superar la timidez, problemas familiares, independencia de los hijos, retiro.

Liberación: hijos con vida independiente, descubrir el trabajo en grupo, descubrir una vis cómica.

Recapitulación: recuerdos, gratitud, construcción personal, y procesos psicoanalíticos.

Encore: Descubrir un legado y vivir a través de él.

En esta segunda fase, se utilizaron modelos que abordan el envejecimiento desde una mirada de atributos positivos, así como modelos que ponen énfasis en la construcción personal, social y cultural de la vejez. El objetivo del taller para esta

fase fue de dotar a los participantes de un lenguaje teatral para que pudieran elaborar una escena que contenga la construcción social de su propio proceso de envejecimiento. De esta manera, se pudieron rescatar narrativas que pudieron ser comparadas con los modelos de envejecimiento antes mencionados.

3. Discusión

3.1 Sobre los efectos de un taller teatro en la percepción de la frecuencia de soledad y calidad de vida en adultos mayores

Sobre la primera pregunta de investigación: *¿Cuáles son los efectos de un taller de teatro sobre la percepción de la frecuencia de soledad y calidad de un grupo de adultos mayores?* Se puede afirmar que:

Existe una diferencia significativa en los puntajes de la dimensión *participación social* del instrumento de Calidad de Vida (WOQoL-OLD) en el grupo de adultos mayores que participaron en el taller de teatro comparado con el grupo control lo que es congruente con la evidencia que emplea el arte con adultos mayores (Cohen, 2006; Cohen et al., 2007; Yuen et al., 2011). La *participación social* es una variable estudiada en adultos mayores que reiteradamente se ha documentado que aumenta al considerar otras artes (Cohen, 2006; Greer et al., 2012; Solé et al., 2010). Los resultados de este estudio evidencian la importancia de esta variable específicamente vinculada con el arte teatral (Brandalise, 2015; Noice et al., 2015). En este estudio se observó que los participantes si bien se reportaron como vulnerables, tuvieron la oportunidad de mitigar esa sensación negativa al participar en los ejercicios de teatro y recibir el apoyo del grupo.

En el grupo de intervención, hubo una tendencia hacia el aumento en los puntajes de la subescala de *muerte y agonía* del WHOQoL-OLD. El grupo de intervención presentó características de pérdidas importantes que fueron abordadas durante el

taller: la viudez y la pérdida de los hijos. Esto pudo explicar la sensibilización que hubo con esta subescala. Hablar de la pérdida de seres queridos ya sea por muerte, mudanzas o vida independiente, pone en primer plano esta condición humana, pero compartirlo con el grupo puede servir como condición catártica y contención emocional. Esto se apoya en los hallazgos reportados por Borgmann (2002); Kim, (2013); Nainis et al.(2006) y Reynolds & Prior (2003) quienes documentaron que el ejercicio artístico permite abordar y resignificar emociones y experiencias difíciles.

En el grupo de intervención, hubo una tendencia hacia el aumento en los puntajes de la subescala de *alienación familiar* del IMSOL-AM y también se encontró una tendencia al decremento en los puntajes de la subescala de *intimidad* del WHOQoL-OLD. Los participantes, durante los ejercicios, reportaron que cuando buscaban a otros miembros de su familia, como sus hijos, no estaban disponibles todas las veces pues –según el testimonio de una participante- “están haciendo también su vida”, lo que los ha orillado a buscar otras maneras de aprovechar su tiempo. Esto, aunado a que “hay más tiempo para hacer otras cosas” durante la edad senecta, puede dar luz sobre los puntajes alcanzados de *alienación familiar*, y no los de *insatisfacción personal*, los que tienen un aumento en el postest. Al tratarse de población abierta, los participantes llegan a la vejez con un *self* consolidado, y con la capacidad de reconocer los cambios en la calidad y frecuencia de sus relaciones sociales. Los resultados encontrados sugieren que tal vez el detonante de la experiencia solitaria, no sea la falta de propósito en la vida, sino una conciencia de las personas mayores sobre del déficit de oportunidades para hacer vida social con su familia y amigos (Montero-López-Lena & Rivera-Ledesma, 2009).

Por otra parte, el WHOQoL-OLD define la *intimidad* como la capacidad y frecuencia de amar y ser amado (González-Célis & Gómez-Benito, 2013; Power et al., 2005; Saucedo, 2018). Por las características de sensibilización a la soledad y el hecho de que, algunas veces, se discutió la imposibilidad de convivir con los seres queridos, se puede explicar la razón por la que hubo una disminución en los puntajes de esta subescala en comparación con los puntajes del grupo que no

participó en el taller. Estos resultados son congruentes con los hallazgos de Quiroz et al. (2017) que asocian la soledad percibida en relación con la familia con un decremento en la calidad de vida de personas mayores.

En cuanto a la soledad como una variable que afecta, de manera negativa, la calidad de vida de las personas en todos los dominios de ésta (González-Celis Rangel, 2009), los resultados de este estudio mostraron que mediante la experiencia teatral es posible experimentar soledad y manejarla, encontrando apoyo en un grupo vinculante, como en este caso, el grupo de teatro. Por ello, es importante conceptualizar la soledad, más allá de una experiencia negativa. Al respecto, es más estratégico conceptualizar la soledad como un estresor (Montero y Sánchez-Sosa, 2001) que permite reestablecer y mejorar la calidad de las relaciones sociales (Heatley Tejada et al., 2017).

Los modelos sobre experiencia solitaria hablan de cómo la soledad va aumentando durante la edad senecta (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007) por lo que los puntajes en aumento de ambos grupos van acorde con los modelos sobre dicha experiencia. Ser mujer y la disminución en la calidad de las relaciones familiares son los factores mayormente asociados con la soledad percibida en la vejez (Pinquart & Sorensen, 2001). Durante la discusión, fueron mujeres hablando de cómo los hijos ya no están disponibles lo que desencadenó la experiencia solitaria y el proceso para manejar la soledad.

Contrario a lo que se esperaba en el taller, hubo una tendencia a incrementar la frecuencia de soledad en los participantes, aunque ésta no fue estadísticamente significativa, ni tan marcada comparada con la del grupo control. Una explicación factible para este resultado sugiere que rotular la experiencia solitaria durante los ejercicios teatrales pudo sensibilizar a los participantes a detectar dicha experiencia en sus vidas. No obstante, al finalizar los ejercicios, se compartió todo aquello que fue nuevo a nivel emocional, usando la retroalimentación de las actividades como contenedor de las emociones y de las experiencias compartidas.

Cuando se trató de la representación de las historias de vida personales como primer acercamiento al fenómeno de la soledad, los significados comunes fueron negativos, tal y como plantean los modelos de soledad tradicionales (Caspi et al., 2006; Hawkey & Cacioppo, 2007). Sin embargo, en estos ejercicios también se rescatan las estrategias de los personajes para lidiar con la experiencia solitaria (Masi et al., 2011), como: buscar a la familia, buscar el contacto con amigos, pedir ayuda, salir de la rutina y entablar nuevas relaciones.

Cuando se discutió la representación de la experiencia solitaria en escena, empezaron a surgir los resignificados del fenómeno. Particularmente, cómo ésta no es del todo una experiencia negativa, sino también una experiencia de aprendizaje y autodescubrimiento. Aquí radica no solo la importancia de conceptualizar la soledad como un estresor (Montero-López Lena & Sánchez-Sosa, 2001) – con elementos positivos y adaptativos al entorno- sino también conceptualizarla como una experiencia digna de ser compartida. Al momento de verbalizarla, escudriñarla, y ponerla en acción, se descubren sus aristas más humanizantes y menos amenazantes.

No hubo diferencias pretest-postest en las subescalas de *autonomía* y *capacidad sensorial* del WHOQoL-OLD del grupo de intervención. Estos resultados son congruentes con las narrativas de los participantes, pues ellos no hicieron referencia, ni en sus ejercicios, ni en las discusiones y entrevistas posteriores, a limitaciones debidas a la vejez, por el contrario, se presentaron como adultos mayores con funcionalidad física y psicológica, colocándose dentro de los modelos de envejecimiento positivo (Gergen & Gergen, 2001).

En este taller, los participantes pudieron verter sus experiencias, miedos, vulnerabilidades y verlas reflejadas en sus propios compañeros dentro de sus ejercicios y reflexiones teatrales. En las entrevistas posteriores, compartieron vivencias sobre estar con pares de la misma edad, reforzaba la idea de que la vejez no es meramente una etapa de improductividad, incapacidad y pérdidas; sino de

nuevos retos como cualquier otra etapa de vida. Estos testimonios refuerzan los hallazgos de investigaciones previas sobre atributos positivos de la vejez, en donde haber participado en un taller de teatro para personas mayores permitió reducir prejuicios viejistas (Anderson et al., 2016), aumentar la motivación para participar en actividades artísticas (Noice et al., 2015), generar un sentimiento de comunidad con personas de la misma edad (Ribeiro e Cunha, 2012) y repensar otras maneras posibles de envejecer creativamente (Mendes, 2016).

De igual forma, los participantes manifestaron una fuerte carga emocional durante algunos ejercicios del taller. Es pertinente mencionar que hubo momentos en los que los participantes reportaron experiencias de vulnerabilidad, éstas siempre eran compartidas al final de cada ejercicio. Es decir, el taller de teatro se constituyó como facilitador de la sensibilización y contención de experiencias vulnerables, así como un escenario que propiciaba la involucración activa de los participantes. Este proceso es importante para la promoción de la salud mental en las personas mayores, ya que en congruencia con lo reportado por Cinta, (2006) Garfein & Herzog, (1995); Jones, (1996) y Kiecolt-Glaser et al. (2002) la manifestación espontánea de emociones facilita la aceptación de posibles pérdidas afectivas al tiempo que permite la revaloración de los vínculos que aún prevalecen.

En México, el Instituto Nacional de Geriátría (2013) propone transitar hacia un modelo de envejecimiento centrado en la funcionalidad y el bienestar de la persona adulta mayor y su familia. Dicho modelo implica el cambio de un paradigma asistencialista a uno de bienestar y calidad de vida de las personas mayores. Un requisito indispensable para que el planteamiento anterior pueda funcionar es que se trabaje desde la investigación (Instituto Nacional de Geriátría, 2013), la cual genera conocimiento útil para conformar políticas públicas. La Fase I de este proyecto abona evidencia positiva sobre la promoción de la calidad de vida y la habilidad para lidiar con la soledad, apoyada en el arte teatral.

3.2 Sobre las representaciones de la soledad y de la vejez en la narrativa de adultos mayores

Sobre la segunda pregunta de investigación: *¿Cuál es la representación de la soledad y de la vejez en la narrativa de los participantes?* Podemos utilizar el modelo de potencial de envejecimiento de Cohen (2006) para comparar las narraciones derivadas de los ejercicios:

1. **Reevaluación de la mediana edad:** En el caso de los participantes del taller, los momentos de crisis previos a la adultez mayor fueron: enviudar, el retiro y el cambio del esquema corporal, tal y como lo anuncia el modelo de Cohen (2006). Sin embargo, en un caso la viudez llegó en los veinte, y en otro caso, fue la pérdida de los hijos lo que desencadenó la reevaluación, por lo que se pone en tela de juicio la manera lineal en la que se conceptualiza la vejez (Corral, 2008). De hecho, los cambios propios de la edad son los que desencadenan procesos de ganancias y pérdidas. Esto sugiere que no existen hitos del desarrollo exclusivamente característicos de la vejez. Sino que es una conjunción de vivencias particulares las que colocan a un individuo en esta etapa de la vida. La práctica final “Vidas compartidas” puso en escena el inicio de una nueva etapa a partir de la crisis de sus personajes: la viudez, el retiro y el vivir juntos.
2. **Liberación:** La mayoría de los participantes se encontraba en esta etapa descrita por Cohen (2006) misma que se distingue por la ruptura de los roles esperados en la vejez y un deseo de explorar nuevas experiencias. De igual manera, el taller fue un catalizador en donde se rompieron resistencias (Azar, 1988), y hubo un reconocimiento con los pares. Se enunciaron, en múltiples momentos, deseos de seguir creando, jugando y aprendiendo y se llegó al consenso, en las entrevistas posteriores, que la tercera edad trae consigo una plétora de posibilidades de exploración, creación y vivencias. El monólogo de Elena fue una invitación a quitarse los atavismos que conlleva llegar a la tercera edad, romper los mitos y tabúes sobre la sexualidad en la

vejez e invitar a la exploración de sí mismo y del otro, disfrutando los años y el cuerpo.

- 3. Recapitulación:** Del grupo de participantes, solamente Belém y Elena se encontraban en esta etapa, previa al taller. Sin embargo, el monólogo sirvió como catalizador en invitación a la reflexión. ¿Quién soy? ¿Qué camino he recorrido? y ¿Qué de todo este camino es el que quiero compartir con los demás y de qué manera? Fueron tres preguntas que guiaron la construcción del monólogo. Margarita comenta que este ejercicio sirvió como elemento de análisis durante sus sesiones de psicoterapia. Por lo que sería importante dar una salida interdisciplinaria a herramientas teatrales dentro de procesos psicoterapéuticos, más allá de la dramaterapia (Jones, 1996) y el psicodrama (Bello, 1999) los cuales parten desde una demanda clínica o psicosocial más que por el gusto de realizar una actividad de expresión creativa.

La práctica final de Lupita encarnó la recapitulación que hacía el protagonista de su propio desarrollo, decidiendo continuar con lo que sea que la vida le traiga.

- 4. Encore:** Por la característica del grupo de participantes, ninguno de ellos pertenecería a esta etapa del desarrollo, debido a que no hay todavía variaciones novedosas a los caminos y legados encontrados en la etapa anterior. Sin embargo, en términos teatrales, este grupo continuó con la experiencia dramática más allá del taller. Siguieron, por su cuenta, formándose en la disciplina dramática.

La práctica final de Miguel, Aida y Gilda mostró a tres amigos que, celebrando la vida, toman la decisión consiente de seguir divirtiéndose y reuniéndose entre amigos en esta última etapa. Siempre con una sonrisa.

Sobre los cuatro ejes en los que la expresión creativa tiene injerencia en el potencial de envejecimiento (Cohen, 2006): i) desarrollo de un mecanismo de sensación de

control, ii) influencia de la mente sobre el cuerpo, iii) desarrollo del compromiso social y iv) desarrollo de la plasticidad cerebral; este trabajo puso a prueba dos:

- i) **Desarrollo de un mecanismo de sensación de control:** Cohen (2007): ha asociado resultados favorables en salud con realizar actividades donde el sujeto desarrolle cierto nivel de pericia. La influencia de la sensación de control en la salud es más pronunciada en la segunda mitad de la vida (Rodin, 1986).

Los ejercicios del taller comenzaron con niveles de dificultad bajos, y cada uno de los ejercicios era creado por el propio equipo de participantes. Esto permitió un trabajo personalizado, adaptado a las necesidades de cada individuo. Los ejercicios rápidamente podían aumentar de dificultad en cada sesión y los participantes resolvían con éxito la mayoría de las escenas.

Para la práctica final, todos los participantes mostraron la pericia suficiente de tener conciencia del espacio escénico, el público y su ubicación y de cómo realizar una escena redonda de principio a fin. La clave estuvo en hacer escenas cortas, donde la sensación de control se pudiera mantener sin tanta dificultad. Eso desembocó en escenas cortas, complejas y bastante apreciadas por el público.

Las artes proveen una buena oportunidad de desarrollar esta sensación de control, así como la oportunidad de generar algo nuevo y bello, lo cual ofrece una enorme sensación de satisfacción y empoderamiento. De igual manera, procurar la sensación de control en intervenciones o programas de expresión creativa, permitiría a la población senecta permanecer activos. Es decir, procurar darles las herramientas para que se sientan en control con la actividad, en vez de imponer intervenciones donde deben participar de manera obligada.

- ii) **Desarrollo del compromiso social:** El compromiso social como mecanismo que promueve la salud tiene una influencia positiva en la salud y en la reducción de la mortalidad (Avlund et al., 1998; Glass et al., 1999).

El compromiso social se reflejó cuando los participantes siguieron en contacto después del taller para desarrollar otros proyectos teatrales de manera independiente. Es decir, el taller funcionó como un semillero en donde germinaron los deseos de querer hacer y se consolidaron proyectos más allá de los objetivos de esta intervención.

3.3 A manera de integración analítica.

En este trabajo se habló de los cambios demográficos experimentados en México durante el siglo XX, que mostró un aumento en el porcentaje de adultos mayores de 60 años (INEGI, 2005; INEGI, 2021).

Los cambios demográficos presentaron un desafío para identificar las variables relevantes que contribuyen a un envejecimiento saludable y positivo (Giró, 2006).

La calidad de vida es una de estas variables. A partir de lo establecido por diversas organizaciones nacionales e internacionales (IAAM, 2017; Secretaría de Salud, 2001; UNFPA, 2017; United Nations, 2016), las personas adultas mayores deben disfrutar una vida plena, saludable, segura, satisfactoria y como una parte integrante de la sociedad.

La calidad de vida ha sido definida en términos psicológicos, como la relación que tiene el individuo con su estado funcional, el acceso a los recursos y oportunidades sociales, y a la sensación de bienestar y satisfacción (González-Celis Rangel, 2009) y puede ser medida utilizando el WHOQoL-OLD, el cual ha sido validado en población mexicana (González-Célis & Gómez-Benito, 2013).

A partir de los puntajes de la escala WHOQoL-OLD, y las narrativas derivadas de la práctica final, los ejercicios de teatro y los comentarios de los participantes; se

puede afirmar que la calidad de vida del grupo de teatro se presenta de la siguiente manera:

Es dinámica y varió considerablemente entre cada uno de los participantes y a través de su vida (Evandrou & Glaser, 2004): los participantes experimentaron diferentes retos a lo largo de su juventud y adultez, los cuales derivaron en los diferentes contextos que experimentan actualmente en su vejez.

Entre las macrodimensiones (Walker & Mollenkorf, 2007) de la calidad de vida de los participantes se encontraron dos:

- En términos demográficos y económicos, los 8 participantes son mayores de 60 años, 3 de ellos son jubilados, 2 trabajan en sus propios negocios y 3 son amas de casas, percibiendo ingresos por pensión.
- En términos educativos, 5 de los participantes alcanzaron educación superior, mientras que 3, llegaron a la educación media-superior

Entre las microdimensiones (Walker & Mollenkorf, 2007) de la calidad de vida de los participantes se encontraron dos:

- Valores que repercuten en la calidad de vida, recopiladas a través del ejercicio de las palabras: colaboración, amor, libertad, transparencia, expresión, paciencia e *intimidad*
- Experiencias que repercuten en la calidad de vida, recopiladas a través del monólogo y las prácticas finales: el amor de los hijos, la pareja y los amigos; la muerte de seres queridos, autoconocimiento derivado del proceso de envejecimiento, y realización de actividades artísticas y recreativas.

En relación con su estado funcional (González-Celis, 2002), a partir de los resultados en las subescalas de *capacidad sensorial* y *autonomía*, el grupo de teatro no presentó diferencias pretest-postest. Esto derivado de los criterios de inclusión, que requerían personas capaces de moverse y acceder al material de teatro con o sin ayuda; asimismo, las características de los participantes del grupo de teatro los colocan dentro de un perfil de funcionalidad física y psicológica. Las narrativas

derivadas de los ejercicios y las discusiones posteriores evidenciaron que sí hay cierta pérdida funcional dentro del grupo de participantes; algunos experimentan sordera, dificultad para memorizar y dificultad de movimiento. No obstante, estas dificultades no son significativas o fueron compensadas por otros medios para poder llegar a los objetivos planteados.

En relación con el acceso a los recursos y las oportunidades para usar sus habilidades (González-Celis, 2002), a partir de los resultados en las subescalas de *participación social e intimidación*, el grupo de teatro presentó un aumento en la dimensión de *participación social* y una disminución en la dimensión de *intimidación*. Las narrativas derivadas de los ejercicios documentaron que los participantes reconocieron la dificultad para coincidir con sus familiares, particularmente los hijos, no obstante, poder convivir con pares en el taller de teatro, les permitió tejer nuevas redes de apoyo.

En relación con la sensación de bienestar (González-Celis, 2002), a partir de los resultados en las subescalas de *actividades pasadas, presentes y futuras y muerte y agonía*, el grupo de teatro presentó una disminución pretest-postest en *actividades pasadas, presentes y futuras* y un aumento en *muerte y agonía*. Las narrativas derivadas de los ejercicios evidenciaron que hablar y compartir en un ambiente contenido, experiencias difíciles como la muerte, ayuda a mitigar la sensación debilitante asociada a ésta. De igual manera, incurrir en nuevas actividades en la vejez, puede generar una reevaluación de las metas trazadas en etapas anteriores.

Lo anterior sugiere que la calidad de vida de los participantes tiene elementos en común, como las macrodimensiones (educación y zona de vivienda) y elementos individuales (bienestar subjetivo). No obstante, al compartirse en grupo, surgen metas y experiencias en común, particularmente asociadas con los recursos y oportunidades sociales y a la sensación de bienestar.

Otra variable clave identificada, en este trabajo, fue la soledad, dado que es una experiencia frecuente y en aumento gradual, durante la vejez (Pinquart & Sorensen,

2001), además de ser una experiencia potencialmente estresante durante esta etapa (Montero-López Lena & Sánchez-Sosa, 2001)

A partir de los puntajes de la escala IMSOL-AM, y las narrativas derivadas del monólogo, los ejercicios de teatro y los comentarios de los participantes; se puede afirmar que la experiencia solitaria del grupo de teatro se presenta de la siguiente manera:

Contiene múltiples dimensiones (Montero-López Lena & Sánchez-Sosa, 2001), reflejadas en escena por 4 ejercicios con experiencias solitarias distintas: pérdida de un ser querido, carencia de vínculos sociales significativos, aislamiento social y rechazo. Además es secuencial (Montero-López Lena & Sánchez-Sosa, 2001), pues se representó con antecedentes y consecuencias en los ejercicios.

Tiene un potencial estresante (Montero-López Lena & Sánchez-Sosa, 2001), vivido de manera distinta. En el ejercicio de Margarita y Lupita se escenifica claramente que ambas amigas experimentan soledad, pero la perciben de manera distinta; mientras que una sufre por no tener a nadie, otra aprovecha esos momentos para hacer cosas para ella misma. Es decir, existe una discrepancia entre el deseo y la realidad percibida de las relaciones sociales (Peplau & Cutrona, 1980) y la calidad de estas relaciones (Pinquart & Sorensen, 2001; Wheeler et al., 1983)

En relación con las dimensiones de la experiencia solitaria, a partir de los resultados en las subescalas de *insatisfacción personal* y *alienación familiar* del IMSOL-AM (Montero-López-Lena & Rivera-Ledesma, 2009), el grupo de teatro presentó el postest un aumento en las puntuaciones de *alienación familiar* y no presentó diferencias en la dimensión de *insatisfacción personal*. Las narrativas derivadas de los ejercicios evidenciaron que los participantes han caído en cuenta que la disponibilidad para socializar con sus hijos ha cambiado, y ante esto se han tenido que adaptar, aprendiendo y disfrutando de su experiencia solitaria,

A partir de la discusión tras el ejercicio de soledad, se ratifica que la experiencia solitaria motiva la conexión de redes interpersonales, incluso la conexión con uno

mismo (Hawkley & Cacioppo, 2010), por lo que estos hallazgos abonan evidencia para considerar la soledad como un estresor que alerta al individuo a mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales (Heatley Tejada et al., 2017; Montero-López Lena, 1999).

En este trabajo, además de las variables relevantes para el desarrollo de una vejez saludable, se identificaron varios modelos que describen envejecimientos positivos. Dentro de los modelos descritos, destacan aquellos basados en dimensiones de participación; como el envejecimiento productivo (Butler, 1985), envejecimiento robusto (Garfein & Herzog, 1995), envejecimiento activo (Baltes, & Baltes, 1990; Havighurst, 1961) y envejecimiento exitoso (Rowe, & Kahn, 1987). La calidad de los productos creativos realizados, la capacidad de realizar todas las actividades del taller, contar con el apoyo de amigos y familiares y, en términos de participación social, seguir siendo miembros activos de la comunidad, abona evidencia empírica a favor de los modelos de envejecimiento saludable.

En cuanto al envejecimiento robusto (Garfein & Herzog, 1995) los participantes mostraron la pertenencia de los tres componentes propuestos en este modelo: i) involucramiento productivo, al ser capaces de crear diversas escenas teatrales y llevarlas a cabo frente un público; ii) estado afectivo, al explorar con éxito diversas emociones, sentimientos y experiencias potencialmente vulnerables; iii) estado funcional y cognitivo, al ser capaces de realizar físicamente las escenas y estar presentes en la realidad teatral de sus personajes, sin perderlos.

En cuanto al modelo de envejecimiento exitoso (Baltes & Baltes, 1990) se sugiere que los participantes mostraron selección, al momento de ponerse de acuerdo en qué escena iban a presentar con las instrucciones y restricciones impuestas; optimización, al acortar la escena lo suficiente para mantener un ritmo teatral específico y tener consciencia del público y el final de la escena; y compensación al utilizar emociones y experiencias personales como recurso mnemónico. Al proceso teatral de utilizar la emoción y el contexto para facilitar el aprendizaje y memorización de líneas Noice y Noice (2015) lo llaman experiencia activa.

Dentro del modelo de envejecimiento exitoso (Ryff, 1989) se pueden observar que con la instrumentación del taller se pudieron observar los 6 criterios que este modelo propone:

- i) Interacciones positivas con los demás: prueba de esto es el puntaje alto en *participación social* en la escala WHOQoL-OLD, el hecho de que los participantes continuaron con proyectos teatrales más allá del taller, y las experiencias contadas en la sesión final.
- ii) Sentido de un propósito en la vida: apreciado en los distintos monólogos y el ejercicio de palabras. Cada participante tuvo uno o varios valores vectores en su vida que lo condujeron a su contexto actual
- iii) Autonomía: reflejada en los puntajes altos, y sin cambio alguno, de la escala WHOQoL-OLD.
- iv) Autoaceptación: este criterio es el que tiene más variabilidad entre participantes. En algunos, fue el reconocimiento de su propio legado (Belem, Miguel, Elena), en otros, fue el autodescubrimiento a través del teatro o la terapia (Lupita, Margarita, Lalo).
- v) Crecimiento personal: este criterio se refleja en el proceso teatral que cada participante tuvo. Desde la superación de la timidez y defensas personales, hasta el desarrollo de varios productos creativos.
- vi) Ajuste al ambiente: apreciado en la adaptación a las distintas restricciones impuestas en cada ejercicio teatral

Como se puede apreciar, el taller de teatro fue no solo un lugar para facilitar el desarrollo de competencias y fortalezas hacia un envejecimiento saludable, sino también puso en evidencia los recursos psicoemocionales que ya tenían las personas mayores. Los recursos con los que los participantes ya contaban se vieron reflejados en el trabajo en equipo, la creatividad, y la motivación para hacer y crear.

Estos modelos positivos y saludables del envejecimiento apuntan a ser un éxito desde el punto de vista científico y político (Villar & Serrat, 2015). En términos de la disciplina psicológica, han ayudado a centrar la atención sobre las competencias, el bienestar y el proceso de devenir en adulto mayor (Cohen, 2006; Gergen & Gergen,

2001), la capacidad de compensar pérdidas y adaptarse a un ambiente en constante cambio (Baltes, & Baltes, 1990), o las transiciones intergeneracionales que pueden ocurrir (Anderson et al., 2016)

Desde una perspectiva política, el envejecimiento activo es el relato que han asumido instituciones globales como la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001), cuya influencia ha logrado que se implementen programas que enfatizan la integración, activación y educación para la vejez.

Otros modelos como el envejecimiento exitoso (Baltes & Baltes, 1993), potencial de envejecimiento (Cohen, 2006) o envejecimiento positivo (Gergen & Gergen, 2001) buscan profundizar en los procesos psicológicos y sociales que subyacen en la construcción de un envejecimiento digno, saludable y asumido.

Para evidenciar y promover los distintos modelos de envejecimiento saludable y positivo, se utilizó el arte teatral como escenario de intervención e investigación. El arte teatral, junto con las demás artes, forma parte de la expresión creativa, la cual es una propuesta a la necesidad de intervenir e investigar una población tan heterogénea como la constituida por los adultos mayores (Camic, 1999; Price & Tinker, 2014; Stuckey & Nobel, 2010).

En este trabajo, se evidenció la utilidad psicológica que tienen las artes en la vida del ser humano (Dissanayake, 2000), pues son un aspecto de la cultura que permite a los humanos crear sentimientos de mutualidad y facilita la necesidad de pertenecer, encontrar y crear significado, así como ganar competencia física en un área en particular (Dissanayake, 1998). Concebir las artes como conducta inherente al ser humano, permite enseñarlas y practicarlas desde el gusto por hacerlo, dejando a un lado la presión por desarrollar estrictamente una habilidad específica.

Con respecto al taller de teatro, éste sigue la señal CADAC *El teatro al servicio de la persona* para todo aquel que desee acercarse al conocimiento teórico-práctico del mismo. En este estudio la práctica teatral se empleó para aprovechar

técnicamente los recursos formativos de la personalidad que el teatro contiene, como medio integrador del ser humano en sus diferentes edades (Azar, 1988)

Trabajar desde esta señal facilitó dos procesos:

- i) a nivel teatral, permitió reducir las resistencias escénicas, y enfocar los esfuerzos en la experiencia de cada participante. De esta manera, los participantes se aproximaron a las distintas técnicas necesarias para producir una escena breve, redonda (donde existía coherencia entre el principio y el final de la escena), de calidad, con buen ritmo, con consciencia del espacio escénico y del público.
- ii) a nivel de la investigación, permitió generar un ambiente en donde se podían verter las experiencias de los participantes con su entorno. Al finalizar cada ejercicio, se dedicaban siempre unos minutos a la retroalimentación y a la reflexión. La primera, para ir refinando el proceso actoral y de espectador, y la segunda, para hilar lo expuesto en escena con sus experiencias en la vida cotidiana. Así se fueron recopilando las narrativas expuestas en este trabajo, combinación de lo presentado en escena, los comentarios y reflexiones en torno a lo presentado, y las correcciones hechas a partir de la devolución de los análisis narrativos a los participantes.

El grupo de teatro presentó narrativas que ejemplificaron todos los modelos que abordan el envejecimiento: el modelo demográfico (INEGI, 2021) fue presentado en escenas con personajes reconociendo ser adultos mayores a partir de factores como el retiro, recibir una pensión y tener nietos.

El modelo médico/biológico (Instituto Nacional de Geriátrica, 2013) fue pocas veces representado a partir de la aparente fragilidad de la vejez. Salvo algunas excepciones, como la practica final de Lalo (Mayra), rara vez los personajes mayores fueron representados con dificultades físicas o decaimiento cognitivo. Incluso la práctica final de Elena se pronuncia en contra de estos mitos y prejuicios asociados a la vejez.

El modelo psicosocial (Cinta, 2006) que aborda la adaptación a la ruptura de las funciones de la juventud fue representado en los monólogos y el ejercicio del *sountrack de tu vida*. Los modelos que abordan la calidad de vida (Power et al., 2005) y soledad (Masi et al., 2011b; Montero-López Lena, 1999; Montero-López-Lena & Rivera-Ledesma, 2009; Pinguart & Sorensen, 2001) en la vejez fueron representados en las prácticas finales y el ejercicio de emociones, respectivamente.

La devolución del análisis permitió conocer los efectos favorables que tiene para los participantes conocer sus historias; la evidencia de los cambios y logros plasmados en el camino andado, pero sobre todo, la contribución del conocimiento de la experiencia de envejecer para los profesionales de la salud, la población general y para el grupo de teatro que, a partir de esta experiencia, tejió redes desde la creatividad.

Por todo lo anterior, podemos decir que la narrativa es una herramienta útil, que permite dar cuenta de las diversas formas de vivir y significar la vejez, pero sobre todo de la pertinencia y relevancia de considerar el contexto y la vivencia singular en su abordaje.

En términos metodológicos, este trabajo puede ser visto desde la mirada de métodos mixtos o multi-método. En el caso de métodos mixtos, es la noción de que dos aproximaciones (cualitativa y cuantitativa) son integradas para dar respuesta a una pregunta de investigación, mientras que la investigación multi-método puede definirse como la práctica de emplear dos o más métodos o estilos diferentes de investigación dentro del mismo estudio o programa de investigación en lugar de limitar la investigación al uso de un solo método (Anguera et al., 2018).

No obstante, dado que en este trabajo se establecieron dos fases, y con ello, dos preguntas de investigación, cada pregunta tuvo un método específico de análisis que dio respuesta a la pregunta. Las discusiones derivadas de estos resultados no fueron a partir de discrepancias de aproximación metodológica, sino de los modelos y teorías revisados para cada variable, por lo que la discusión sobre métodos mixtos y multi-método escapa los objetivos y alcances de este trabajo.

3.4 Limitaciones y Alcances.

Dada la integración de datos cuantitativos y cualitativos, en este trabajo existen limitaciones y alcances. Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra la pequeña escala de éste, la cual dificulta la extrapolación de su efectividad. De igual manera, los resultados obtenidos se limitan a una población de clase media, que cuenta con educación superior. Ante esto se abre la duda de si sería la misma experiencia aplicar el taller de teatro con otras variables individuales. Por ello, es necesaria la investigación con un mayor número de participantes. Los resultados obtenidos son prometedores para continuar con esta línea de investigación y la replicabilidad del estudio resulta sugerente.

En relación con los alcances de este trabajo, se identifican tres niveles:

- (i) Nivel conceptual. Se relacionaron dos variables relevantes para la salud mental en personas adultas mayores: percepción de calidad de vida y frecuencia de soledad; las cuales, se vincularon con la percepción de oportunidades para amar y ser amado por miembros de la familia.
- (ii) Nivel de método. Se evidenció la pertinencia de instrumentar un taller de teatro en como vehículo para promover la salud mental en personas adultas mayores.
- (iii) Nivel empírico. Se abordó el vínculo arte-ciencia como una opción de intervención para promover la adaptabilidad socioemocional en personas adultas mayores.

3.5. Coda

A manera anecdótica, durante la sesión de retroalimentación, se les preguntó a los participantes ¿Qué es un adulto mayor? Las respuestas pueden ser categorizadas en tres distintas dinámicas de personajes:

- i) El anciano vs el viejo: Aquí se hace la distinción entre dos distintos tipos de vejez: el anciano, aquella persona que llega a la vejez llena de

sabiduría y entereza; y el viejo, quien padece la vejez y se encuentra en un estado general de malestar. Esta concepción de los participantes va acorde a los modelos de envejecimiento óptimo, normal y patológico (Baltes, & Baltes, 1990)

- ii) El joven eterno: En esta concepción, acorde a la edad subjetiva (Rubin & Berntsen, 2006), se apela a la juventud como sinónimo de energía, vitalidad y buen humor; mientras que, a la vejez, como sinónimo de malestar. En este sentido, alguien mayor de 60 años puede referirse a sí mismo como joven, al exhibir características relacionadas con envejecimiento exitoso (Ryff, 1989), activo (WHO, 2001) o positivo (Gergen & Gergen, 2001)
- iii) El adulto mayor: Aquí, la persona acepta la condición de envejecer, con todos los aspectos positivos y de vulnerabilidad. No niega cierta condición de fragilidad, pero ello no lo exime de ser sujeto de derechos, digno y capaz de seguir construyendo. Esta concepción está más apegada al modelo de potencial de envejecimiento (Cohen, 2006), en donde momentos de crisis o empresa desencadenan conciencia de la edad y del plan y legado de vida.

Tomando en cuenta estas concepciones, y aunadas a los modelos revisados y resultados obtenidos, podemos decir que la vejez es una etapa construida socialmente. Con parámetros físicos, cognitivos, y sociales, en donde la persona construye y asume una narrativa que combina las expectativas de la vejez con sus propias experiencias durante esta, creando así, una identidad propia del ser adulto mayor, el reconocimiento del camino recorrido y el desafío de construir un legado de vida.

Esta construcción narrativa implica una congruencia con la historia de vida de la persona adulta mayor. Existe una estabilidad identitaria que permite a la persona colocarse en esta etapa. Por ello, la intervención teatral resulta útil, pues se dota a los participantes de un lenguaje escénico y simbólico antes de pedirles que hablen de sí mismos. La conciencia del espacio, del público, de sí mismos y de su historia

se va entrenando poco a poco, para que, en el momento de presentar un ejercicio teatral sobre su propia vida, el participante tenga las herramientas para entregar, no sólo un producto de calidad teatral, sino información relevante para las ciencias sociales interesadas en los procesos psicosociales.

Las narrativas recopiladas en este trabajo también abonan a los modelos que se posicionan en contra de ver la tercera edad como una etapa de destino final (Cohen et al., 2007; M. M. Gergen & Gergen, 2001; Giró, 2006). A final de cuentas, la vejez no cuenta con delimitantes, excepto tal vez la muerte, y varía no solo de un individuo a otro, sino de acuerdo con las expectativas sociales y culturales, con la posición social y económica de la persona (Dulcey-Ruiz & Valdivieso, 2002).

Dicho esto, no solo son las personas adultas mayores las que fallecen. En un país donde cada vez más jóvenes pierden la vida a causa de la violencia (INEGI, 2021), llegar a la vejez, y posicionarse desde allí, puede ser en sí mismo un acto de resistencia.

De igual manera, las narrativas derivadas de este trabajo abonan a la complejidad de la soledad como experiencia subjetiva. Como se mencionó antes, resulta congruente posicionar a la experiencia solitaria como un estresor que alerta al individuo a buscar mayor calidad en sus relaciones socioafectivas (Heatley Tejada et al., 2017; Montero-López Lena, 1999), de esta manera, la soledad transita de ser concebida como un síntoma negativo, a un posible indicador de calidad de vida, al referir de qué manera la persona adulta mayor reconoce su experiencia y busca resignificarla, o reconectar con seres queridos.

Como reflexión final, la salud pública puede verse beneficiada al considerar las artes como forma de intervención e investigación. Se pueden construir puentes con artistas y grupos comunitarios para atender una gama de necesidades específicas, a la vez que se desarrollan programas que enriquecen a la comunidad. De esta manera, las necesidades de salud pública expuestas en la introducción de este trabajo pueden ser satisfechas. Por un lado, creando proyectos de intervención en salud mental de bajo costo y que generan motivación a la participación, y por el otro,

generando proyectos artísticos de calidad, en donde la falta de recursos económicos es resuelta con amplios recursos creativos, y a su vez, se crea la semilla para tejer redes de apoyo en las comunidades de adultos mayores.

En lo particular, trabajar con la psicología de la salud y con las artes, ha sido un reto en donde los resultados si bien no quedaron claros en un inicio, ya que se enfrentaron inseguridades personales y metodológicas; éstas fueron trascendidas conforme se avanzó en la instrumentación del taller, develando significados de la vejez personales y significativos. Por otra parte, enfrentar este desafío, tanto en términos académicos como sociales, fue sumamente disfrutable y enriquecedor, pues pude ser testigo del impacto vivencial que experimentaron los participantes en quienes la involucración alcanzada dentro del taller instrumentado dejó una plétora de beneficios emocionales, sociales y cognoscitivos que les permitieron reconstruir su propia concepción de vejez.

Referencias

- Aguilar Delgadillo, C. (2018, octubre 8). *Narrativas de vida de jóvenes con distrofia muscular de Duchenne (DMD)* [Presentación en el XII CONGRESO DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA]. Psicología Social y Ambiental, Ciudad Universitaria, México. <http://cuved.unam.mx/divulgacion/index.php/CPMDP/XIICPPUNAM2018/paper/view/316>
- Aguilar Delgadillo, C., & Ramos Lira, L. (2020). Análisis narrativo de la vida de un joven con distrofia muscular de Duchenne. *Alternativas en Psicología, Año XXIV*(45).
- Aiken, N. (1998). *The Biological Origins of Art*. Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Aiken, N. (2001). An evolutionary Perspective on the nature of Art. *Bulletin of Psychology and the Arts, 2*, 3–7.
- Anderson, S., Fast, J., Keating, N., Eales, J., Chivers, S., & Barnet, D. (2016). Translating Knowledge Promoting Health Through Intergenerational Community Arts Programming. *Health promotion practice, 15*24839915625037. <http://hpp.sagepub.com/content/early/2016/02/29/1524839915625037.abstract>
- Anguera, M. T., Blanco-Villaseñor, A., Losada, J. L., Sánchez-Algarra, P., & Onwuegbuzie, A. J. (2018). Revisiting the difference between mixed methods and multimethods: Is it all in the name? *Quality & Quantity, 52*(6), 2757–2770. <https://doi.org/10.1007/s11135-018-0700-2>
- Avlund, K., Damsgaard, M. T., & Holstein, B. E. (1998). Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Social*

- science & medicine, 47(5), 635–643.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698001221>
- Azar, H. (1977). *Zoon Theatrykon* (primera ed.). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Azar, H. (1988). *Cómo acercarse al teatro*. Plaza y Valdés.
- Baltes, P & Baltes, M. (1990). Psychological Perspectives on Successful Ageing: The Model of Selective Optimization with Compensation. *Successful Ageing*, 1–34. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Baltes, P., & Baltes, M. (1993). *Successful Aging. Perspectives from The Behavioral Sciences*. Cambridge University Press.
- Bello, M. C. (1999). *Introducción al Psicodrama. Guía para leer a Moreno*. Colibrí.
- Berguno, G., Leroux, P., McAinsh, K., & Shaikh, S. (2004). Children's experience of loneliness at school and its relation to bullying and the quality of teacher interventions. *The Qualitative Report*, 9(3), 483–499.
- Bernard, M., Rickett, M., Amigoni, D., Munro, L., Murray, M., & Rezzano, J. (2015). Ages and Stages: The place of theatre in the lives of older people. *Ageing and Society*, 35(06), 1119–1145. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14000038>
- Bigelow, D. A., McFarland, B. H., & Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27(1), 43–55.
- Boomsma, D. I., Willemsen, G., Dolan, C. V., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2005). Genetic and Environmental Contributions to Loneliness in Adults: The Netherlands Twin Register Study. *Behavior Genetics*, 35(6), 745–752. <https://doi.org/10.1007/s10519-005-6040-8>
- Borgmann, E. (2002). Art therapy with three women diagnosed with cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 29(5), 245–251.
- Bowling, A. (1994). Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 6(1), 41–58.
- Bradburn, N. M. (1969). *The Structure of Psychological Well-being*. Aldine Press.
- Brandalise, A. (2015). Music Therapy and Theatre: A Community Music Therapy Socio-Cultural Proposal for the Inclusion of Persons With Autism Spectrum Disorders. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 15. <https://boap.test.uib.no/index.php/voices/article/view/733>
- Broderick, J. E., Junghaenel, D. U., & Schwartz, J. E. (2005). Written Emotional Expression Produces Health Benefits in Fibromyalgia Patients: *Psychosomatic Medicine*, 67(2), 326–334. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000156933.04566.bd>
- Bugos, J. A., Perlstein, W. M., McCrae, C. S., Brophy, T. S., & Bedenbaugh, P. H. (2007). Individualized Piano Instruction enhances executive functioning and working memory in older adults. *Ageing & Mental Health*, 11(4), 464–471. <https://doi.org/10.1080/13607860601086504>
- Butler, R. (1985). *Productive Ageing*. Springer.
- Cacioppo, J. T., & Hawkey, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology

- in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Camic, P. (1999). Expanding treatment possibilities for chronic pain through expressive art therapies. En C. Malchioti (Ed.), *Medical Art Therapy with adults* (pp. 43–62). Jessica Kingsley Publisher.
- Camic, P. M. (2008). Playing in the Mud: Health Psychology, the Arts and Creative Approaches to Health Care. *Journal of Health Psychology*, 13(2), 287–298. <https://doi.org/10.1177/1359105307086698>
- Caspi, A., Harrington, H., Moffitt, T. E., Milne, B. J., & Poulton, R. (2006). Socially isolated children 20 years later: Risk of cardiovascular disease. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 805–811.
- Castora-Binkley, M., Noelker, L., Prohaska, T., & Satariano, W. (2010). Impact of Arts Participation on Health Outcomes for Older Adults. *Journal of Aging, Humanities, and the Arts*, 4(4), 352–367. <https://doi.org/10.1080/19325614.2010.533396>
- Chapman, L., Morabito, D., Ladakakos, C., Schrier, H., & Knudson, M. (2001). The effectiveness of art therapy interventions in reducing PTSD symptoms in pediatric trauma patients. *Art Therapy*, 18, 101–104.
- Chase, S. E. (2015). Investigación narrativa: Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, *Manual de Investigación Cualitativa. Volumen IV. Métodos de recolección de datos* (pp. 58–112). Gedisa.
- Chippendale, T., & Bear-Lehman, J. (2012). Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: A randomized controlled trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(4), 438–446.
- Cinta, D. (2006). La vejez ¿respetabilidad de la familia? *Salud de la comunidad*, 2(3), 67–61.
- Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Rosenthal, C. J. (2000). Well-being in Canadian seniors: Findings from the Canadian study of health and aging. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 19(2), 139–159.
- Clift, S. (2012). Creative arts as a public health resource: Moving from practice-based research to evidence-based practice. *Perspectives in Public Health*, 132(3), 120–127. <https://doi.org/10.1177/1757913912442269>
- Cohen, G. D. (2006). Research on Creativity and Aging: The positive impact of the Arts on Health and Illness. *GENERATIONS*, XXX(1), 7–15.
- Cohen, G. D. (2011). The Geriatric Patient. En *Principles and practice of geriatric psychiatry* (second ed., Vol. 42, pp. 15–30). Lippincott Williams & Wilkins, A Wolters Kluwer Business. <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afs169>
- Cohen, G. D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K. M., & Simmens, S. (2007). The Impact of Professionally Conducted Cultural Programs on the Physical Health, Mental Health, and Social Functioning of Older Adults—2-Year Results. *Journal of Aging, Humanities, and the Arts*, 1(1–2), 5–22. <https://doi.org/10.1080/19325610701410791>
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19(02), 279. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004200>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (CONEVAL). (2018). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo social* (Primera edición).

- https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/IEPDS_2018.pdf
- Corral, A. (2008). El desarrollo psicológico durante la vida adulta. En B. Delgado (Ed.), *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez* (Vol. 2, pp. 167–184). McGraw Hill.
- Coss, R. (1968). The ethological command in art. *Leonardo*, 1, 273–287.
- Coubard, O. (2011). Practice of contemporary dance improves cognitive flexibility in aging. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 3. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2011.00013>
- Davis, B. W. (1985). The impact of creative drama training on psychological states of older adults: An exploratory study. *The Gerontologist*, 25(3), 315–321. <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/25/3/315.short>
- de Medeiros, K., Kennedy, Q., Cole, T., Lindley, R., & O'Hara, R. (2007). The impact of autobiographic writing on memory performance in older adults: A preliminary investigation. *The American journal of geriatric psychiatry*, 15(3), 257–261.
- de Medeiros, K., Mosby, A., Hanley, K. B., Pedraza, M. S., & Brandt, J. (2011). A randomized clinical trial of a writing workshop intervention to improve autobiographical memory and well-being in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(8), 803–811. <https://doi.org/10.1002/gps.2605>
- Díaz, M. (2008). Principales trastornos en la edad adulta y la vejez. En B. Delgado (Ed.), *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez* (Vol. 2, pp. 199–212). McGraw Hill.
- Dissanayake, E. (1992). *Homoaesthetics: Where art comes from and why*. The Free Press.
- Dissanayake, E. (1998). *What is art for?* University of Washington Press.
- Dissanayake, E. (2000). *Art and Intimacy: How the arts begin*. University of Washington Press.
- Dulcey-Ruiz, E., & Valdivieso, C. U. V. (2002). PSICOLOGIA ,DEL CICLO VITAL: HACIA UNA VISION COMPREHENSIVA DE LA VIDA HUMANA.I. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1), 17–27.
- Erikson, E. (1985). *El ciclo vital completado*. Paidós.
- Evandrou, M., & Glaser, K. (2004). Family, work and quality of life: Changing economic and social roles through the lifecourse. *Ageing and Society*, 24(05), 771–791. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002545>
- Featherman, D., Smith, J., & Peterson, J. (1990). Successful Aging in a Post-Retired Society. En Baltes, M & Baltes, P (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 50–93). University Press.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 73, 89–104.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Envejecimiento satisfactorio. En D. Zarco & J. Martínez (Eds.), *Corazón, cerebro y envejecimiento* (pp. 35–53). Tricastela.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of Life in Old Age: Problematic Issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(1), 21–40. <https://doi.org/10.1007/s11482-010-9110-x>
- Fisher, B. (1992). Successful Aging and Life Satisfaction: A Pilot Study for Conceptual Clarification. *Journal of Aging Studies*, 6, 191–202.
- Fisher, B. (1995). Successful Aging, Life Satisfaction, and Generativity in Later Life. *International Journal of Aging and Human Development*, 41, 239–250.

- Garfein, A. J., & Herzog, A. R. (1995). Robust Aging among the Young-Old, Old-Old, and Oldest-Old. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(2), S77–S87.
- Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social* (Ferran Meler Ortí, Trad.; 1a ed). Paidós.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. (1988). Narrative and the self as relationship. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology Vol. 21. Social psychological studies of the self: Perspectives and programs* (pp. 17–56). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60223-3](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60223-3)
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1986). Narrative form and the construction of Psychological Science. En T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative Psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 22–44). Preager Publishers/ Greenwood Publishing Group.
- Gergen, M. M., & Gergen, K. J. (2001). Positive aging: New images for a new age. *Ageing International*, 27(1), 3–23. <https://doi.org/10.1007/s12126-001-1013-6>
- Gillis, M. E., Lumley, M. A., Mosley-Williams, A., Leisen, J. C., & Roehrs, T. (2006). The health effects of at-home written emotional disclosure in fibromyalgia: A randomized trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(2), 135–146.
- Giró, J. (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento positivo*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de la Rioja.
- Glass, T. A., de Leon, C. M., Marottoli, R. A., & Berkman, L. F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ*, 319(7208), 478–483. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7208.478>
- González-Celis, A. L. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos. Tesis que para obtener el grado de Doctora en Psicología Presenta Mtra. Ana Luisa González-Célis Rangel*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Célis, A. L., & Gómez-Benito, J. (2013). Quality of Life in the Elderly: Psychometric Properties of the WHOQOL- OLD Module in Mexico. *Health*, 5, 110–116.
- González-Celis Rangel, A. L. (2009). Calidad de vida en el adulto mayor. *Instituto de Geriatria*.
- González-Celis Rangel, A. L., & Lima Ortiz, L. (2017). Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 5(15). <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2017.15.62571>
- Graham Beaumont, J., & Kenealy, P. M. (2004). Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age. *Ageing and Society*, 24(05), 755–769. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002399>
- Graham, J. E., Lobel, M., Glass, P., & Lokshina, I. (2008). Effects of written anger expression in chronic pain patients: Making meaning from pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 201–212. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9149-4>
- Greer, N., Fleuriet, K. J., & Cantu, A. G. (2012). Acrylic Rx: A program evaluation of a professionally taught painting class among older Americans. *Arts & Health*, 4(3), 262–273. <https://doi.org/10.1080/17533015.2012.696072>
- Grossman, F. K., Sorsoli, L., & Kia-Keating, M. (2006). A gale force wind: Meaning making by male survivors of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 434–443. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.434>

- Grundy, E., & Bowling, A. (1999). Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. *Aging & Mental Health*, 3(3), 199–212. <https://doi.org/10.1080/13607869956154>
- Guajardo, D. (2016). *Psicología y Arte: Una Mirada Cognitiva dentro de la Esfera Teatral*. [Tesis de Licenciatura]. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hanna, G., & Perlstein, S. (2008). Creativity matters: Arts and aging in America. *The Monograph*, 1–15. http://www.giarts.org/sites/default/files/Monograph_Creativity-Matters-Arts-and-Aging-in-America.pdf
- Hanna-Pladdy, B., & MacKay, A. (2011). The relation between instrumental musical activity and cognitive aging. *Neuropsychology*, 25(3), 378–386. <https://doi.org/10.1037/a0021895>
- Havighurst, R. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1, 8–13.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2007). Aging and loneliness: Downhill quickly? *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 187–191.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Heatley Tejada, A., Montero-López Lena, M., & Dunbar, R. (2017). Being unempathic will make your loved ones feel lonelier: Loneliness in an evolutionary perspective. *Personality and Individual Differences*, 116, 223–232. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.042>
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- Hillman, S. (2002). Participatory singing for older people: A perception of benefit. *Health Education*, 102(4), 163–171. <https://doi.org/10.1108/09654280210434237>
- Hörnquist, J. O. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian journal of social medicine*, 10(2), 57–61.
- Hui, E., Chui, B. T., & Woo, J. (2009). Effects of dance on physical and psychological well-being in older persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), e45–e50. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.006>
- IAAM. (2017, Diciembre). *Instituto para la Atención de Adultos Mayores de la Ciudad de México* [Text/html]. www.adultomayor.cdmx.gob.mx
- INAPAM. (2016). *Estadísticas sobre Adultos Mayores en México*. <https://www.gob.mx/inapam/galerias/estadisticas-sobre-adultos-mayores-en-mexico>
- INAPAM. (2018, agosto 13). *Artes plásticas mejoran la calidad de vida de adultos mayores*. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/artes-plasticas-mejoran-la-calidad-de-vida-de-adultos-mayores?idiom=es>
- INEGI. (2005). *Los Adultos Mayores en México. Perfil Sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. Dirección General de Coordinación de los Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfica.
- INEGI. (2021). *Mortalidad. Conjunto de datos: Defunciones por homicidios*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

<https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/defuncioneshom.asp?s=est>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre)*. http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Así se contó México*. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825007046.pdf
- Instituto Nacional de Geriátrica. (2013). *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud* (Primera edición). Instituto Nacional de Geriátrica. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Prop_Plan_Accion_Enviejecimiento_Salud.pdf
- Jones, J. (2003). Stress responses, pressure ulcer development and adaptation. *British Journal of Nursing*, 12, 17–23.
- Jones, P. (1996). *Drama as Therapy*. Rotledge.
- Junghaenel, D. U., Schwartz, J. E., & Broderick, J. E. (2008). Differential efficacy of written emotional disclosure for subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 57–60. <https://doi.org/10.1348/135910707X251162>
- Kang, H.-W., Park, M., & Wallace (Hernandez), J. P. (2018). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of Sport and Health Science*, 7(2), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.05.003>
- Kattenstroth. (2010). Superior sensory, motor, and cognitive performance in elderly individuals with multi-year dancing activities. *Frontiers in Aging Neuroscience*. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2010.00031>
- Kattenstroth, J.-C., Kalisch, T., Holt, S., Tegenthoff, M., & Dinse, H. R. (2013). Six months of dance intervention enhances postural, sensorimotor, and cognitive performance in elderly without affecting cardio-respiratory functions. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 5. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2013.00005>
- Kattenstroth, J.-C., Kalisch, T., Kolankowska, I., & Dinse, H. R. (2011). Balance, Sensorimotor, and Cognitive Performance in Long-Year Expert Senior Ballroom Dancers. *Journal of Aging Research*, 2011, 1–10. <https://doi.org/10.4061/2011/176709>
- Kerlinger, F. N. (1973). *Foundations of Behavioral Research* (second edition). Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glase, R. (2002). Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 49, 43–64.
- Kim, S. K. (2013). A randomized, controlled study of the effects of art therapy on older Korean-Americans' healthy aging. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 158–164. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.11.002>
- Knipscheer, C. P. M. (Ed.). (1995). *Living arrangements and social networks of older adults*. VU University Press.
- Koga, M., & Tims, F. (2001). The music making and wellness project. *American Music Teacher*, 51, 18–22.
- Kramer, A. F., Bherer, L., Colcombe, S. J., Dong, W., & Greenough, W. T. (2004). Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging. *The Journals*

- of *Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(9), M940–M957. <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/59/9/M940.short>
- Lampinen, P., Heikkinen, R.-L., Kauppinen, M., & Heikkinen, E. (2006). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & Mental Health*, 10(5), 454–466. <https://doi.org/10.1080/13607860600640962>
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), 349–357.
- Marshack, A. (1991). *The roots of civilization: The cognitive beginnings of man's first art, symbol and notation* (2nd ed.). Moyer Bell.
- Martín, J. (2008). Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud*, 19(1), 101–120.
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011a). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011b). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. Harper.
- Mendes, N. (2016). *Contributos do teatro para o envelhecimento (cri)ativo Escola Superior de Educação e Comunicação Escola Superior de Saúde 2016* [Mestrado em Gerontologia Social]. Universidade do Algarve.
- Mendoza-Nuñez, V., & Martínez, M. (2009). Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). En A. González-Celis (Ed.), *Evaluación en psicogerontología* (pp. 95–112). Manual Moderno S.A de C.V.
- Mental Health Foundation. (2011). *An Evidence Review of the Impact of Participatory Arts on Older People*. Mental Health Foundation. www.mentalhealth.org.uk
- Mollenkopf, H., Walker, A., & International Society for Quality of Life Studies (Eds.). (2007). *Quality of life in old age: International and multi-disciplinary perspectives*. Springer.
- Montero-López Lena, M. (1998). Soledad y depresión: ¿Fenómenos equivalentes o diferentes? *La Psicología Social en México*. México: AMEMPSO, 7, 62–67.
- Montero-López Lena, M. (1999). *Soledad: Desarrollo y validación de un inventario multifacético para su medición*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Montero-López Lena, M., & Sánchez-Sosa, J. J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: Un análisis conceptual. *Salud mental*, 24(1), 19–27. <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam011d.pdf>
- Montero-López-Lena, M., & Rivera-Ledesma, A. (2009). IMSOL-AM: Escala de Soledad en el Adulto Mayor. En A. L. González-Celis (Ed.), *Evaluación en Psicogerontología* (pp. 123–131). Manual Moderno S.A de C.V.
- Nachar, N. (2008). The Mann-Whitney U: A Test for Assessing Whether Two Independent Samples Come from the Same Distribution. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 4(1), 13–20. <https://doi.org/10.20982/tqmp.04.1.p013>
- Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J. H., Lai, J., & Shott, S. (2006). Relieving Symptoms in Cancer: Innovative Use of Art Therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.006>
- Noice, H., & Noice, T. (2001). Learning dialogue with and without movement. *Memory & Cognition*, 29(6), 820–827. <http://link.springer.com/article/10.3758/BF03196411>

- Noice, H., & Noice, T. (2006a). Artistic performance: Acting, ballet and contemporary dance. *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*, 489–503. https://www.researchgate.net/profile/Helga_Noice/publication/232522405_Artistic_Performance_Acting_Ballet_and_Contemporary_Dance/links/0f317534db0f332f2f00000.pdf
- Noice, H., & Noice, T. (2006b). What Studies of Actors and Acting Can Tell Us About Memory and Cognitive Functioning. *Current Directions in Psychological Science*, 15(1), 14–18. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00398.x>
- Noice, H., & Noice, T. (2008). An Arts Intervention for Older Adults Living in Subsidized Retirement Homes. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 16(1), 56–79. <https://doi.org/10.1080/13825580802233400>
- Noice, H., & Noice, T. (2011). Enhancing Healthy Cognitive Aging Through Theater Arts. En P. E. Hartman-Stein & A. LaRue (Eds.), *Enhancing Cognitive Fitness in Adults* (pp. 273–284). Springer New York. <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-0636-6>
- Noice, H., & Noice, T. (2013). Extending the Reach of an Evidence-Based Theatrical Intervention. *Experimental Aging Research*, 39(4), 398–418. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2013.808116>
- Noice, H., Noice, T., Perrig-Chiello, P., & Perrig, W. (1999). Improving memory in older adults by instructing them in professional actors' learning strategies. *Applied Cognitive Psychology*, 13(4), 315–328. https://www.researchgate.net/profile/Pasqualina_Perrig-Chiello/publication/229879952_Improving_memory_in_older_adults_by_instructing_them_in_professional_actors'_learning_strategies/links/54de59fb0cf2953c22ae97c1.pdf
- Noice, H., Noice, T., & Staines, G. (2004). A Short-Term Intervention to Enhance Cognitive and Affective Functioning in Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 16(4), 562–585. <https://doi.org/10.1177/0898264304265819>
- Noice, T., Noice, H., & Kramer, A. F. (2014). Participatory Arts for Older Adults: A Review of Benefits and Challenges. *The Gerontologist*, 54(5), 741–753. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt138>
- Noice, T., Noice, H., & Kramer, A. F. (2015). Theatre Arts for Improving Cognitive and Affective Health. *Activities, Adaptation & Aging*, 39(1), 19–31. <https://doi.org/10.1080/01924788.2015.994440>
- O'boyle, C. A. (1997). Measuring the quality of later life. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 352(1363), 1871–1879.
- Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472–480.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Krebs-Roubicek, E., & Ehram, R. (1996). Well-being, health and autonomy in elderly: Basel Inter-Disciplinary Study on Aging (IDA). *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie*, 29, 95–109.
- Petrie, K. J., Fontanilla, I., Thomas, M. G., Booth, R. J., & Pennebaker, J. W. (2004). Effect of Written Emotional Expression on Immune Function in Patients With Human Immunodeficiency Virus Infection: A Randomized Trial: *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 272–275. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000116782.49850.d3>

- Picard, C. (2000). Pattern of expanding consciousness in midlife women: Creative movement and the narrative as modes of expression. *Nursing Science Quarterly*, 13(2), 150–157.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & WHOQOL-OLD Group. (2005). Development of the WHOQOL-Old Module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197–2214. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>
- Price, K. A., & Tinker, A. M. (2014). Creativity in later life. *Maturitas*, 78(4), 281–286. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.025>
- Puig, A., Lee, S. M., Goodwin, L., & Sherrard, P. A. D. (2006). The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 218–228. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.02.004>
- Quintanar, F. (2003). Envejecimiento común y exitoso. *Revista electrónica de geriatría y gerontología*, 3(1).
- Quintanilla, M. (2000). Causas y consecuencias del envejecimiento. En *Enfermería geriátrica: Cuidados Intergrales en el anciano* (pp. 43–48). Monsa.
- Quiroz, C. O. A., García, J. J. V., Castro, S. B. E., Encinas, D. M. S., & Flores, R. G. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 241–250.
- Quiroz, C. O. A., Quintana, J. T., Flores, R. G., Castro, S. B. E., & García, J. J. V. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 10.
- Reynolds, F. (2010). 'Colour and communion': Exploring the influences of visual art-making as a leisure activity on older women's subjective well-being. *Journal of Aging Studies*, 24(2), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2008.10.004>
- Reynolds, F., & Prior, S. (2003). 'A lifestyle coat-hanger': A phenomenological study of the meanings of artwork for women coping with chronic illness and disability. *Disability and Rehabilitation*, 25(14), 785–794. <https://doi.org/10.1080/0963828031000093486>
- Ribeiro e Cunha, C. S. (2012). *Animação teatral e terceira idade: Contributos para um envelhecimento ativo* [Tese de Mestrado em Animação Teatral]. Universidade do Minho. Instituto de Educação.
- Rivero Weber, P. (2013). La senectud. ¿Ocaso o Aurora? Éticas y políticas de la Vejez. En O. Rivero Serrano, *Salud y envejecimiento: Situación actual, retos y propuestas* (Primera edición, pp. 42–58). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, L. (2006). La vejez: Nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas. *Relaciones*, XXVII(105), 140–175.
- Rodin, J. (1986). Aging and Health: Effects of the sense of control. *Science*, 233(4770), 1271–1276.
- Rodin, J. (1989). Sense of control: Potentials for Intervention. *Annals of the American Academy of Policy and Social Sciences*, 503, 29–42.
- Roos, N. P., & Havens, B. (1991). Predictors of Successful Aging: A Twelve Year Study of Manitoba Elderly. *American Journal of Public Health*, 81, 63–68.

- Rowe, J & Kahn, R. (1987). Human Ageing: Usual and Successful. *Science*, 237, 143–149.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1998). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
- Rubin, D. C., & Berntsen, D. (2006). People over forty feel 20% younger than their age: Subjective age across the lifespan. *Psychonomic Bulletin & Review*, 13(5), 776–780. <https://doi.org/10.3758/BF03193996>
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de León and Life Satisfaction: New Directions in Quest for Successful Aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35–55.
- Sandel, S. L., Judge, J. O., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R., & Majczak, M. (2005). Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 28(4), 301–309.
- Saucedo, J. (2018). *Percepción de calidad de vida mediante el formato WHOQoL-OLD en adultos mayores de la consulta externa de la UMF No. 1 de la delegación IMSS, Aguascalientes, AGS* [Tesis para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/1657/434978.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Schorr, J. (1993). Music and pattern change in chronic pain. *Advances in Nursing Science*, 15, 27–36.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de acción: Atención al envejecimiento*. (primera edición). Secretaria de Salud.
- Secretaría de Salud. (2014). *Programa de Acción y Atención del Envejecimiento*. 104. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Mundo-Rosas, V., Morales-Ruán, C., Cervantes-Turrubiates, L., & Villalpando-Hernández, S. (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública de México*, 50(5), 383–389. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342008000500011>
- Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, 22(03), 455. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991426>
- Solé, C., Mercadal-Brotons, M., Gallego, S., & Riera, M. (2010). Contributions of music to aging adults' quality of life. *Journal of music therapy*, 47(3), 264–281.
- Staricoff, R. L. (2006). Arts in health: The value of evaluation. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 116–120. <https://doi.org/10.1177/1466424006064300>
- Stassen, K., & Thompson, R. (2000). *Psicología del desarrollo: Adulthood y vejez*. Médica Panamericana.
- Stuckey, H. L., & Nobel, J. (2010). The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. *American journal of public health*, 100(2), 254–263.
- Theeke, L. A. (2009). Predictors of Loneliness in U.S. Adults Over Age Sixty-Five. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(5), 387–396. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.11.002>
- Thurston, R. C., & Kubzansky, L. D. (2009). Women, Loneliness, and Incident Coronary Heart Disease: *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 836–842. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181b40efc>

- Tice, D. M., & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to Feel Good: The Place of Emotion Regulation in the Context of General Self-Control. *Psychological Inquiry*, 11(3), 149–159. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1103_03
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R.-L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9(6), 526–534. <https://doi.org/10.1080/13607860500193138>
- UNFPA. (2017). *Una mirada sobre el envejecimiento: ¿Dónde están los países latinoamericanos a 15 años del Plan de Acción Internacional de Madrid?* (p. 68) [Informe técnico]. Fondo de Población de las Naciones Unidas. www.lac.unfpa.org
- United Nations. (2016). *International Year of Older Persons 1999 | United Nations For Ageing* [Text/html]. Division for social policy and development ageing. <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999.html>
- Veenhoven, R. (1999). Quality-of-Life in Individualistic Society. *Social Indicators Research*, 48, 157–186.
- Verbrugge, L. M. (1995). New thinking and science on disability in mid- and late life. *The European Journal of Public Health*, 5(1), 20–28. <https://doi.org/10.1093/eurpub/5.1.20>
- Verghese, J., LeValley, A., Derby, C., Kulansky, G., Katz, M., Hall, C., Ambrose, A., Sliwinski, M., Bushke, M., & Lipton, R. (2006). Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly. *Neurology*, 66, 821–827. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa022252>
- Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M., & Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 348(25), 2508–2516. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa022252>
- Villar, F., & Serrat, R. (2015). El envejecimiento como relato: Una invitación a la gerontología narrativa. *Revista Kairós Gerontología*, 18(2), 9–29.
- Walker, A. (2002). A Strategy for Active Ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121–139.
- Walker, A., & Mollenkorf, H. (2007). INTERNATIONAL AND MULTIDISCIPLINARY PERSPECTIVES ON QUALITY OF LIFE IN OLD AGE. En *Quality of life in old age: International and multi-disciplinary perspectives* (pp. 3–13). Springer.
- Wheeler, L., Reis, H., & Nezlek, J. B. (1983). Loneliness, social interaction, and sex roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(4), 943.
- WHO. (2000). Active Ageing. A policy framework. *Population*, 2025, 2050.
- WHO. (2001). *Active ageing: From evidence to action*. World Health Organization.
- WHO. (2017). *Mental Health in Older Adults*. United Nations. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Woolson, R. F. (2008). WILCOXON SIGNED-RANK TEST. *Wiley Encyclopedia of Clinical Trials*, 1, 3. <https://doi.org/10.1002/9780471462422.eoct979>
- Yuen, H. K., Mueller, K., Mayor, E., & Azuero, A. (2011). Impact of Participation in a Theatre Programme on Quality of Life among Older Adults with Chronic Conditions: A Pilot Study: Impact of Theatre Programme Participation. *Occupational Therapy International*, 18(4), 201–208. <https://doi.org/10.1002/oti.327>

Anexos

Anexo 1. Carta de consentimiento informado



Consentimiento informado



La presente investigación tiene como propósito estudiar la experiencia de un grupo de adultos mayores en un taller de teatro; es conducida por Darío Guajardo, doctorante en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en la Facultad de Psicología, quien es responsable de esta investigación.

Si usted accede a participar en la investigación se le pedirá asistir a un taller de teatro, durante aproximadamente un mes, dos veces a la semana, durante dos horas, en las instalaciones del CETSGe

La participación en el taller será audio y videograbada y posteriormente transcrita.

Su participación es enteramente voluntaria. Participar en este taller no implica ninguna alteración en su estado de salud emocional, y usted podrá abandonar las sesiones en el momento que usted desee.



Consentimiento informado



Lo expresado durante las sesiones será empleado exclusivamente en el marco de la investigación y tendrá carácter de confidencial: ninguna persona, salvo por el responsable de esta investigación, tendrá acceso a la grabación de la conversación. Ninguna persona, por ningún motivo y bajo ninguna circunstancia, a excepción del responsable de este trabajo, podrá conocer su identidad, ni relacionarlo con ninguna de sus respuestas. Usted podrá solicitar información o aclaraciones sobre el proyecto en cualquier momento. Y no está obligado a expresar nada que no desee expresar.

De antemano,

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo 2. Firma de consentimiento informado



Consentimiento informado



Acepto voluntariamente participar en la investigación a cargo de Darío Guajardo; asistiendo a un taller de teatro durante aproximadamente un mes, dos veces a la semana, durante dos horas, en las instalaciones del CETSGe

Se me ha informado que el objetivo de la investigación es estudiar la experiencia de un grupo de adultos mayores en un taller de teatro

Se me ha informado que la participación en el taller será audio y videograbada y posteriormente transcrita

Se me ha informado que lo dicho durante el taller será utilizado para fines de esta investigación.

Se me ha informado que ninguna persona, salvo el responsable de esta investigación, tendrá acceso a la grabación de la entrevista; que ninguna persona podrá conocer mi identidad ni relacionarme con ninguna de mis respuestas.

Se me ha informado que no estoy obligado a decir nada que no quiera, que puedo abandonar las sesiones en el momento que yo desee

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: / / 2019



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores
 (WHOQoL-OLD)



Folio:

Instrucciones: A continuación se presentan preguntas sobre sus pensamientos y sentimientos, en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y temas que pueden ser importantes para usted como persona adulta mayor de la sociedad.

Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en **las dos últimas semanas** y seleccione la respuesta que considere más apropiada.

Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado estos aspectos en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
1	¿Qué tanto siente que la alteración de sus sentidos (audición, visión, etc.) afecta su vida diaria?	5	4	3	2	1
2	¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc., afecta su capacidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	5	4	3	2	1
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto siente que tiene control sobre su futuro?	1	2	3	4	5
5	¿Qué tanto siente que las personas que le rodean respetan su libertad?	1	2	3	4	5
6	¿Qué tanto le preocupa la manera en que morirá?	5	4	3	2	1
7	¿Cuánto miedo siente de no ser capaz de controlar su muerte?	5	4	3	2	1
8	¿Cuánto le asusta morir?	5	4	3	2	1
9	¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?	5	4	3	2	1

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tanto ha sido capaz de llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
10	¿Qué tanto sus problemas sensoriales (de audición, visión, etc.) afectan su capacidad para relacionarse con otras personas?	5	4	3	2	1
11	¿Cuánta capacidad tiene para realizar las cosas que le gustaría hacer?	1	2	3	4	5
12	¿Qué tanto está satisfecho/a con las oportunidades que tiene para seguir logrando cosas en su vida?	1	2	3	4	5
13	¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tanto siente que tiene suficientes cosas que hacer cada día?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar sobre **qué tan bien, feliz o satisfecho/a** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas:

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Me da igual	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
15	¿Qué tan satisfecho/a está con lo que ha conseguido en su vida?	1	2	3	4	5
16	¿Qué tan satisfecho/a está con la manera de utilizar su tiempo?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tan satisfecho está con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho está con las oportunidades para participar en actividades de su comunidad?	1	2	3	4	5

		Muy descontento/a	Descontento/a	Me da igual	Contento/a	Muy contento/a
19	¿Qué tan contento está con las cosas que le ilusionan?	1	2	3	4	5

		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
20	¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier **relación íntima** que pueda tener.

		Ninguna	Pocas	Moderadamente	Muchas	Todas
21	¿Cuántas oportunidades tiene para amar?	1	2	3	4	5
22	¿Cuántas oportunidades tiene de ser amado/a?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
23	¿Qué tan acompañado se siente en su vida?	1	2	3	4	5
24	¿Cuánto amor experimenta en su vida?	1	2	3	4	5

-MUCHAS GRACIAS-

Anexo 4. Cuestionario IMSOL-AM

Instrucciones. Enseguida encontrará una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Su tarea consiste en qué frecuencia experimenta dichos sentimientos empleando para ello la clave que se encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa lo que usted sienta.

Afirmaciones	Todo el tiempo (4)	La mayor parte del tiempo (3)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
1. Siente que solo cuenta consigo mismo (a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
2. Se siente rechazado (a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
3. Se siente inseguro (a) acerca de su futuro	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
4. Se siente aislado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
5. Se siente incomprendido(a) en su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
6. Se siente vacío(a) de cariño	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
7. Se siente cansado (a) de luchar por la vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
8. Se siente como encerrado(a) en sí mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
9. Se siente solo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
10. Se siente apartado(a) de su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
11. Se siente abandonado (a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
12. Siente su vida vacía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
13. Siente que su familia desconoce sus sentimientos	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
14. Se siente insatisfecho(a) con su vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
15. Siente que su familia desaprueba su manera ser	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
16. Siente que su vida carece de propósito	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

17. Se sienten siete desamparado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
18. Siente que la soledad es su única compañía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
19. Siente que su vida está llena de conflictos y tristezas	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
20. Se siente triste	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)