



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Bienestar y calidad de vida a partir de la reconstrucción de la identidad en la vejez y el empoderamiento en adultos mayores

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARÍA FERNANDA MORENO RICARDEZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE

REVISORA DE TESIS: MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ

SINODALES:

MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA

MTRA. GUADALUPE CELIA MEDINA HERNÁNDEZ

DRA. ANA CELIA CHAPA ROMERO



Ciudad Universitaria, CD. MX., 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Este trabajo plasma el arte de escribir que tanto me apasiona, ahora desde un enfoque apegado a la psicología, especialmente a la psicogerontología. Agradezco a la vida y a Dios por permitirme llegar hasta este momento, después de grandes obstáculos y grandes alegrías puedo ver realizado lo que tanto desee construir. Esta tesis la dedico a las personas adultas mayores a todas y cada una de ellas, es una muestra a favor de la apertura de espacios para ustedes los que tanto nos han dado, los que tanto nos han enseñado...

Agradezco a mis papás por ser mi pilar y ejemplo en todo momento y especialmente desde que ustedes y yo sabemos que todo se volvió un poco más difícil, donde pusieron tanto trabajo y esfuerzo para que yo asistiera a aprender como los demás niños, gracias a eso yo estoy aquí, gracias a ustedes y cada desvelada, ansiedad compartida, cada alegría y cada logro. A ustedes les debo todo y quisiera que esta tesis la tomen como suya porque son mi mayor fuente de inspiración, es un regalo para ustedes en todos los sentidos. Gracias, los amo.

A mis hermanas, quienes han sido fuente de inspiración desde mi día 1 en este mundo, son mi ejemplo, mis protectoras, mis consejeras, mis maestras. Gracias por nunca rendirse porque es así como yo lucho por ser cada día. Las amo y siempre estaré para ustedes como ustedes están para mí...

A Alessandra, Ana Pau y Tadeo, en orden alfabético porque en mi corazón todos tienen un pedazo grandote, por hacerme la tía más feliz del mundo, su tía Ferchi, quien cada día se esfuerza y se seguirá esforzando para ser el ejemplo que sus mamis han sido para mí, los amo.

A Israel, mi compañero de vida desde hace 9 años, agradezco tu compañía en todos y cada uno de los momentos desde que estamos juntos, por jalarme siempre que me pierdo un poco, por ser mi fuente de inspiración para decidirme a escribir este proyecto y no dejarlo pasar, gracias por siempre creer en mí incluso cuando ni yo misma lo hago. Gracias por tu carisma, tu amor, tus abrazos, tus palabras y tu sinceridad, por ser transparente y mi pedacito de cielo. Hemos crecido juntos y estoy segura de que seguiremos creciendo en proporciones gigantes, te admiro por la gran persona que eres, lo estamos logrando. Gracias por enseñarme a vivir un día a la vez y hacer de todos los días una nueva aventura.

A mi tía Rosario por ser siempre mi ejemplo, mi guía, por confiar en mí, por impulsarme a seguir y darle valor a lo que siento. Por cuidarme siempre y jugar conmigo en mi niñez, estoy segura de que no hubiera sido igual mi vida sin tu apoyo incondicional. Te quiero mucho y estaré para ti siempre.

.

A mi tío Juan, quien desde mi niñez estuvo presente para pasar un sábado juntos y divertirnos mucho, haciendo que viviera una niñez feliz. Gracias por enseñarme, apoyarme y darme tu cariño en todo momento. Gracias a Sebastián y a mi tía Yesica por su apoyo, cariño, por su compañía y ante todo su gran carisma que me hace realmente sentir ese apapacho. Los amo.

A mis abuelitos y abuelitas Socorro, María, Juan y Enrique por ser mi otra fuente enorme de inspiración para este trabajo, estoy segura de que ustedes me han brindado toda su iluminación en mi profesión y me sigue enseñando, los amo infinitamente.

A Julio y Roberto, por su compañía, por su apoyo, por ser un ejemplo de constancia y de lucha constante por lo que se desea. Gracias por darme la fortuna de ser tía y gracias por darle ese amor y construir una familia a lado de mis compañeras de vida favoritas.

A Goyito por ser mi compañero de desvelos, de estudios, por ser el compañero de la segunda tesis, está más preparado que ningún otro. Por la alegría que nos brindas y el amor que nos das. Te amamos.

A mis tíos y primos por ser parte de quien soy ahora, gracias por formar parte de esta historia y de enseñarme en cada momento.

A mi amiga Jessica Gabriela quien me ha acompañado desde hace 12 años, por construir, destruir y construir de nuevo a través del descubrimiento de la vida, por ser mi apoyo en los momentos más complicados y en los más felices, por ser mi persona. Gracias por vernos en cada momento como si nos hubiéramos visto un día antes, aunque hayan pasado muchos meses. Mi médico favorita, mi guía, mi inspiración. Gracias por estar y por crecer juntas, nos falta mucho por seguir construyendo, te quiero.

A mi amiga Nora, quien me ha brindado 5 años de amistad, de escucha, de risas, de compartir estrés y de descubrir juntas nuestra pasión por la psicogentología, sin ti este proyecto jamás se hubiera hecho de la misma manera, eres esa pieza clave que le dio sentido y fortaleza a este trabajo. Gracias por estar, por coincidir, por hacer mi camino en la facultad tan bonito y fructífero. Te quiero.

A mi amiga Diana Carmen, mi compañera desde primer semestre, quien me apoyó e hizo este camino tan ameno desde primer semestre, por permitirme entender mejor la palabra amiga, por estar y disfrutar juntas, por pasar momentos difíciles pero juntas. Te admiro y quiero que tú también te admires porque eres una gran mujer. Te quiero mucho.

A la Dra. Paulina Arenas por confiar en mí, por ser tan humana y escucharme en cada crisis vivida o en cada momento difícil. Por enseñarme la constancia, la perseverancia, el amor plasmado en lo que uno hace día a día. Gracias por ser mi guía en este proyecto, por adentrarse conmigo y confiar en mis ideas, por recordarme en varios momentos lo valioso que estaba haciendo y el gran aporte que brindaba. Gracias por abrirme las puertas a la familia Volcanes y reconocer mi esfuerzo en cada momento. Gracias por todo.

A la maestra Beatriz Macouzet por su tiempo, confianza y guía para llevar a cabo este proyecto que reconoce que me apasiona y me interesa para abrir nuevas perspectivas en torno a la vejez. Gracias por orientarme y no permitir perderme en ningún momento. Gracias por permitir aprender de usted también desde la familia Volcanes.

A la maestra Guadalupe Medina por brindarme su apoyo y asesoría al trabajar con personas adultas mayores, gracias por su valioso apoyo y guía en la realización de este proyecto.

A la doctora Ana Chapa por brindarme su tiempo, su apoyo y guía para consolidar este proyecto que deseo permita la apertura a una nueva conceptualización de la vejez.

A la maestra Laura Somarriba por su confianza, tiempo y guía en este proyecto, por permitirme aprender de usted y fortalecer este proyecto.

Al doctor Ricardo Iacub y a la Universidad de Buenos Aires por enseñarme a ver otra perspectiva en el ámbito psicogentológico, por hacerme ver que aquello que yo soñaba podría ser una realidad y este proyecto es el inicio de ese camino.

Al maestro David Amaya, quien ha confiado en mí y me ha enseñado desde hace casi 2 años a salir al mundo real con aprendizaje, perseverancia y esfuerzo. Gracias por hacerme parte de la familia del PAPP.

A la doctora Irma Zaldívar, quien me enseñó que la intersección entre lo neuro y lo clínico era una perspectiva con sentido y con resultados favorables a favor de la salud mental de las personas. Por confiar en mí, en mis conocimientos y por enseñarme.

A todos los profesores que a lo largo de toda mi formación académica han estado presentes, desde quien facilitó que yo siguiera estudiando sin rendirme a pesar de las adversidades, a quien me enseñó

el arte de escribir, a quien confío en mí y en lo que yo realmente deseaba estudiar, a quién me apoyo no sólo académicamente sino también de la forma más humana. Gracias por formar parte de este camino.

A la familia Volcanes, especialmente a Ecker, Sarai y Angie con quien no sólo he aprendido y me han permitido enseñarles sino también con quién he forjado una linda amistad.

A Ale, Bra, Kath, Nat, Karly, Marianita, Dani, Eduardo Osorio, Abel Camarillo, Emmanuel Ferrer, Erick Serrano, Dana Catalán, Daniela Díaz, Viridiana Villanueva, quienes sin tal vez saberlo me hicieron confiar nuevamente en la palabra amistad y descubrirla de muchas maneras. Los quiero.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi casa, mi maestra y aquella que actualmente me permite trabajar en lo que más amo, realizar proyectos a favor de una sociedad sin viejismo y a favor del cuidado de la salud mental, la que me permitió volar a otras naciones para descubrirme a mí y a la psicología. Gracias.

Al proyecto de investigación “Desarrollo y evaluación de competencias clínicas para el manejo de autolesiones y comportamiento suicida con base en listas de cotejo fundamentadas en la GI-mhGAP” PAPIIME PE309420, mediante el cual fue posible la realización de este trabajo.

Índice

| | |
|---|-----|
| Resumen | 9 |
| Introducción | 10 |
| Capítulo 1. Envejecimiento y Vejez | 12 |
| Definición de vejez | 12 |
| Definición de envejecimiento | 19 |
| Factores biológicos | 25 |
| Factores psicológicos | 34 |
| El término <i>vejez</i> a través del tiempo | 41 |
| Características sociodemográficas de las personas adultas mayores en México | 48 |
| Capítulo 2. De la conceptualización social a la identidad en la vejez y el envejecimiento | 52 |
| Definición de viejismo | 52 |
| Perspectivas acerca de la vejez | 55 |
| <i>Los significados del sujeto envejecido</i> | 55 |
| <i>El constructo de enfermedad en la vejez</i> | 61 |
| <i>La perspectiva de género</i> | 65 |
| <i>El significado de la erótica en la vejez</i> | 71 |
| Teorías y modelos psicológicos vinculados a la vejez | 78 |
| <i>Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson</i> | 78 |
| <i>Teoría de la acción y del control personal de Brandtstädter</i> | 79 |
| <i>El modelo SOC de Baltes y Baltes</i> | 84 |
| <i>Teoría de la selectividad socioemocional</i> | 86 |
| <i>Estrategias de afrontamiento en el envejecimiento</i> | 89 |
| Identidad en el envejecimiento | 92 |
| <i>Informes narrativos del yo</i> | 92 |
| <i>Identidad narrativa</i> | 95 |
| Refiguración. | 97 |
| Configuración. | 98 |
| Identidad retrospectiva. | 100 |
| Identidad prospectiva. | 101 |
| Capítulo 3. Bienestar | 103 |
| Dimensiones del bienestar | 103 |
| <i>Bienestar subjetivo (bienestar hedónico)</i> | 103 |
| <i>Bienestar psicológico (bienestar eudaimónico)</i> | 105 |

| | |
|---|-----|
| Autoconcepto, autoestima y autoeficacia como factores reguladores del bienestar | 107 |
| El impacto del nivel socioeconómico y escolaridad en el bienestar | 111 |
| El apoyo social como agente de cambio del bienestar | 114 |
| Capítulo 4. Calidad de vida | 119 |
| Definición de calidad de vida | 119 |
| Dimensiones de la calidad de vida | 121 |
| Tipo de envejecimiento desde la calidad de vida | 126 |
| <i>Envejecimiento saludable</i> | 126 |
| <i>Envejecimiento patológico</i> | 130 |
| Capítulo 5. Trabajo grupal con personas adultas mayores | 134 |
| Definición de grupo | 134 |
| Fases del proceso grupal | 137 |
| Fenómenos intrasubjetivos e intersubjetivos en los procesos grupales | 141 |
| <i>Transferencia</i> | 141 |
| <i>Contratransferencia</i> | 143 |
| <i>Proyección</i> | 144 |
| <i>Resistencia</i> | 145 |
| <i>Comunicación</i> | 146 |
| <i>Contención</i> | 148 |
| Elementos estructurales | 149 |
| <i>Roles sociales</i> | 149 |
| <i>Cohesión</i> | 151 |
| <i>Normas del grupo</i> | 153 |
| Capítulo 6. Método | 154 |
| Justificación y planteamiento del problema | 154 |
| Pregunta de investigación | 155 |
| Objetivo general | 155 |
| Objetivos específicos | 155 |
| Hipótesis de trabajo | 156 |
| Variables | 156 |
| <i>Calidad de vida</i> | 156 |
| <i>Bienestar subjetivo (bienestar hedónico)</i> | 157 |
| <i>Bienestar psicológico (bienestar eudaimónico)</i> | 157 |
| <i>Taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades</i> | 157 |

| | |
|---|-----|
| Tipo de estudio | 158 |
| Muestra y escenario | 158 |
| Participantes | 158 |
| Características de los participantes | 158 |
| Instrumentos | 160 |
| Procedimiento | 164 |
| Análisis | 166 |
| Análisis cuantitativo | 166 |
| Análisis cualitativo | 167 |
| Resultados | 168 |
| Análisis estadístico | 174 |
| Discusión | 191 |
| Conclusiones | 206 |
| Sugerencias y limitaciones | 208 |
| Referencias | 209 |
| Anexos | 244 |

Resumen

El número de personas mayores de 60 años que reside en México es de 15.4 millones. En donde el porcentaje de los adultos de 60 años o más ha aumentado desde 1990 de 6.2% a 12.3% en el 2018 del total de la población. Frente a dicho envejecimiento demográfico conjunto a la presencia de estereotipos en torno a las personas adultas mayores (viejismo), es importante generar empoderamiento en el adulto mayor conjunto a una reestructuración de la identidad en la vejez para que de ese modo dichos estereotipos no impacten en la calidad de vida y el bienestar en este sector de la población. Por lo que, la presente investigación busca promover en personas adultas mayores semidependientes o independiente para realizar las actividades de la vida diaria, reclutadas dentro de dos comunidades al sur de la Ciudad de México, la reconstrucción de la identidad en la vejez y la práctica de empoderamiento, a través de la participación en un taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades para generar cambios en su nivel de bienestar y calidad de vida. El taller facilitó la disminución de los pensamientos negativos en torno a la vejez e incrementó la práctica de empoderamiento lo cual favoreció a su bienestar y calidad de vida. Al cuestionar los estereotipos hacia la vejez, anular la vejez fragmentada y empoderar a las personas adultas mayores se comenzó a flexibilizar la perspectiva de dicha etapa vital considerando que no sólo es una etapa de pérdidas sino también de ganancias, una etapa de redescubrimiento fomentada a través del relato y del sentido de continuidad entre el pasado y el presente, anulando el pensamiento de considerarse como una carga y creando la planeación de nuevos proyectos a partir de lo que es importante para cada persona, observando sus propias posibilidades y limitaciones.

Palabras clave: Vejez, envejecimiento, calidad de vida, bienestar, empoderamiento, identidad, estereotipos.

Introducción

La población mexicana presenta un incremento en la tasa de personas adultas mayores (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019, 2020a, 2020b) y por ello la presencia de diversos cambios en la vejez a nivel social, biológico y psicológico se hacen más evidentes, frente a lo cual se deben buscar estrategias de intervención y de prevención junto con promoción de la salud para mejorar la calidad de vida en las personas adultas mayores y generar alternativas frente al proceso de envejecimiento. Así como diseñar estrategias orientadas a mejorar el bienestar de vida de las personas que pasan por esta etapa del ciclo vital o que en un futuro cercano la transitarán.

Es importante considerar que el envejecimiento es un proceso en la vida por el cual se transcurre desde que nacemos. La etapa de la vejez es un periodo de tiempo en el que se generan cambios en el individuo que conlleva consigo una reconfiguración de la vida cotidiana debido a la presencia de enfermedades y cambios psicosociales (Agar, 2001).

El proceso de envejecimiento se ha vinculado a diversos factores de índole social y es a partir de la sociedad que se generan una serie de concepciones en torno al envejecimiento que impactan en la calidad de vida y el bienestar de la persona adulta mayor, por esa razón es importante configurar una nueva conceptualización de la vejez.

Este proyecto busca configurar una nueva conceptualización de la vejez, en donde la potenciación de las redes sociales de las personas adultas mayores sería de gran relevancia, así como la participación comunitaria, conjunto a mayor ejercicio de los roles, derechos y deberes. Es decir, a través del empoderamiento de la persona adulta mayor, en donde como objetivo principal se buscaría un cambio en la forma en cómo visualiza su propia vejez, al mismo tiempo que se promueve la reconstrucción de su identidad al buscar un sentido de continuidad entre el pasado y el presente para de ese modo favorecer la planeación de nuevos proyectos a partir de lo que es importante para cada persona, observando sus propias posibilidades y limitaciones ya que de ese modo se espera modificar favorablemente su calidad de vida y bienestar.

Dicho proyecto se constituye de un marco teórico conformado de 4 capítulos. El primero aborda la definición de envejecimiento y la definición de vejez con el objetivo de resaltar la diferencia entre ambos términos desde una perspectiva biológica, psicológica y social. En el segundo, se expone la definición del término viejismo vinculado a las perspectivas sociales que se han construido en torno a la vejez y cómo esto impacta en la identidad de la persona adulta mayor, así como las teorías y modelos psicológicos vinculados a la vejez. En el tercero se aborda el constructo de bienestar y su relación con la autoestima, autoconcepto, edad, nivel socioeconómico, escolaridad y apoyo social. El cuarto, aborda el constructo de calidad de vida. El quinto, aborda el trabajo grupal en personas adultas mayores conjunto a determinados elementos que estructuran al trabajo grupal.

En el sexto capítulo, se expone el método del presente proyecto. En el séptimo capítulo se muestran los resultados obtenidos. En el octavo capítulo se expone la discusión, conclusión, limitaciones y sugerencias a futuros proyectos.

Capítulo 1. Envejecimiento y Vejez

Definición de vejez

A través del tiempo se han formulado diversas definiciones, algunas de éstas se caracterizan por enfatizar los aspectos negativos de la vejez; sin embargo, existen otras visiones que resaltan los aspectos positivos de esta etapa de la vida (Árraga y Sánchez, 2006).

El término vejez tiene su origen en el latín *veclus*, *vetulus*, que significa persona de mucha edad (Quintero et al., 2017).

García (2003) hace un recorrido histórico sobre el término vejez. Menciona que las primeras definiciones de la vejez aparecieron en los años cincuentas, momento en el que las investigaciones médico-científicas cobraban un mayor auge. Por ejemplo, Peter Medawar en 1953 mencionaba a la vejez como un cambio fisiológico que sufre el individuo y cuyo término inevitablemente es la muerte. Por otro lado, un biólogo llamado Alex Comfort consideraba en esos mismos años a la senectud como un proceso de deterioro y vulnerabilidad. Es decir, se veía a la vejez como un paso previo a la muerte. Posteriormente, se realizaron algunas otras definiciones a partir de la gerontología, por ejemplo, Lansing proponía a la vejez como un proceso progresivo, desfavorable, de cambio ordinariamente ligado al paso del tiempo histórico que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte.

Más tarde, Bazo y Maiztegui (1999) consideran a la vejez como un fenómeno multidisciplinar que afecta a todos los componentes del ser humano: su biología, psicología y sus roles sociales. De forma similar, Blanck-Cerejido (1999) señala que la vejez significa entrar en una etapa de la vida que comienza con pérdida de capacidades vitales, habilidades, trabajos, pertenencias y papeles sociales.

Para Laforest (1991) la vejez es una situación existencial de crisis, resultado de un conflicto íntimo experimentado por el individuo entre su aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecutiva al avance de los años.

Es común, entonces, encontrar una relación directa entre la adultez mayor y la enfermedad, el deterioro físico y la improductividad, entre otros aspectos, lo cual posiblemente responde a entender la vejez como una etapa específica y no como un proceso (Abaunza et al., 2014).

Por lo tanto, cabe señalar que tradicionalmente se ha definido a la vejez desde tres perspectivas, denotadas por Árraga y Sánchez (2006):

1. Desde la biología y las ciencias de la salud: La vejez involucra un progresivo deterioro o desgaste del organismo ocasionado por el envejecimiento tanto estructural como funcional.
2. Desde las ciencias sociales: Es la edad de la jubilación, producida por el declive biológico, producto del proceso de envejecimiento.
3. Desde la cronológica: Es el crecimiento en edad y como consecuencia de ello, la disminución de la expectativa de vida.

De forma semejante Ramos et al. (2009) consideran que tanto en la ciencia como en la sociedad han existido algunas dimensiones importantes que se han utilizado para definir a la vejez. En particular pueden identificarse tres vertientes más comunes:

- 1) La biológica. Incluye una definición de la vejez desde dos dimensiones principalmente: a) la función del patrón de referencia cronológica y, b) a partir de los cambios morfofuncionales.
- 2) La psicológica. Esta incluye también, por lo menos, dos dimensiones más sobresalientes de estudio: la primera, la de los cambios en los procesos psicológicos básicos, y el desarrollo que estos presentan, dimensión que podría llamarse psicobiológica; y la segunda, que se refiere al estudio de la personalidad y sus cambios, que se denomina psicológica estructural.
- 3) La social. Esta dimensión parte del estudio de 3 dimensiones: la sociodemográfica, que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos; la sociopolítica, que implica el nivel de participación y de integración social de los viejos; la económica-política, que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez.

Lo biológico, lo psicológico y lo social de la vejez no están separados en su proceso ni en su producto, al contrario, están implicados, interactúan de forma dialéctica (Ramos et al., 2009).

Por otro lado, algunos especialistas han intentado generar una clasificación tomando en consideración la edad cronológica y algunas características que se han asociado a ella. Por ejemplo, tal como lo menciona Peña et al. (2011) han clasificado a las personas adultas mayores en tres grupos: el viejo-joven, aquél que se encuentra entre los 65 y 74 años de edad, su funcionamiento es activo y enérgico, mientras que el viejo-viejo se encuentra entre los 75 y 84 años, con posibilidades de ser más frágil que los del grupo anterior. Y, por último, el viejo de edad avanzada, cuya edad es mayor a los 85 años, quien con seguridad es enfermizo y presenta dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria.

Por su parte, desde la perspectiva teórica de Belsky (2001), las personas adultas mayores se clasifican según la posibilidad de padecer enfermedades y/o discapacidades, en dos tipos:

- Viejos o mayores-jóvenes, cuyas edades están comprendidas entre 60 y 74 años, por lo general no suelen tener enfermedades que los discapacitan y están en desacuerdo con que se les llame ancianos pues no se sienten como tales.
- Viejos-viejos, también denominados mayores-mayores o ancianos, cuyas edades oscilan entre 75 años y más, caracterizados por ser más proclives a enfermedades que los discapacitan.

De forma semejante, Robert Atchley (1991) importante investigador en Gerontología, los clasifica en tres grupos:

- Viejos-jóvenes, quienes se encuentran entre 60 y 74 años.
- Viejos-medios, entre 74 y 84 años.
- Viejos-viejos, los que tienen más de 85 años.

También Rodríguez et al. (2003) al resaltar a la vejez como la última etapa del ciclo vital la cual puede ser tardía o precoz, fisiológica o patológica, establecen una serie de etapas intermedias en función de criterios biológicos: la presenilidad, es el momento donde se evidencian las primeras transformaciones propias de la vejez tal como la desaparición de las funciones reproductivas, sin ser una característica precisa ya que la menopausia y la impotencia no siempre concuerdan con los

demás signos seniles; vejez propiamente dicha o vejez tardía, corresponde a la presencia de las alteraciones biológicas, parenquimatosas y glandulares; la senectud, es la fase en la que se continúan los procesos característicos de la vejez sin llegar a la falta de vitalidad; y la última etapa denominada decrepitud senil, en la que se observa disfunción extrema de los sistemas y pérdida de la capacidad funcional autónoma por la presencia de afecciones ocurridas en otras etapas de la vida o degeneración de algunos sistemas.

Conjunto a lo anterior y de acuerdo con las edades esta población se organizaría en tres grupos: los de baja senilidad, en este grupo se encuentran las personas con edades comprendidas entre 60 y 75 años de edad; senilidad, se encuentra conformado por las personas de 76 a 85 años; y en un último grupo, alta senilidad, donde se encuentran las personas adultas mayores de 85 años de edad (Rodríguez et al., 2003).

Desde otro punto de vista, algunos autores consideran que la vejez no se define en términos cuantitativos. Es imposible establecer un corte para considerar vieja a una persona. Ello sólo se aplica en dos situaciones: a efectos administrativos, cuya expresión más notoria es la jubilación (en torno a los 65 años), o en términos epidemiológicos de cara a estudios de prevalencia o de intervención. En ambos casos se trata de decisiones arbitrarias y orientativas (Ribera et al., 2006).

De hecho, hasta hace pocos años se pasaba a la categoría de “viejo” una vez jubilado laboralmente o pasados los 65 años de edad. Este marcador empieza a no ser adecuado del todo, pues algunos se jubilan a los 55 años mientras que otros siguen trabajando incluso hasta después de pasados los 70 años (De Miguel, 1986).

Resulta ser realmente tan arbitrario que incluso un proverbio francés resaltado por Allevato y Gaviria (2008) nos menciona que *“los cuarenta son la vejez de los jóvenes y los cincuenta son la juventud de la vejez”* (p.155).

Se habla entonces de la vejez como un hecho biológico y una construcción social definida en términos de edad cronológica por conveniencias estadísticas a la etapa de la vida que comienza a partir de los 60 años (Sánchez, 2005).

Se estima que el ser humano puede vivir entre 110 y 120 años y que alcanza la madurez biológica alrededor de los 25 y 30 años de edad; sin embargo, para los países desarrollados se considera una persona adulta mayor a las personas de 65 años en adelante, mientras que para los países en desarrollo este grupo lo integran quienes tienen 60 años y más (Quintero et al., 2017).

Por otro lado, la prolongación de la vida hasta edades avanzadas, está dando lugar a lo que algunos autores llaman cuarta edad (ancianos viejos o también llamados viejos-viejos). Esta expresión centraliza la etapa de la vida de aquellas personas que superan la edad de 75 años, quedando la categoría de tercera edad, para aquellos mayores comprendidos entre los 65 y los 75 años (ancianos jóvenes o también llamados viejos-jóvenes) (Neugarten y Neugarten, 1996).

Por lo tanto, desde una perspectiva evolutiva y dinámica, se puede afirmar que la vejez forma parte de un proceso que abarca la totalidad de la existencia. En el proceso de vivir, la vejez constituye la última etapa o la etapa final del ciclo de la vida humana (García, 2005).

Por su parte Cardona y Agudelo (2006), consideran que la vejez es una de las etapas de la vida, la última, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados.

Por otro lado, autores como Muchnik (2005), definen a la vejez como un fenómeno complejo, un momento del ciclo vital en el que el ser humano, puede, de acuerdo con las condiciones de vida que tenga en el momento, renovar y redefinir su proyecto de vida.

Además, Craig (2003) considera que la vejez es un período importante por su naturaleza. De igual forma, García (2003) señala que la vejez es una etapa de la vida (biológica), pero también un modo de realidad (filosófica), menciona que la vejez no debe ser interpretada como algo decrepito y negativo, sino como un modo existencial abarcante, ineluctable, inaplazable, como lo es cualquier otra etapa de la vida humana.

Allevato y Gaviria (2008), siguiendo esta misma línea, consideran que muchas personas creen que la vejez es una pendiente hacia abajo. Los pensamientos acerca de la vejez son pesimistas

y ello redundando en actitudes negativas que obstaculizan una vejez sana. En este sentido, De Sousa (2014) denota que a medida que el individuo se aleja de los períodos anteriores de su vida, los mira hacia atrás, a menudo con pesar, y tiende a vivir en el presente, ignorando el futuro tanto como sea posible.

Marrufo (2020), menciona que existen premisas deterministas en donde se plantea que la vejez es una etapa de las pérdidas, tanto físicas como mentales, donde existe dependencia hacia otras personas para llevar a cabo actividades que se solían hacer de manera independiente, también se ha hablado de otras pérdidas como el retiro de la actividad económica, la muerte de la pareja o de seres queridos que lleva a la persona adulta mayor a perder su identidad, a perder lazos sociales, así como a presentar baja autoestima, irritabilidad y resentimiento.

En este punto, es importante resaltar que la definición social o cultural de la vejez, y por extensión, su valoración y comprensión, varía de unas sociedades a otras continuamente. La historia ofrece vaivenes en cuanto a la concepción ideológica de la vejez ya que en todos los tiempos, la vejez ha sido, para la cultura occidental, un mal, una imperfección, una edad triste que prepara para la llegada de la muerte. Es decir que, el concepto de vejez trae consigo una gran carga de ambigüedad y de condicionamientos socioculturales de los cuales todavía no ha podido desprenderse (Álvarez, 1998; García, 2005).

Los conceptos de anciano, viejo, jubilado, mayor, pensionista o abuelo, aunque a simple vista pudieran parecer sinónimos, tienen cada uno de ellos unas connotaciones sociales distintas. Particularmente en el imaginario social, el término viejo, sigue siendo sinónimo de pobreza, enfermedad, abandono, soledad, marginación, entre otras concepciones sociales de índole negativa. Otras palabras hacen referencia a la idea de viejo como anciano, geronte, tercera edad o actualmente persona adulta mayor. Cada una refleja una historia cargada de significaciones propias y dinámicas (García, 2005; Iacub, 2018).

Auer (1997) por su parte, tiene una visión diferente de la vejez, este autor afirma que es una etapa de la vida que, al igual que las otras etapas, posee sus propias características y se distingue de ellas en que no puede remitirse a etapas siguientes puesto que constituye el final de la vida.

Este cambio conceptual, que ha tenido un mayor auge en la actualidad, se deriva al considerar que los viejos raramente tienen enfermedades específicas derivadas de la edad. Lo habitual es encontrar las mismas que a otras edades pero con mayores tasas de prevalencia y con especificidades semiológicas, diagnósticas y terapéuticas. Además, hay que considerar que, a mayor proporción que a otras edades, las enfermedades del viejo se ven condicionadas por factores sociales y económicos (Ribera et al., 2006).

En la actualidad, se han comenzado a modificar las clasificaciones tradicionales asociadas a la edad cronológica y vinculadas con la vejez debido a que ahora se considera a la edad funcional que manifiesta cada uno; es decir, qué tanto se desenvuelve de manera óptima la persona adulta mayor, en los aspectos físicos y sociales independientemente de su edad cronológica (Peña et al., 2011).

Debido a todas las modificaciones realizadas en la actualidad en torno a cómo definir a la vejez, la sociología gerontológica resalta tres distintas definiciones: la vejez cronológica, entendiendo que la edad es relevante para comprender esta etapa del ciclo vital; la vejez funcional, como forma de ver cuando aparecen las limitaciones y discapacidades. Por último, la vejez entendida como parte del proceso del ciclo vital de las personas y que presenta características singulares (Rodríguez, 2018).

Se puede observar, finalmente, que el concepto de vejez se trabaja en la actualidad desde los aspectos subjetivos del individuo, donde se incorporan elementos como los cambios biológicos, psicosociales y capacidades cognitivas, los cuáles varían en sentido y relevancia de acuerdo con las épocas, las culturas y las clases sociales (Ham, 2014; Rodríguez, 2018). La importancia de los cambios que ocurren en la vejez depende de la valoración que individualmente se le otorgue, en esta

circunstancia, acontecimientos inesperados pueden modificar radicalmente la forma de vida del individuo (González, 2010).

Está claro que ser viejo equivale a formar parte de un colectivo social de individuos que tienen una edad avanzada, pero no es menos cierto que en esta argumentación se eximen los criterios culturales y convencionalistas que determinan cuándo un individuo pasa a ser viejo, así como los criterios subjetivos o personales de cada uno, esto es, cuándo uno se reconoce y se siente viejo (García, 2005).

Es decir que, la vejez no está asociada al paso del tiempo o al número de años que tienen, sino a un conjunto de pensamientos que la constituyen y por lo tanto se pueden cambiar. En ese sentido, han convertido a la edad en una experiencia subjetiva que no se circunscribe a medidas de tiempo por cuanto no es considerada como la principal característica que los describa. En consecuencia, el estado mental que se refleja en los pensamientos, las actitudes, las acciones o las percepciones se puede enmarcar dentro de lo positivo o lo negativo, y de esta forma influir y reflejar cómo se asume la vejez frente a la vida (Abaunza et al., 2014).

Por lo tanto, siguiendo lo resaltado por Fernández (2009), desde esta perspectiva se considera a la vejez como otro periodo vital, por lo que como cualquier otro, se caracteriza por determinar su propio grado de funcionalidad y origina una reducción en la capacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria secundarias al deterioro que sobre todos los aparatos y sistemas orgánicos provoca el transcurso del tiempo. Pero estas limitaciones, siempre que se produzca cierto grado de aceptación y adaptación, no imposibilitan el desarrollo de una vida normal en sociedad, no sólo por desarrollar sus actividades vitales desde el punto de vista físico, sino sobre todo desde los aspectos psíquicos y sociales.

Definición de envejecimiento

El envejecimiento de acuerdo con Peña et al. (2011) es también conocido como senescencia, la cual implica una serie de modificaciones fisiológicas en los seres vivos con el paso del tiempo; las

cuales disminuyen la adaptación de los organismos ante las respuestas nocivas del ambiente que les rodea. Esto significa que un individuo que envejece, se vuelve vulnerable ante situaciones que antes podía sobrellevar a partir de su adaptación utilizando sus órganos, músculos, huesos, sistemas o microorganismos.

Pont Geis (1997) señala en esta misma línea de pensamiento que el organismo envejece, se transforma y va perdiendo progresivamente sus facultades. Por lo que el envejecimiento refleja la tendencia al desorden que manifiesta un ser vivo organizado. Por su parte Buendía (1994) señala que el envejecimiento no constituye un proceso involutivo, pero sí de decadencia o deterioro vital. Para Sánchez (2005) es un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren a través del ciclo vital, resultando en diferencias generacionales. Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso pues no ocurre de forma repentina sino de manera progresiva y gradual, es una expresión de la totalidad del organismo y es diferente en cada individuo, puede comenzar en cualquier órgano o sistema y afectar desde allí a la totalidad (González, 2010).

El Instituto Nacional de Geriátría (2017) considera que el envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática (equilibrio que le permite al organismo mantener un funcionamiento adecuado), debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. Es decir, el envejecimiento inicia temprano en la vida y los cambios biológicos relacionados con él aparecen de manera asincrónica en distintos aparatos y sistemas.

Para Rico-Rosillo et al. (2018) el envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que tienen lugar paulatina y gradualmente como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos y es el resultado de respuestas que se llevan a cabo a todos los niveles (molecular, celular y orgánico).

La realidad es que este proceso no se produce por igual ni de manera uniforme para todas las personas, ni tampoco, en una misma persona, envejecen a la misma velocidad los distintos componentes de su organismo. Además, el proceso de envejecer está influido por factores derivados de las enfermedades y padecimientos acumulados a lo largo de la vida. Todos estos factores, así como los acontecimientos estresantes a los que ha sido sometido el individuo, han ido dejando huellas a las que el organismo se ha tenido que adaptar (Pérez, 2005).

Es decir, es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, desde las moléculas a los sistemas fisiológicos. Pero este fenómeno biológico no siempre coincide con el cronológico (Allevato y Gaviria, 2008).

En este mismo sentido, algunos autores, consideran que el envejecimiento es un fenómeno universal ya que afecta a todas las personas y todos los sistemas del organismo envejecen incluso en condiciones genéticas y ambientales óptimas, aunque no con la misma rapidez e incluso en ausencia de enfermedad. Es un proceso natural que se va desarrollando durante toda la vida y termina, inevitablemente, al final de la vida (Craig, 2001; González y De la Fuente, 2014; Ribera et al., 2006).

Por su parte, algunos autores, consideran que el envejecimiento, por lo general, se refiere a una serie de cambios anatómicos y fisiológicos dependientes del tiempo, que disminuyen la reserva fisiológica y la capacidad funcional, lo que genera como consecuencia un aumento en la vulnerabilidad y con ello mayor riesgo de sucumbir ante la muerte y la enfermedad (mayor morbimortalidad) (Ahmed y Tollefsbol, 2001; Ribera et al., 2006).

Es por ello que muchos de estos efectos no se perciben sino hasta los últimos años de la adultez, porque el envejecimiento es gradual y los sistemas físicos poseen una gran capacidad de reserva (Craig, 2001). Este proceso supone que el sujeto, a lo largo de su vida, toma las características asociadas a la vejez (Iacub, 2018).

El envejecimiento no se limita a los últimos años de vida, ya que comienza desde la concepción. Se considera por lo tanto como un proceso natural caracterizado por transformaciones graduales, progresivas e irreversibles en relación al tiempo, que ocurre durante todo el ciclo vital,

influenciado por la forma de vivir de cada persona. Podemos decir que el envejecimiento es el resultado de un proceso largo y continuo de las diferentes etapas que conforman el ciclo de vida (Blazer y Steffens, 2010; Peña et al., 2011; Ramírez, 1999).

Es considerado un proceso natural porque ocurre en forma espontánea ya que pertenece al orden de la naturaleza humana; es gradual porque se produce de manera progresiva. Se caracteriza por ser continuo ya que no presenta interrupción, las modificaciones y transformaciones se presentan consecutivamente; es individual debido a que se produce de manera particular, singular y propia en cada individuo al mismo tiempo que es distinto para cada quien, es internalizado y afrontado de manera diferente, por lo que la edad cronológica, edad biológica, edad psicológica, edad social y edad funcional, se conjugan en el envejecimiento individual; y es dinámico porque está ocurriendo siempre, es un proceso en constante movimiento, comienza desde el nacimiento y se detiene con la muerte de la persona, es inherente al propio proceso vital (Árraga y Sánchez, 2006; García, 2005; González, 2010; González y De la Fuente, 2014).

Además, algunos autores consideran que el envejecimiento debe ser visto desde tres dimensiones: disminución, cambio y desarrollo. La disminución se relaciona con el deterioro en la función de algunos órganos, con la reducción de la percepción sensorial y de la velocidad de reacción ante los estímulos. El cambio se vincula a la apariencia física que se modifica de forma progresiva, por ejemplo, aparecen las canas, las arrugas, y cambia la distribución de la grasa corporal, también se observan modificaciones importantes en el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales. El desarrollo se relaciona con que algunas personas son cada vez más pacientes y tolerantes, tienen una mayor aceptación del otro, tienen mayor experiencia y esto les permite ver la vida de una manera diferente, aprecian la relatividad y comprenden que el presente tiene un pasado y un futuro (Moreno y Alvarado, 2007; Vaillant y Mukamal, 2001).

Considerando el último punto, referente a la dimensión de desarrollo, cabe señalar que, en ocasiones, el término se refiere a los procesos positivos de maduración o de adquisición de cualidades favorables. Muchos cambios asociados a la edad son relativamente benignos y permiten

a la persona conservar la función, satisfacer las necesidades personales y mantener un lugar en la sociedad. Por lo que en el envejecimiento no sólo tienen lugar ciertos deterioros o pérdidas, sino que se mantienen también y se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas (Ahmed y Tollefsbol, 2001; Blazer y Steffens, 2010; Buendía, 1994).

Tomando en consideración lo anteriormente detallado, se han distinguido dos clasificaciones en torno al envejecimiento: envejecimiento primario y envejecimiento secundario. Por una parte, se ha nombrado que el envejecimiento primario es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza temprano en la vida y continua a lo largo de los años, de manera independiente de lo que la gente haga para evitarlo, es intrínseco al organismo y los factores desfavorables están determinados por influencias innatas o hereditarias, es por ello que la velocidad del envejecimiento como deterioro funcional varía mucho de una persona a otra. Por su parte, el envejecimiento secundario consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que a menudo son evitables y que están dentro del control de las personas. Existen algunos elementos que están implicados en este proceso, ya sea externos, como la clase social de los padres, o internos, como, por ejemplo, el uso de drogas legales e ilegales y el ejercicio. Algunos científicos incluso definen el envejecimiento primario como la primera causa y el envejecimiento secundario como los procesos patológicos que surgen de la primera causa (Blazer y Steffens, 2010; Peña et al., 2011).

Sin embargo, Blazer y Steffens (2010) mencionan que esta separación operativa entre envejecimiento primario y secundario tiene limitaciones porque los cambios innatos a la edad (hereditarios) y adquiridos tienen a menudo causas múltiples. Los defectos innatos que tornan vulnerable al organismo pueden no aparecer, hasta que el organismo queda expuesto a sucesos precipitantes y hostiles. Por lo que, las definiciones de envejecimiento primario y secundario no tienen una aceptación y aplicación uniforme.

Dentro de otras clasificaciones, se denota al envejecimiento cronológico, envejecimiento biológico, envejecimiento psicológico, envejecimiento social y envejecimiento funcional.

En primera instancia, el envejecimiento cronológico es aquel que hace referencia al tiempo de vida transcurrido de una persona desde su nacimiento. La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos, más no relacionados causalmente. En ciertas personas, la transición ocurre gradualmente y en otras se da un cambio casi repentino (Gutiérrez, 1994; Gutiérrez, 1999).

Por otro lado, el envejecimiento biológico se relaciona con los cambios que ocurren en la apariencia física, declinación gradual de vigor y pérdida de habilidad física para resistir enfermedades o para enfrentarse a determinadas situaciones o condiciones ambientales con las que solía lidiar (Sánchez, 2005).

Por otra parte, el envejecimiento psicológico se vincula con la personalidad, así como con el afecto, formas de pensar y con las capacidades de cada persona, que en su conjunto pueden sufrir cambios a lo largo del proceso vital. El envejecimiento psicológico se relaciona a su vez con el envejecimiento fenomenológico que se refiere a la percepción subjetiva de haber cambiado con la edad (Gutiérrez, 1994; Gutiérrez, 1999).

El envejecimiento social hace referencia a los hábitos sociales, papeles cambiantes y relaciones en el ámbito social (familiares, amigos, compañeros de trabajo y estudio, así como organizaciones religiosas, recreativas o grupos políticos) (Sánchez, 2005).

Finalmente, el envejecimiento funcional es el resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales, refleja la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento (Gutiérrez, 1994; Gutiérrez, 1999).

En conclusión, se puede decir que el envejecimiento es un proceso inherente a la vida humana, es un proceso complejo que transcurre a lo largo de toda la vida, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social. El envejecimiento constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él, aunque un elemento esencial que debería comprenderse es que el envejecimiento es normal y no

una patología en sí mismo. Es un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana (Alvarado y Salazar, 2014; Rodríguez, 2018).

Dicho de otro modo, este proceso es el resultado de la interacción de los cambios orgánicos a nivel bioquímico, celular y tisular, conjuntamente con modificaciones psicológicas a nivel de las capacidades cognitivas, sensorio-perceptivas, de personalidad y conducta, y las modificaciones del medio externo que le rodea a la persona, o del contexto social que a su vez está influido por los efectos psicológicos del envejecimiento y las experiencias colectivas e individuales (González, 2010).

Por lo tanto, se podría afirmar entonces que la vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento, por lo que el constructo de vejez y el de envejecimiento no son sinónimos. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos. La vejez es la etapa de la vida en donde las características del envejecimiento se hacen más evidentes (Agar, 2001).

El envejecimiento trae consigo como consecuencia una serie de cambios, que pueden ser suficientemente pronunciados como para convertirse en enfermedades y que resultan ser más visibles durante el transcurso de la vejez, pero no limitados a ella, su conocimiento permite disminuir la presencia de estereotipos sobre la vejez, así como generar acciones de prevención.

Factores biológicos

El envejecimiento es explicado como un conjunto de cambios en nuestro organismo a nivel de maduración endocrinológica, inmunológica, celular, genética, neurológica, física, entre otros cambios, que tienen profundas repercusiones en el plano psicológico y en el comportamiento. Las teorías del envejecimiento físico y biológico tratan de explicar las causas de por qué morimos y están basadas en las alteraciones que ocurren en nuestro organismo al pasar de los años, como resultado de nuestra carga genética e interacción con el ambiente (González, 2010).

Dichas teorías se han resaltado por diversos autores, generalmente clasificadas en dos tipos, por un lado, las denominadas teorías estocásticas o epigenéticas y, por otro lado, las llamadas deterministas o no estocásticas.

Las teorías estocásticas o epigenéticas hacen referencia a los procesos de envejecimiento asociados a cambios al azar como la muerte o mutación celular. Estas teorías toman en cuenta la participación de los genes, pero también otorgan un papel relevante a los factores ambientales; es decir, consideran al genoma como el principal causante del envejecimiento y junto a ello incluyen fenómenos del ambiente que afectan la homeostasis celular. Por lo tanto, se habla de la acumulación progresiva y al azar de daños irreversibles que permiten entender el envejecimiento, donde se explica el proceso de envejecimiento como consecuencia de la aleatoriedad y la acumulación de agresiones contra el organismo, dicha exposición a factores adversos contra el organismo van aumentando progresivamente hasta alcanzar un nivel incompatible con la vida (Blazer y Steffens, 2010; Caballero, 2010; De la Fuente, 2009; De León, 2018; Quintero et al., 2017; Ribera et al., 2006).

Estas teorías entonces nos muestran por lo tanto una doble variante de análisis desde un aspecto genético, dando origen a las teorías genéticas (Caballero, 2010; Cutler, 1991; García, 2005; Miquel, 2002) (Tabla 1) las cuales parten del supuesto de que la longevidad de una especie y de sus individuos se halla en gran parte determinada por mecanismos genéticos. Es decir, el individuo nace con una secuencia de envejecimiento programada en su genoma que le adjudica una máxima extensión de vida. Esta potencial supervivencia se vería modificada por fenómenos ambientales, que limitarían en mayor o menor medida esa programación. Entonces significa que el programa genético por sí solo no puede explicar todo el proceso de envejecimiento, ya que si así fuera todas las personas moriríamos a la misma edad (Árraga y Sánchez, 2006; Ribera et al., 2006).

Tabla 1*Teorías estocásticas o epigenéticas desde una perspectiva genética*

| Teorías genéticas | Descripción |
|---------------------------------------|---|
| Teoría de la regulación génica | Establece que cada especie posee un conjunto de genes que aseguran el desarrollo y la reproducción. De acuerdo con esta teoría, el envejecimiento es el desequilibrio entre los diferentes factores que han permitido el mantenimiento de la fase de reproducción. |
| Teoría de la diferenciación terminal | Desde esta teoría el envejecimiento celular se debe también a una serie de modificaciones de la expresión genética. Desde esta perspectiva se pierde la protección eficiente contra especies de oxígeno activo producidas endógenamente, generando mayores niveles de daño del ADN oxidado. Se hace especial hincapié en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética. |
| Teoría de la inestabilidad del genoma | Se resalta la inestabilidad del genoma como causa del envejecimiento, sugiere trastornos relacionados con la estabilidad del ADN a medida que transcurren los años. Propone como causa principal, una serie de problemas en la transcripción de información desde el ADN cromosómico hacia el ARN del citoplasma celular (encargado de la síntesis de proteínas), estos procesos biológicos son fundamentales ya que cualquier error en el proceso comprometería seriamente la reproducción celular. Además, si se presenta una alteración en la estructura de la molécula de ADN cambia a su vez el mensaje genético y produce una estructura proteica que deriva en un déficit fisiológico. |

Por el contrario, la otra perspectiva que surge a partir de las teorías estocásticas o epigenéticas tiene como base a las denominadas teorías no genéticas (Allevato y Gaviria, 2008; Árraga y Sánchez, 2006; Blazer y Steffens, 2010; Caballero, 2010; Fernández, 2009; García, 2005; González, 2010; Quintero et al., 2017; Ribera et al., 2006; Rico-Rosillo et al., 2018) (Tabla 2).

Tabla 2*Teorías estocásticas o epigenéticas desde una perspectiva no genética*

| Teorías no genéticas | Descripción |
|---|--|
| Teorías de error o del desgaste natural | Mantiene que el envejecimiento es consecuencia de procesos de desgaste natural. Esta teoría sostiene que los cuerpos envejecen debido al uso continuo (mantenimiento orgánico, esfuerzo reproductivo, etc.) y que el organismo va acumulando sustancias nocivas resultantes del propio metabolismo, se ve afectada principalmente la mitocondria y por ende la actividad celular. En esta teoría también entran en juego todos los factores ambientales (estilo de vida, hábitos alimenticios, exposiciones a contaminantes, cuidado de la salud, etc.). |
| Teoría de los radicales libres | Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Los radicales libres son muy reactivos y destructivos, aunque son producidos por procesos metabólicos normales, pero tanto la célula como la mitocondria tienen la capacidad de neutralizar estas sustancias, ayudándose también de los antioxidantes. También pueden estar producidos por radiación ionizante, ozono y toxinas químicas como los insecticidas. El radical libre del oxígeno, superóxido, es un elemento importante de la toxicidad del oxígeno y del proceso de envejecimiento ya que cuando la célula envejece, la mitocondria produce una mayor cantidad de radicales libres. Este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como el colágeno, elastina, mucopolisacáridos y lípidos, interfiriendo en los procesos de intercambio celular, lo que hace que los tejidos se vuelvan menos resistentes, y que se acorten sus ciclos vitales. Además, se pueden generar cambios en la membrana mitocondrial y lisosomal. Así como se puede desarrollar fibrosis de arteriolas y capilares. También se han relacionado con artritis, cataratas, cáncer, diabetes y trastornos neurológicos. |
| Teoría del sistema inmunitario | El sistema inmunológico es el medio de defensa que utiliza el cuerpo humano contra toda sustancia del medio externo que pretenda ingresar al mismo, utilizando para ello la fagocitosis, la lisis o destrucción de la célula infectada, así como la producción de anticuerpos específicos por medio de las células del sistema inmune como los monocitos, macrófagos, los polimorfonucleares, linfocitos B y linfocitos T. El envejecimiento está asociado a un deterioro de la capacidad del sistema inmunitario. Además, existe una pérdida de control que altera las funciones inmunitarias de |

| Teorías no genéticas | Descripción |
|---|---|
| Teoría de la eversión o entrecruzamiento | modo que se vuelven autodestructivas. Es decir, se reduce la capacidad de respuesta, aumenta la susceptibilidad a las enfermedades (rinitis, asma, infecciones crónicas, etc.) y se acelera el proceso de la muerte. Aunque el sistema inmune no es totalmente autónomo por lo que cambios en el sistema inmunológico podrían ser una consecuencia del envejecimiento y no una causa en sí misma. |
| Teoría de la acumulación de productos de desechos | Está basada en la observación de que el envejecimiento está asociado a cambios en la estructura del colágeno. Lo cual se relaciona con la pérdida franca de la elasticidad de algunos tejidos (arrugas); con la rigidez de musculatura lisa y estriada (vasos sanguíneos, corazón, etc.); con cambios degenerativos en tendones, músculos, cápsulas articulares y cartílagos; opacificación de estructuras visuales y presbicia; daño en los filtros renales; daño hepático; formación de ovillos neurofibrilares en el Sistema Nervioso Central; disminución auditiva para los tonos agudos. |
| Teoría de la acumulación de productos de desechos | La teoría de la acumulación de residuos en las células se basa en la observación de que en todas las células post-mitóticas (después de la división celular) se acumulan, con el paso del tiempo, sustancias de desecho (basura celular) que no se pueden transportar ni destruir y se convierten en perjudiciales para la división o reproducción celular, quedando debilitado el funcionamiento normal de la célula. |

Hasta este momento se han abordado únicamente las teorías estocásticas o epigenéticas que son más reconocidas y denotadas por diversos autores, sin embargo, las teorías deterministas o no estocásticas (Blazer y Steffens, 2010; Caballero, 2010; Rico-Rosillo et al., 2018) (Tabla 3) son también importantes cuando se habla de las teorías físicas o biológicas.

Estas teorías describen al envejecimiento como un proceso programado y dirigido. Es decir, sugiere que una serie de procesos del envejecimiento están determinados innatamente dentro del genoma de cada organismo (Allevato y Gaviria, 2008; Blazer y Steffens, 2010; Caballero, 2010; De la Fuente, 2009; Gaviria, 2007; Quintero et al., 2017).

Tabla 3*Teorías deterministas o no estocásticas*

| Teorías deterministas o no estocásticas | Descripción |
|---|---|
| Programación biológica intencionada | Se resalta que dentro de una célula normal están almacenadas la memoria y la capacidad de determinar la vida de una célula. Sin embargo, cuando la célula está dañada como en las células cancerosas esta memoria y capacidad están destruidas y las células pueden duplicarse indefinidamente. |
| Teoría neuroendocrina | Propone que cambios funcionales en las neuronas y asociados a las hormonas son el proceso central de la edad. Por ejemplo, los cambios relacionados con la menopausia. El sistema neuroendocrino juega un papel importante en el crecimiento y en el metabolismo de un organismo. Así como en la reproducción, síntesis de proteínas, conducta y función inmunitaria. |
| Teoría del reloj celular | Sugiere que los cambios en el envejecimiento se controlan por algún tipo de marcapasos cuya función fundamental es dirigir el horario del desarrollo hasta que se logra la madurez sexual y la capacidad reproductiva. Después, las funciones del hipotálamo y la pituitaria se trastornan y dan lugar al declive fisiológico. |
| Teoría del telómero o teoría del envejecimiento celular | Los telómeros son secuencias de ADN especializadas que mantienen la longitud de los cromosomas. Cuando se pierde, el ADN queda dañado. La telomerasa, enzima responsable de mantener la longitud del telómero, es esencial para la inmortalidad celular y su ausencia puede ser un elemento básico del envejecimiento celular. La longitud de los telómeros está determinada por la herencia genética, pero puede ser modificada por factores ambientales como el estrés, la obesidad o el tabaquismo. |
| Teoría evolutiva | Esta teoría coincide en el hecho de considerar al envejecimiento como un proceso natural programado, una parte más de la ontogenia. Aunque desde otra perspectiva, considera que el envejecimiento puede ser un precio que se debe pagar al obtener otros rasgos que permiten una mayor adaptabilidad a los individuos, mejorando la eficiencia de otros sistemas del organismo. Así como el envejecimiento sería consecuencia de los efectos secundarios del producto de genes que son benéficos para conseguir el máximo rendimiento funcional en la edad de reproducción, aunque esos mismos genes representen una desventaja después. |

Así, pues, se podría decir que las hipótesis que se han dado sobre cómo acontece este proceso dinámico, progresivo e irreversible de envejecer, tratan de denotar que son los genes y los

factores ambientales, más una determinada programación biológica junto a una serie de mutaciones celulares y en compañía del deterioro de los sistemas nervioso, endocrino, inmunológico, entre otros, los que clarifican en buena medida por qué envejecemos (García, 2005).

Sin embargo, pese a todas las investigaciones realizadas, los mecanismos precisos por los cuales ocurre el envejecimiento aún son un misterio para la biología. El proceso es complejo e involucra distintos tipos de células, interacciones celulares, así como factores internos y externos al organismo (Allevato y Gaviria, 2008).

Dicho proceso dinámico del envejecimiento trae consigo como consecuencia una serie de cambios producidos por la edad, que pueden ser suficientemente pronunciados como para convertirse en enfermedades y que resultan ser más visibles durante el transcurso de la vejez, pero no limitados a ella.

Estos cambios se han agrupado por diversos autores en los distintos sistemas del cuerpo humano (Árraga y Sánchez, 2006; Blazer y Steffens, 2010; Caballero, 2010; García, 2003; García, 2005; López et al., 2014; Pérez, 2005; Quintero et al., 2017; Ribera, 2009; Ribera et al., 2006; Salech et al., 2012) (Tabla 4).

Tabla 4

Cambios en los sistemas del cuerpo humano debidos al envejecimiento

| Sistema del cuerpo humano | Cambios debidos al envejecimiento |
|---------------------------|---|
| Sistema Cardiovascular | Disminución del calibre de las arterias. Aumento de la presión arterial. Presencia de hipotensión ortostática. Síncope. Aumento de la duración de la sístole. Acortamiento de la duración de la diástole. Arritmias o fallo cardiaco. Rigidez arterial. Degeneración de las fibras elásticas de los vasos sanguíneos. Menores aumentos en la frecuencia cardiaca y mayores aumentos en la presión arterial durante el ejercicio. |

Sistema del cuerpo humano

Cambios debidos al envejecimiento

Sistema Respiratorio

Disminuye la elasticidad pulmonar.
Disminuye la función respiratoria.
Rigidez de la caja torácica.
Fatiga al realizar esfuerzos físicos.
Calcificación del cartílago de la tráquea y bronquios.
Cambios en la fuerza de los músculos respiratorios.
Mayor riesgo de desarrollar neumonía.

Sistema Digestivo

Disminución del tamaño de las encías.
Pérdida de piezas dentales.
Disminución de la funcionalidad de las piezas dentales.
Oscuramiento y erosión dental.
Mayor prevalencia de gingivitis y periodontitis.
Aumento en la consistencia de las heces.
Disminución de la capacidad para generar saliva.
Adelgazamiento de la mucosa oral.
Dificultad para la formación del bolo alimenticio.
Dificultad para la deglución.
Disfagia, atragantamientos o regurgitación de los alimentos.
Incremento de vómitos.
Atrofia de las papilas linguales.
Pérdida de apetito.
Disminución de las sensaciones gustativas.
Disminución de la respuesta peristáltica y aumento de la respuesta no peristáltica en el esófago.
Mayor incompetencia del esfínter esofágico.
Mayor frecuencia de estreñimiento.
Disminución de la capacidad metabólica.
Disminución de la degradación de proteínas.
Intolerancia a carbohidratos.
Disminución de la absorción de nutrientes.
Disminución de las sustancias necesarias para la digestión.
Disminución de secreción de insulina.
Disminución del vaciamiento gástrico.

Sistema Musculoesquelético

Pérdida progresiva de la masa muscular esquelética (sarcopenia).
Incremento del tejido conectivo fibroso.
Incremento del tejido adiposo.
Disminución de fuerza.
Enlentecimiento de los reflejos musculares.
Pérdida de la flexibilidad.
Atrofia de las fibras musculares de contracción rápida.
Aumento de la rigidez en los tendones.
Predisposición a lesionarse los tendones.
Adelgazamiento de los cartílagos y ligamentos.
Disminución de la altura.
Acortamiento de la anchura de los hombros.
Aumento de la anchura de la pelvis.

| | |
|------------------------|---|
| | <p>Deformación del tórax y reducción de su diámetro anteroposterior.</p> <p>Afectación del hueso trabecular de la cadera, de las muñecas y las vértebras (mujeres).</p> <p>Aumento de proporción de la nariz.</p> <p>Achicamiento en la parte inferior del rostro</p> <p>Disminución de la masa ósea y desmineralización.</p> <p>Cambios posturales.</p> <p>Pérdida gradual de la potencia muscular.</p> <p>Limitación funcional de las articulaciones.</p> <p>Disminución de la movilidad y enlentecimiento en la marcha.</p> <p>Reducción de la capacidad de realizar ejercicios de resistencia.</p> |
| Sistema Tegumentario | <p>Cicatrización lenta.</p> <p>Trastornos en la pigmentación de la piel.</p> <p>Disminución del grosor y vascularización de la dermis.</p> <p>Alteración de las fibras elásticas y de colágeno.</p> <p>Disminución del tejido celular subcutáneo.</p> <p>Aspecto de delgadez de la piel.</p> <p>Problemas de termorregulación.</p> <p>Disminución en el número y función de glándulas sudoríparas.</p> <p>Disminución en el número y función de glándulas sebáceas.</p> <p>Disminución del crecimiento de las uñas.</p> <p>Endurecimiento y pérdida de brillo de las uñas.</p> <p>Estrías longitudinales en las uñas.</p> <p>Reducción de tirosina en los melanocitos (pelo blanqueado).</p> <p>Disminución en la velocidad de crecimiento del cabello.</p> <p>Crecimiento de vello en barbilla, extremos del labio superior y disminución del crecimiento en cejas (mujeres).</p> <p>Crecimiento de vello en orejas, nariz, cejas y espalda (hombres).</p> |
| Sistema Nefrourológico | <p>Declinación de la capacidad funcional del riñón.</p> <p>Disminución del peso renal.</p> <p>Nicturia (micción nocturna).</p> <p>Predisposición a la deshidratación.</p> <p>Hipernatremia o hiponatremia.</p> <p>Mayor susceptibilidad a la toxicidad farmacológica.</p> <p>Alteración de la farmacocinética.</p> <p>Hipertrofia de la próstata.</p> <p>Reducción en la elasticidad de la vejiga.</p> <p>Dificultad en el vaciado completo de la vejiga con la micción.</p> <p>Frecuentes infecciones urinarias.</p> <p>Alteraciones en el tono del esfínter urinario externo.</p> <p>Disminución en la capacidad para concentrar y, posteriormente, diluir la orina.</p> |

Factores psicológicos

En el proceso de envejecer, convergen varias circunstancias tales como la disminución de las facultades físicas, mayor facilidad para enfermar, padecimiento de enfermedades crónicas, disminución de los recursos económicos, aislamiento, pérdida de seres queridos, entre otros, los cuales pueden potenciar la aparición de procesos psicopatológicos (Inverno, 2012).

A pesar de presentarse una serie de cambios y estresores vinculados con el envejecimiento y reflejados con mayor énfasis en la vejez, no significa en ningún sentido, que el envejecimiento y la vejez constituyan un factor de riesgo, sino que una serie de factores asociados a éstos, sí pueden ser los responsables de un mayor riesgo.

Se puede entender el aspecto psicológico de los seres humanos, y en este caso de cada etapa en el proceso de envejecimiento, por la estructura de la personalidad y por la acción de las vivencias actuales donde influyen tanto factores biológicos como sociales, donde la respuesta individual frente a la vida está condicionada por sus creencias religiosas, por factores culturales, factores educacionales, por la situación social en la que se encuentre, las propias experiencias sobre la muerte y el estado físico. Todo lo anteriormente enunciado, en conjunto, permite explicar también los procesos psicopatológicos en los individuos (González, 2010; Pérez, 2005).

En este sentido, la personalidad (características y rasgos del individuo que determinan una forma de comportarse), se convierte en un elemento de gran importancia para el aspecto psicológico. Por esta razón cabe resaltar, en primer término, a la teoría de la continuidad propuesta por Havighurst et al. (1968) donde se considera que el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado (González, 2010). Además, se centra en las relaciones existentes entre la satisfacción por la vida y la actividad como una expresión persistente de los rasgos de personalidad de un individuo, donde éstos se vuelven más arraigados según se envejece (Meléndez et al., 2011).

Por lo tanto, es importante mencionar que, a través del envejecimiento, se van a acentuar rasgos de carácter, pero no necesariamente aparecen cambios de comportamiento o personalidad

(Árraga y Sánchez, 2006; Pérez, 2005). Además, las personas adultas mayores no experimentan más sentimientos negativos o menos sentimientos positivos que las personas más jóvenes (Lehr y Thomae, 2003). Estas afirmaciones son relevantes ya que permiten abordar desde otra perspectiva los cambios psicológicos ocurridos en el envejecimiento y en la vejez.

Por su parte, cabe señalar entonces que las alteraciones psicológicas más frecuentes relacionando el funcionamiento afectivo-emocional con el envejecimiento, mencionadas por Inverno (2012), son la depresión y la ansiedad. Algunos reportes acerca de la depresión en personas adultas mayores, habitantes de zonas metropolitanas, estimaron que en la Ciudad de México hay una prevalencia de depresión de 19.8% (Sosa y Acosta, 2015).

La depresión es un trastorno mental con alta prevalencia, es la principal causa de discapacidad, es incapacitante, donde sus manifestaciones más comunes engloban principalmente estado de ánimo deprimido persistente y marcada disminución del interés o el placer en realizar actividades antes disfrutadas, así como la presencia de múltiples síntomas físicos persistentes sin causa clara; pérdida o aumento significativo de peso; agitación o retraso psicomotor; sentimiento de inutilidad o culpa excesiva; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; escasa energía; fatiga; alteraciones del sueño; pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2016).

No todas las personas con depresión padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas puede variar según la persona. Además, no existe una única causa conocida de la depresión, sino que parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos (Instituto de Geriátría, 2010). Específicamente en las personas adultas mayores, se han señalado una serie de rasgos diferenciales de la depresión, por ejemplo, episodios depresivos con tendencia a ser más prolongados y resistentes; mayor frecuencia de agitación que de inhibición; mayor pérdida de apetito; mayor irritabilidad; mayor somatización; mayor riesgo de suicidio; intenso insomnio; y tendencia a la letargia (Matusevich et al., 2012).

Las personas adultas mayores suelen padecer diversas condiciones médicas y enfermarse con mayor frecuencia lo que puede provocar síntomas de depresión. Además, es común que los adultos mayores se encuentren tomando varios medicamentos, recetados por distintos médicos o incluso autorecetados, pero algunos medicamentos o combinaciones de ellos ocasionan alteraciones físicas o mentales, al igual que alteraciones en el estado de ánimo (Instituto de Geriatria, 2010).

Sin embargo, la edad no es un predictor de la depresión, pero la soledad, el aislamiento, los problemas de salud, las limitaciones provocadas por la enfermedad, las dificultades económicas, una visión negativa de la propia salud, entre otros aspectos, sí son factores de riesgo que guardan una estrecha relación con la manifestación de esta psicopatología en las personas adultas mayores (Paúl, 2009). Incluso algunos autores han resaltado que la prevalencia de los trastornos depresivos es menor en las personas adultas mayores que en la madurez tardía; es decir, el riesgo de depresión no se incrementa con la edad una vez que se controla el resto de los factores de riesgo, especialmente la salud física (Matusevich et al., 2012).

Aunque, los factores de riesgo no se encuentran limitados a la salud física, sino que también se involucra a la salud mental y a la esfera social. Siguiendo esta línea podría entonces considerarse a la presencia de diversos duelos, en esta etapa de la vida, como una de las principales causas de desencadenar depresión.

En la vejez se presentan con frecuencia una serie de pérdidas (pérdida de facultades físicas o psíquicas, pérdidas afectivas, pérdidas económicas, etc.). Todas estas pérdidas van acompañadas de una serie de sentimientos como tristeza, pesar o dolor. Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte del cónyuge o de los amigos van acompañadas de una gran tensión emocional y de un sentimiento de soledad. Además, la persona adulta mayor puede transcurrir por períodos de pena, dolor y remordimiento (Pérez, 2005).

Además, la prevalencia de riesgo de depresión se encuentra asociada con la dependencia por parte de la persona adulta mayor para realizar las actividades diarias debido a alguna condición

de salud física o mental. Situación que se presenta, teniendo en cuenta que la incapacidad en la realización de actividades, la condición de dependencia, la pérdida de control, la sensación de vulnerabilidad y el sentimiento de ser una carga para el otro, generan malestar y frustración en la persona adulta mayor (Segura-Cardona, et al., 2015).

En muchos casos la presencia de depresión se ve asociada a otros procesos psicopatológicos como puede ser la ansiedad la cual se ha definido como una emoción humana y universal que se ha adquirido evolutivamente y por lo tanto tiene un valor adaptativo que permite alertar sobre peligros inminentes (De Simone y Castagnola, 2012).

Por su parte, Inverno (2012) define a la ansiedad como un estado de malestar psicofísico que se caracteriza por una sensación de inquietud, intranquilidad e inseguridad frente a lo que se vive al considerarse como una amenaza inminente pero de causa indefinida.

La ansiedad tiene una serie de componentes, de tipo cognitivo (el temor, las dificultades de concentración), somático (la fatiga, la tensión muscular, los trastornos en el sueño) y emocional (la inquietud, la irritabilidad) (Árraga y Sánchez, 2006).

La presencia de ansiedad en la vejez altera la calidad de vida, disminuye la funcionalidad de quien la padece, aumenta las tasas de mortalidad y de morbilidad. Aunado a ello las personas adultas mayores disminuyen su actividad física, presentan una visión negativa sobre su estado de salud y refieren sentir mayor soledad (De Simone y Castagnola, 2012).

De los distintos trastornos de ansiedad, en la vejez, predomina la presencia de fobias y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), siendo las personas adultas mayores con enfermedades o que habitan en una institución geriátrica las que tienen mayor riesgo de presentarlos (De Simone y Castagnola, 2012).

Las fobias, por su parte, se caracterizan por miedos intensos, irracionales y persistentes a situaciones, circunstancias u objetos. Es dicho temor el que provoca la presencia de los síntomas de

ansiedad. En la vejez, las fobias se vuelven incapacitantes cuando son secundarias a una experiencia embarazosa en público, como puede ser una caída o incontinencia urinaria. Por otro lado, el trastorno de ansiedad generalizada, se caracteriza por un estado de ansiedad fluctuante, crónico, generalizado y que agrava con estresores, conjunto a la presencia de preocupaciones excesivas sobre una gran variedad de actividades que en la vejez se vincula a cuestiones económicas, de salud y seguridad. Las personas adultas mayores pueden encontrarse irritables, tensionadas, manifestar alteraciones del sueño y dificultad para comunicarse (De Simone y Castagnola, 2012).

En general, tanto la presencia de ansiedad como de depresión se encuentran vinculadas con taquicardias, tensión muscular, cefaleas, sudoración, sensación de ahogo, fatiga, trastornos del sueño como el insomnio, trastornos digestivos, entre otros (Inverno, 2012). De igual manera, específicamente la depresión se ha asociado con la presencia de demencia, uno de los trastornos neuro-psiquiátricos más frecuentes en las personas adultas mayores, donde la depresión es un factor de riesgo e incluso un pródromo de la demencia, aunque no se puede afirmar de manera absoluta que cualquier episodio de depresión conduzca a desarrollar demencia (Deví Bastida et al., 2016).

Tomando como base la asociación entre depresión y demencia, es importante resaltar que también se presentan diferentes cambios a nivel del Sistema Nervioso, durante el envejecimiento, que predominan pero no se limitan a la vejez y no se asocian necesariamente a un envejecimiento patológico, tales cambios se vinculan con la neuroanatomía, neuropsicología y con la neurofisiología (Tabla 5)(Blazer y Steffens, 2010; Caballero, 2010; García, 2005; González, 2010; Mishara y Riedel, 2000; Peña et al., 2011; Pérez, 2005; Quintero, 2017; Ribera, 2009; Ribera et al., 2006; Salech et al., 2012).

Tabla 5*Cambios ocurridos en el envejecimiento a nivel del Sistema Nervioso*

| Cambios a nivel del Sistema Nervioso | Descripción |
|--------------------------------------|---|
| Neurofisiología | <p>Pérdida progresiva de audición (presbiacusia) bilateral.</p> <p>Distorsión de la percepción de altas frecuencias o sonidos agudos, como las consonantes.</p> <p>Reducción parcial de la capacidad de percibir olores (hiposmia).</p> <p>Reducción de la capacidad gustativa global.</p> <p>Disminución de la sensación táctil y dolorosa.</p> <p>Distorsión de la sensación térmica.</p> <p>Disminución de la agudeza visual o presbicia.</p> <p>Deterioro de la visión nocturna.</p> <p>Deterioro en la discriminación de colores.</p> <p>Disminuye la fuerza de los músculos orbiculares (cierre palpebral).</p> <p>Flacidez de los párpados (sobre todo el inferior).</p> <p>Disminución del tamaño de las pupilas.</p> <p>Opacificación del cristalino (riesgo de presencia de cataratas).</p> <p>El iris pierde la pigmentación del ojo.</p> <p>Disminución de la cantidad de luz que llega a la retina.</p> <p>Lentitud en la respuesta del reflejo de constricción pupilar (mayor deslumbramiento).</p> <p>Disminución en las horas de sueño REM.</p> <p>Ritmo alfa desciende su frecuencia media en torno a un 20%.</p> <p>Alteración en la transmisión del impulso nervioso desde el axón a la fibra muscular (disminución de liberación y receptores de acetilcolina).</p> |
| Neuroanatómicos | <p>Atrofia y muerte neuronal.</p> <p>Se producen alteraciones en las sinapsis y redes neuronales.</p> <p>Aumento del tamaño de surcos y disminución de circunvoluciones.</p> <p>Reducción de la membrana plasmática neuronal.</p> <p>Disminución progresiva de la masa del cerebro.</p> <p>Aumento progresivo del volumen de líquido cefalorraquídeo.</p> <p>Aumenta la rigidez de la membrana.</p> <p>Enlentecimiento de los procesos metabólicos.</p> <p>Mal empleo del ATP.</p> <p>Pérdida neuronal en la corteza prefrontal dorsolateral.</p> <p>Aparición de placas seniles, ovillos neurofibrilares y cuerpos de Lewi.</p> <p>Alteración de los neurotransmisores de tipo colinérgico, serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico.</p> <p>Disminución del número de células predominante en la circunvolución temporal superior, punta del lóbulo temporal, hipocampo, cerebelo (células de Purkinje) y astas anteriores de la médula.</p> |
| Neuropsicológicos | <p>Declive en la comprensión verbal.</p> <p>Declive en la orientación espacial.</p> <p>Declive en el razonamiento.</p> |

| Cambios a nivel del Sistema Nervioso | Descripción |
|--------------------------------------|--|
| | <p>Deterioro en las capacidades aritméticas. Deterioro en la fluidez del lenguaje. Disminución progresiva del vocabulario, errores semánticos. Prosodia anormal. Dificultades en la capacidad de aprendizaje. Falta de rapidez y espontaneidad en los procesos de pensamiento. Dificultad en la atención sostenida. Deterioro en la capacidad de integración visuoespacial. Aumento en los tiempos de reacción. Falta de asociación rápida de ideas. Deterioro de la memoria de trabajo. Alteraciones en la evocación espontánea de la información. Alteraciones en la codificación de la información. Olvidos que pueden ser solucionados con ayuda externa. Fallos en el registro de la información nueva. Dificultad en la flexibilidad cognitiva.</p> |

Nota: Los trastornos sensoriales y perceptivos pueden acrecentarse por deshidratación, desnutrición y consumo de fármacos, su presencia no se encuentra limitada al proceso biológico del envejecimiento. Sin embargo, a pesar de los cambios sensoriales, las personas siguen en capacidad de continuar con normalidad sus actividades diarias.

Los trastornos cognitivos pueden ser temporales, progresivos o intermitentes, ocasionados por factores físicos, sociales y/o del medio ambiente.

Como se mencionó anteriormente, muchos de los cambios particularmente cognitivos son considerados como esperables durante el envejecimiento y se les agrupa generalmente tomando el nombre de declive cognitivo para diferenciarlo del deterioro cognitivo. Con base en Bonifacio y Jaskilevich (2011) el primero, no compromete a la autonomía de la persona; no interfieren en la vida diaria; no se presentan episodios de desorientación espacial o temporal; son relativamente estables en el tiempo; no aparecen trastornos de conducta; y existe una preocupación por la disminución en el rendimiento de la memoria que muchas veces es influida por el aspecto psicológico de la persona y por los estereotipos hacia el envejecimiento y la vejez.

Por otro lado, el deterioro cognitivo hace referencia a las alteraciones en la memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento, regulación conductual, funciones ejecutivas y cognición

social. En conjunto, interfieren en algún grado con la actividad e interacción social de la persona que lo padece. Además, la interferencia en las actividades de la vida diaria puede ser desde un nivel leve hasta el impedimento de su realización. De acuerdo al grado de deterioro y al impacto funcional se clasifican en Deterioro Cognitivo Leve (DCL) o Síndromes Demenciales. Su diferencia radica en que en el DCL las actividades de la vida diaria pueden desarrollarse con relativa normalidad, aunque el deterioro suele reportarse por terceros y denotarse a través de pruebas neuropsicológicas. Por el contrario, la demencia interfiere con las actividades de la vida diaria de forma más pronunciada, es independiente del nivel de conciencia y su curso es crónico (Bonifacio y Jaskilevich, 2011).

Frente a la presencia de todos los cambios enunciados anteriormente, es de suma importancia identificar, además, el comportamiento suicida en el primer encuentro con la persona adulta mayor, en lo posible desde la atención primaria de salud (Calderón, 2018). El suicidio puede presentarse en la persona adulta mayor relacionado con la participación simultánea de la depresión y otros factores como enfermedades físicas, deterioro cognitivo, aislamiento social, y/o la pérdida del cónyuge o del empleo debido a la jubilación (Sotelo-Alonso et al., 2012).

El término *vejez* a través del tiempo

La perspectiva del envejecimiento como proceso y de la vejez como etapa del ciclo vital han ido transformándose a lo largo de los años, se les ha denotado desde una postura positiva pero también desde una perspectiva negativa, aunque en otras épocas también ha sido ambivalente dicho criterio.

En un primer momento de la historia, cabe mencionar a los hebreos y al libro de índole religioso, La Biblia, la principal fuente de su ideología, donde se resalta que una larga vida es generada por una bendición divina, conjunto a este pensamiento también se ignoran los sufrimientos relativos al envejecimiento. Incluso se resalta que una vejez feliz es la recompensa por haber cumplido con los valores culturales, de este modo cumplir con los mandatos religiosos tiene

como función la protección en los momentos de vulnerabilidad ya sea física, emocional o mental que podrían dificultar los últimos años de vida (Iacub, 2001).

Por su parte, en la Grecia arcaica, vejez era sinónimo de sabiduría, de garantía de la tradición, del conocimiento del pasado y de gran experiencia de vida; entre tanto en la Grecia clásica se le observaba desde una perspectiva negativa y referente a la pérdida de la juventud. Todas estas posturas filosóficas han servido como base para la conceptualización social de la vejez a lo largo de la historia del hombre (Cardona y Peláez, 2012; Rodríguez et al., 2003).

En este sentido, en un primer momento, se denota a Aristóteles quien en su tiempo señaló que la senectud es sinónimo de deterioro y ruina, y a Séneca quien la catalogó como una enfermedad incurable; en la otra perspectiva se encuentran los postulados de Platón y Cicerón quienes plantean que con la vejez se dominan las pasiones y que el viejo es respetado en tanto mantenga su autoridad y respeto sobre los suyos (Cardona y Peláez, 2012).

Específicamente, Cicerón argumentaba que era posible lograr un envejecimiento satisfactorio con un manejo efectivo de los cuatro inconvenientes principales del envejecimiento: el primero era que la sociedad excluye a las personas adultas mayores de los trabajos relevantes; el segundo era que el envejecimiento debilita la resistencia física y reduce el valor del individuo; el tercero era que el envejecimiento impide o disminuye el goce de los placeres sensuales, sobre todo el sexual; el cuarto era que la edad avanzada conlleva un aumento de la ansiedad por la muerte. En este último punto coincidió nuevamente con Platón al considerar que la muerte podría considerarse una ventaja que libera a las personas y a su alma inmortal de su prisión corporal en este mundo muy imperfecto (Blazer y Steffens, 2010).

Para la escuela hipocrática la vejez iniciaba después de los 50 años de edad y era entendida como el desequilibrio de los humores a partir del cual se explicaba la presencia de las enfermedades. Pitágoras, por su parte, realizó una aproximación filosófica de la vejez con las estaciones climatológicas determinando que ésta corresponde con el invierno y se inicia a los 60 años de edad; Galeno por otro lado, distingue tres etapas: vejez incipiente (60-70 años en el hombre y 50-60 años

para la mujer), vejez confirmada (hasta los 85 años en ambos sexos) y decrepitud (después de los 85 años) (Quintero et al., 2017).

Posteriormente, en la Roma Imperial y el Renacimiento, cuando la sociedad se desarrollaba en torno al ideal estético y del culto al cuerpo, la vejez era determinada por la pérdida de las cualidades propias de la juventud (belleza, fuerza física, agilidad, vitalidad, entre otros); más tarde en la Edad Media, momento de guerras, la vejez fue vista nuevamente de manera positiva (Rodríguez et al., 2003).

Por otro lado, diversas culturas en Mesoamérica, alrededor de 1400, como los Aztecas y también, en otras latitudes, los Incas, otorgaban a los viejos un papel importante relacionado con aspectos mitológicos, proféticos, literarios, religiosos y filosóficos, eran considerados sujetos de sabiduría, de experiencia ligada al tiempo y a la vida humana (García, 2003).

De forma semejante, en el lejano Oriente, especialmente en China, se denota un enorme respeto por las personas adultas mayores ya que consideraban que el paso del tiempo las dotaba de cierta sabiduría. Probablemente, está relacionado con la idea que tenían sobre la interacción del yo individual de la vida y de la muerte. Por ejemplo, para el budismo significa el pasaje a otra reencarnación (Iacub, 2001).

Durante el siglo XX, surge la gerontología como una ciencia o disciplina encargada de estudiar los procesos, causas y consecuencias del envejecimiento, así como de la vejez en los seres humanos; es decir, su objeto de estudio es tripartita (el viejo, la vejez y el envejecimiento). El término fue utilizado por primera vez por Metchnikoff en 1901 en su libro "La naturaleza del hombre: estudios de una filosofía optimista" (Árraga y Sánchez, 2007; López et al., 2014; Ribera et al., 2006).

Sin embargo, luego de la Segunda Guerra Mundial se instaura la postura del rejuvenecimiento de las estructuras sociales alejando a los viejos de las cercanías del poder. A mediados del siglo XX, las personas mayores que representaban el componente de autoridad y

respeto en la familia fueron perdiendo dicha posición debido a los enfrentamientos mundiales generacionales (Rodríguez, 2008).

Por lo tanto, después de la Segunda Guerra Mundial, la gerontología se comienza a separar un poco de cierto enfoque reduccionista clínico-biológico y comienza a instaurarse cada vez más dentro del campo de las ciencias sociales. Por lo que dicha disciplina comienza a comprender desde la biología molecular hasta estudios socioeconómicos. Los estudios gerontológicos comienzan a establecerse desde diversas perspectivas, abarcan diferentes ciencias y, en este sentido, son multidisciplinarios (García y Flores, 2017; Ribera et al., 2006).

Es así como posteriormente, en 1951, surge la International Association of Gerontology que recomendaba estudiar tres campos teórico-prácticos de organización institucional: el sanitario (asistencial), el biológico (investigación básica en los niveles tisular, celular y molecular) y el social (cuestiones sociológicas, psicológicas, de trabajo social y jurídicas) (García y Flores, 2017).

Más tarde, el año de 1999, fue nombrado como el año internacional de las personas mayores, donde se instaló el concepto de una sociedad para todas las edades, implicando cuatro dimensiones: el desarrollo individual durante toda la vida; las relaciones multigeneracionales; la relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo; la situación de las personas adultas mayores. Ese acontecimiento atravesó el espacio geográfico de las naciones y contribuyó a promover la conciencia de la situación, como también la necesidad de impulsar la investigación multidisciplinaria y la acción consecuente en materia de políticas gerontológicas en todo el mundo (Tamer, 2008).

Antes de comenzar a abordar el siglo XXI, es relevante mencionar que a partir de la Primera Guerra Mundial y de la Segunda Guerra Mundial la psicología tomó gran relevancia y uno de los pioneros que cabe señalar en este sentido es a Sigmund Freud quien consideraba que no era de gran utilidad aplicar la psicoterapia en personas adultas mayores de 55 años porque pensaba que no eran analizables, dicha actitud negativa provocó un gran desinterés por la psicoterapia en personas

adultas mayores hasta la aparición de varios estudios empíricos en la década de 1980 referentes a la aplicación, principalmente, de psicoterapia en la depresión (Blazer y Steffens, 2010).

En el siglo XXI, recogiendo los aspectos positivos y negativos de otras épocas, la vejez empieza a percibirse como una etapa de autorrealización y autoafirmación personal y social. Aunque, se hacen presentes diferentes tipos de marginación y exclusión social, donde incluso algunos profesionales en gerontología u otras ciencias asociadas no tienen una perspectiva personal de su propio envejecimiento, ni tampoco visualizan que transitarán en algún momento por la vejez (García, 2005; García y Flores, 2017).

Sin embargo, el trabajo a favor de un envejecimiento con calidad de vida ha seguido fortaleciéndose, por ejemplo en el 2002 en Madrid, España, se llevó a cabo un evento titulado, Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, donde se denota que toda persona deberá de tener seguridad y dignidad, con pleno goce de sus derechos, sin importar la edad (Tamer, 2008).

El Plan de Acción se centra en tres ámbitos prioritarios: las personas adultas mayores y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez; y la creación de un entorno propicio y favorable. Esto llevó a sustentar la necesidad de que tal envejecimiento con calidad de vida sea una opción no sólo para los países desarrollados, sino también para los países en vías de desarrollo (Naciones Unidas, 2003).

En general, Gracia (2003) habla de tres etapas en la historia de la comprensión de la vejez: la etapa primitiva en la que el viejo era tenido como el sujeto de mayor autoridad y respeto; la etapa de la cultura clásica, que relacionaba directamente la vejez con la enfermedad y la inmoralidad; por último, la etapa moderna, en la que el viejo se reconoce como el jubilado, como un ser consumidor e improductivo.

Por otro lado, se pueden señalar, siguiendo a Rodríguez (1998), una serie de periodos a través del tiempo que resaltan a la vejez desde diversas perspectivas acordes a cada época: En primer lugar, se habla del periodo de la vejez idílica la cual hace referencia a la concepción

antropológica y cultural de que vivir muchos años era signo de un gran privilegio o favor sobrenatural por parte de los dioses.

Posteriormente, se denota a la llamada vejez negada y ambigua, que se centra en las culturas griega y romana, donde se conserva el respeto, la admiración, el prestigio y la autoridad pero comenzaban a ser rechazados por tratarse de una edad unida a enfermedades, desgaste, fealdad, dolor y muerte. Vivían en una constante paradoja.

Por otro lado, se destaca a la vejez intemporal, situada en la era cristiana, donde la vejez comienza a retomar protagonismo pero sin excesiva relevancia ya que se sigue viendo como una etapa de decadencia vital y a partir de ello se comienza una lucha constante por retrasar su aparición y sus signos.

Más adelante, se habla de la vejez pesimista que podría situarse entre los siglos XIV y XVIII, es aquí donde la vejez retoma cierto poder social debido, en gran medida, a la muerte de niños, jóvenes y adultos hasta los treinta y cuarenta años debido a las pestes, masacres o epidemias. Sin embargo, se conserva un pesimismo antropológico generalizado hacia esta edad; ya en los siglos XIX y XX se resalta al periodo llamado vejez admitida, en donde se generan estados idealizados sobre la vejez, pero también siguen permaneciendo muchos estereotipos negativos; finalmente se habla del periodo denominado como vejez en el horizonte del siglo XXI, donde se considera a la vejez como una etapa de recapitulación de la vida sometida por factores sociales.

Retomando dichos factores sociales, cabe señalar que específicamente en México, en la actualidad, se piensa que toda la población puede alcanzar la vejez y por lo tanto se debe entonces tener asegurada una buena calidad de vida al envejecer. Aunque el envejecimiento de la población representa en muchos sentidos un logro, también plantea profundos retos para las instituciones públicas, en un primer lugar, pero también para las privadas, que deben adaptarse a una estructura de la población siempre en constante cambio (Instituto de Geriátrica, 2010).

Por lo tanto, se debe incentivar a la promoción de la investigación multidisciplinaria pero también interdisciplinaria y transdisciplinaria sobre el envejecimiento a través de una red nacional

capaz de integrar esfuerzos individuales e institucionales, de identificar prioridades estratégicas y de aumentar las fuentes de financiamiento. Donde no se busca obtener un pensamiento lineal sino un pensamiento complejo y multirreferencial, por lo que el estudio y atención de la población adulta mayor no debe ser analizada y resuelta sólo desde una visión biologicista ya que tiene, además, una profunda relación con el aspecto social y con el contexto emocional en el que se desenvuelve dicha población (Instituto de Geriatria, 2010; López et al., 2014).

Es decir, desde esta perspectiva el concepto de envejecimiento y de vejez seguirá modificándose y se espera que sea orientada hacia estos últimos postulados, relegando de igual modo a la discriminación y estereotipos en torno a estos términos.

Entonces, cabe señalar que es un trabajo arduo que está en constante cambio y que mantiene una estrecha relación con la sociedad y sus ideologías, así como con el cambio de la calidad de vida a través del tiempo. Es por ello que tal como lo mencionan Iacub y Sabatini (2013) no se deben caer en ideas reduccionistas y, por el contrario, se debe ser preciso con los datos que arroja la historia y la antropología. Es decir, no regirse por lo que se ha denotado como el mito de la modernización el cual consiste en creer que antes, es decir a lo largo de la historia, la vejez había sido apreciada y que la modernidad denigró el lugar simbólico de los mayores. Así como también considerar que antes los viejos vivían en familias multigeneracionales y ahora en familias nucleares, o que antes los viejos estaban excluidos de la sexualidad y es ahora que se les empieza a posibilitar un espacio.

Por lo tanto, los esfuerzos continúan debido a que las necesidades de la población, y en específico de las personas adultas mayores, se modifican constantemente y se espera generar propuestas para una resolución de dichas necesidades de forma más efectiva.

Dentro de las más recientes acciones a nivel mundial, bajo estos postulados, está la generada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, donde se designa al periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable. Esta es la principal estrategia para lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades y se rige bajo cuatro ejes de

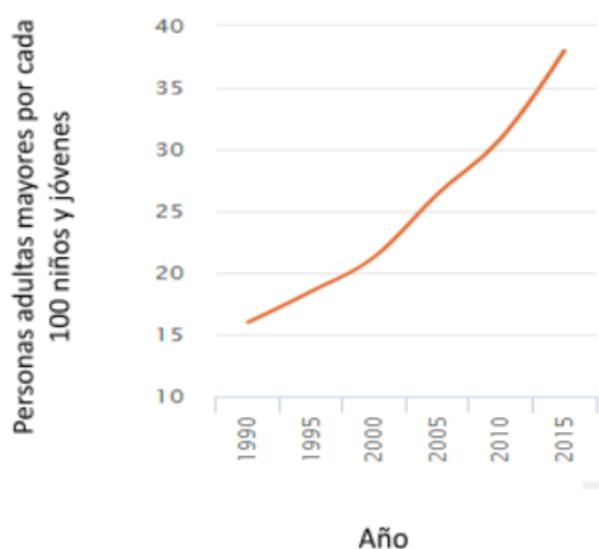
acción: cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento; asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores; ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores; y brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Características sociodemográficas de las personas adultas mayores en México

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y tomando como base la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) realizada en el año 2018, el número de personas de 60 años o más que residen en México es de 15.4 millones. En donde el porcentaje de los adultos de 60 años o más ha aumentado desde 1990 de 6.2% a 12.3% en el 2018 del total de la población. El país está pasando por un proceso de envejecimiento demográfico; es decir, por un aumento en la proporción de personas de 60 años o más y la disminución de la población infantil y juvenil (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019, 2020a, 2020b) (Figura 1).

Figura 1

Personas adultas mayores por cada 100 niños y jóvenes con base en la Encuesta Intercensal 2015

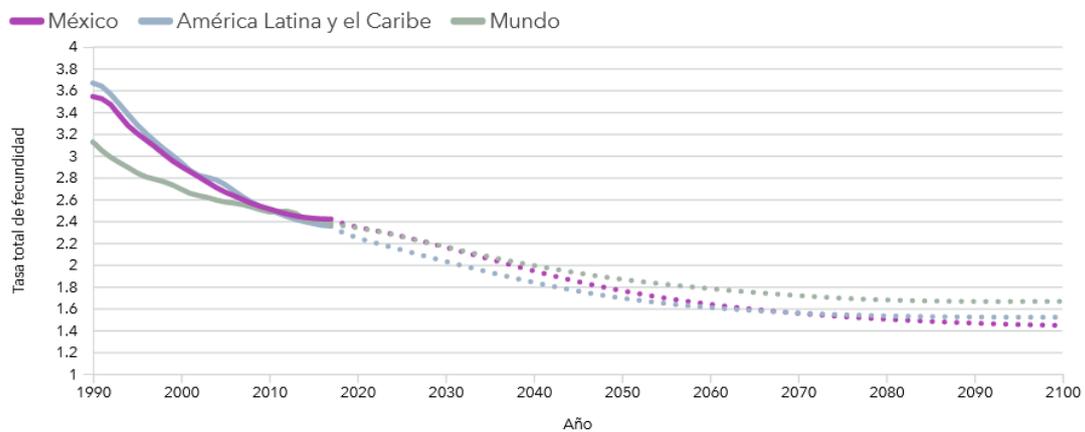


Nota: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020b).

El envejecimiento demográfico constituye una de las características que más se ha acentuado en la sociedad occidental durante las últimas décadas, dicho aumento puede deberse a diversos factores, uno de ellos es la disminución del número de nacimientos (Figura 2) y los avances tecnológicos a favor de la preservación de la salud, así como al aumento en la esperanza de vida (Figura 3). En el devenir histórico se ha conseguido un incremento en la esperanza de vida, un valor que crece de forma significativa cada década (Árraga y Sánchez, 2006; Fernández, 2009; González, 2010; González y De la Fuente, 2014; Muchinik, 2005; Pérez, 2005; Vizcaíno, 2000).

Figura 2

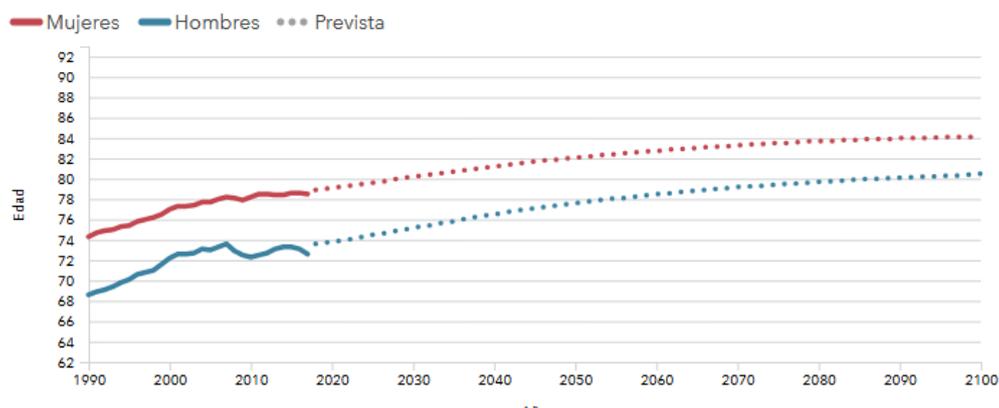
Tasa total de fecundidad, 1990-2100



Nota: Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). La tasa total de fecundidad representa el número medio de hijos que una mujer da a luz durante su vida. Se incluyen las tendencias regionales y mundiales para efectos de comparación. En México durante 2017 la tasa total de fecundidad fue de 2.4 y para el 2100 se pronostica de 1.4. Para América Latina y el Caribe, así como para otras partes del mundo, la cifra referente al año 2017 se mantiene pero para 2100 se pronostica de 1.5 y 1.7, respectivamente.

Figura 3

Esperanza de vida al nacer, 1990 a 2100 en México



Nota: Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). Datos calculados a partir de los resultados de la carga mundial de morbilidad (CMM) de 2017. La esperanza de vida para hombres en el año 2017 fue de 72.6 y para las mujeres de 78.5, se prevé que para 2100 será de 80.5 y 84.2, respectivamente.

Por otro lado, incluso se ha señalado que para el periodo de enero de 2013 a octubre de 2018, 760 mil personas salieron de México con la intención de trabajar, vivir o estudiar en el extranjero, esto ocasiona que la mayoría de las personas que salen del país lo hagan en edad productiva; es decir, entre los 18 y 59 años, aumentando la población mayor de 59 años en el territorio mexicano (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020a).

A nivel mundial, hasta 2030 se prevé que haya un incremento de 56% en las personas de 60 años o más, pasando de 901 millones (M) a 1 400 M; y para el año 2050 se estima que se duplicará, llegando a casi 2 100 M. A su vez, el número de personas del estrato más envejecido (80 años y más), está creciendo proporcionalmente más rápido que el resto del número de personas adultas mayores; las proyecciones indican que en 2050 habrá 434 M de personas pertenecientes a este grupo, lo que equivale a más del triple que en el año 2017 (125 M) (Sosa et al., 2017).

En general, se puede resaltar que el envejecimiento demográfico no es exclusivo de México, sino que es parte de un fenómeno mundial, que va en aumento, donde el nivel de desarrollo de cada

uno de los países es el elemento diferencial debido a su estrecha relación con el nivel socioeconómico y a la transición demográfica particular de cada país. Aunado a ello, los cuidados en la salud, el acceso y uso de servicios médicos; la capacidad de prevención y atención; y la nutrición se encuentran en función de niveles educativos, patrones culturales y disponibilidad de recursos, generando, en conjunto, que dicho envejecimiento demográfico sea más visible en algunos países que en otros (Ham, 2014; Sosa et al., 2017).

Capítulo 2. De la conceptualización social a la identidad en la vejez y el envejecimiento

Definición de viejismo

Butler (1969) acuña el término *Ageism* para describir la discriminación a las personas mayores. Menciona que el viejismo refleja una profunda inquietud por parte de los jóvenes y de personas de mediana edad, donde se resalta repugnancia y aversión personal hacia el envejecimiento, la enfermedad, la discapacidad, así como al miedo a la impotencia y a la muerte.

Salvarezza (1988) lo ha traducido como *viejismo*, para referirse a todo tipo de prejuicio y creencia de hostilidad e infravaloración hacia las personas adultas mayores. Denota que se puede dar este fenómeno a diferentes escalas que serían las siguientes: actitudes de discriminación hacia los mayores; comportamientos inadecuados hacia o con los mayores; inadecuación en el trato de parte de las personas que proveen servicios a este sector de la población; y discriminación por políticas y prácticas institucionalizadas como puede ser la jubilación, menores aumentos de sueldo o impedimento de la vida laboral. Considera que la discriminación hacia las personas adultas mayores es comparable con los prejuicios que se sustentan contra las personas de distinto color, raza o religión, o contra las mujeres en función de su sexo.

En este sentido, cabe señalar la distinción entre estereotipos y actitudes negativas hacia la vejez, los primeros son fundamentalmente cognitivos, mientras que las actitudes están más cargadas de afecto. Sin embargo, tienden a ir juntos ya que los estereotipos negativos generalmente dan lugar a actitudes negativas y éstas tienen su base en los estereotipos negativos (Palmore, 1990).

Los estereotipos negativos, por una parte, se han construido a lo largo de la historia con base en la actitud que se ha tomado acerca de la vejez y el envejecimiento en cada época, pero por otra parte, se han generado a partir de que la sociedad toma una tendencia y preferencia hacia la juventud gracias a todas las ideas que nos presentan día a día en la televisión, la radio, los espacios publicitarios, carteles, entre otros, que hacen olvidar que la vejez es una etapa por la que todas las personas, con suerte, habremos de transitar, generando una perspectiva de rechazo no sólo hacia la

vejez sino hacia el envejecimiento en general ya que no está limitado a las personas adultas mayores sino que a partir de la mediana edad, o incluso antes, se comienza a tomar cierto desapego o aversión hacia el proceso de envejecimiento (Molina, 2015).

Es decir que, siguiendo a Moscovici (2000), todos los individuos nos encontramos regidos por representaciones sociales las cuales se componen de actitudes, opiniones, imágenes y estereotipos que se construyen y combinan para permitir que se tengan ideas sobre cómo actuar frente a los demás. Son construidas por la interacción, las condiciones y los valores e ideas culturales vigentes en una sociedad.

Estas ideas a su vez son transmitidas a los niños desde muy pequeños, creando en ellos ideas viejistas, que son asimiladas y perduran en el tiempo. Incorporan a su concepción que sus abuelos (u otras personas adultas mayores) son personas que pierden vitalidad y atractivo físico, que están enfermas o cuyo estado mental declina con el paso del tiempo. Gracias a los prejuicios que los niños tienen asimilados, consideran que es más benéfico seguir siendo niño a ser adulto y más aún que ser viejo, pero no porque ellos hayan analizado una serie de situaciones, cualidades, actitudes o características de los viejos, sino porque la sociedad ha influido en su forma de pensar (Molina, 2015).

Es decir, los prejuicios mantenidos socialmente generan una visión unidimensional, que además son transmitidos de generación en generación y que terminan por condenar a la vejez como una etapa de vida no deseada. Por lo tanto, la expectativa social abandona los criterios del envejecimiento saludable, y se basa únicamente en las representaciones incorporadas al sistema de creencias, como si el envejecimiento fuera un proceso homogéneo (Moreno, 2010).

El grado de conflicto que represente para cada uno el envejecimiento y la vejez, así como las conductas defensivas que se adopten para evitarlo, serán determinadas por diversos factores como la historia personal, las experiencias o las creencias que se generen en torno a las causas y consecuencias de envejecer y de llegar a ser viejo (Salvarezza, 1988).

Muchas personas piensan que la vejez se centra principalmente en la aparición de enfermedades que podrían mermar la independencia, las consideran como parte inevitable del ciclo vital. A pesar de que se destacan aspectos positivos en la vejez e incluso las personas adultas mayores los reconocen, mantienen únicamente los conceptos de pérdida y padecimiento como los más evidentes. No obstante, la vejez no se reduce únicamente a las pérdidas, es un proceso mucho más complejo, donde las pérdidas son parte de esta etapa del ciclo vital (Gutiérrez e Ibarra, 2018).

Por lo tanto, dicha situación se torna más conflictiva cuando las personas adultas mayores, así como toda persona que toma más importancia y atención a su envejecimiento, aceptan los estereotipos negativos y los incorporan a su visión personal. La persona comienza a sentirse limitada en la participación con otros y a generar cambios en su forma de comportarse basándose en las creencias negativas impuestas por otros; es decir, genera cambios en su autoconcepto y autoeficacia, por lo tanto en su autoestima, aumentando la probabilidad de ocurrencia por ejemplo de depresión al presentarse una serie de factores de riesgo que precipitan su aparición como aislarse o ser aislados por los otros, abandonar las actividades que disfruta realizar pero que ya no cree ser capaz de realizarlas o considera que ya no son aptas para su edad, al vulnerar su dignidad y anular su opinión a través de actos de violencia, al ser abandonado o ignorado (Orozco-Campos y López-Hernández, 2016).

Además, muchos individuos adoptan comportamientos que fuerzan aquellas percepciones, conductas y emociones, que encajan en los esquemas prefijados, lo que hace que se rechacen, descalifiquen e ignoren aquellas que no se ajustan a dicha perspectiva (Molina, 2015).

Estas concepciones viejistas no se limitan en ningún sentido a la vida diaria de todas las personas, sino que también se extiende al estudio y literatura sobre la vejez ya que generalmente en éstos se les nombra como personas mayores o personas de la tercera edad; sin embargo, no se les denomina viejos como si se les denomina, por ejemplo, jóvenes a quienes pertenecen a dicho rango

etario, como si decirle viejo o vieja a una persona fuera un insulto o una falta de respeto sólo por hacer referencia al momento del ciclo vital en el que se encuentra (Gutiérrez e Ibarra, 2018).

Tan sólo con estos pequeños detalles se podría decir que nos encontramos constantemente bajo una perspectiva viejista que rige nuestras conductas, pensamientos y emociones relativos a la vejez. Sin embargo, parece ser que no ocurre todo este proceso de forma intencional en todas las ocasiones, sino que incluso puede operar sin ser advertido, controlado o con intención de dañar; es decir, se hablaría de viejismo implícito. Dicho concepto es único en el sentido de que no existen grupos que repudien a los más viejos como existen grupos que repudian a grupos religiosos, raciales o étnicos, donde incluso las sanciones sociales en contra de ciertas actitudes y creencias negativas contra los viejos están completamente ausentes. Entonces, se podría decir que todos los seres humanos, en diferentes grados, se encuentran implicados en la práctica del viejismo implícito ya que todas las emociones, conductas y pensamientos referentes a éste se producen con cierto grado de automatismo ocasionado por la repetida exposición a impresiones negativas en torno a la edad (Levy y Banaji, 2004).

Perspectivas acerca de la vejez

Los significados del sujeto envejecido

Se ha hablado por varias décadas sobre el envejecimiento, pero realmente ¿qué significa envejecer?

El periodo denominado como modernidad, que comprende el siglo XIX y XX, se ha orientado a la estandarización de las edades donde se intentaba hallar en cada grupo etario diferencias notables. A partir de ello, se vinculó a la niñez por ejemplo con la educación, a la adultez con el trabajo y a la vejez con la jubilación. Sin embargo, en la posmodernidad, se produce una emergente desinstitucionalización y desdiferenciación del curso vital, dando lugar a una mayor individualización donde la edad dejó de ser relevante para definir los roles y comportamientos (Iacub, 2011).

Sin embargo, se ha llegado a hablar de una dualidad, donde por un lado se ha considerado a la edad como un criterio fijo y por otro lado, la edad parece irrelevante. La pérdida de esta dualidad podría llevar a la pérdida de un criterio que actualmente indica necesidades particulares, la conformación de tiempos sociales con expectativas específicas y donde la diferenciación de edades no necesariamente implica discriminación (Iacub, 2011; Neugarten, 1999).

Desde otra perspectiva y aunado a las concepciones viejistas, la sociedad ha puesto énfasis en ciertos roles que, de acuerdo con ésta, deberían cumplirse en determinados momentos durante el proceso de envejecimiento, ejemplo de ello es la abuelidad, la jubilación y las acciones que implican la conservación o deterioro del cuerpo junto a la determinación de las actividades que deberían o no ser aptas para cierta edad (Iacub, 2013; Iacub y Sabatini, 2013; Pérez, 2018). Es decir, existe un tiempo social, definido por el conjunto de los seres humanos que interactúan en un mismo contexto y que va modificándose conforme suceden los grandes cambios económicos, sociales o culturales en las sociedades (Gutiérrez, 2019).

Por su parte, la abuelidad suele aparecer como uno de los logros de la vejez ya que se puede recuperar una posibilidad de vínculo afectivo intenso, renovar la relación con los hijos y sentir que la vivencia de finitud o de pérdidas físicas se compensa al poder dejar un legado en los nietos (Iacub y Sabatini, 2013). Sin embargo, esta concepción de la abuelidad se ha llevado a reduccionismos lo cual puede llevar a pensar que quien no toma dicho rol puede considerarse menos exitoso que quien sí lo logró o incluso considerar que todas las personas adultas mayores son abuelas o abuelos.

Por otro lado, en diversas ocasiones, la edad se ha vinculado a otros factores como la productividad y la autonomía. Por ejemplo, se ha resaltado la valoración social del trabajo formal, no sólo como un soporte económico sino también como ideal y referente vital, por lo que se ha asociado al término de la vida laboral con la pérdida de la pertenencia organizacional, de la identidad laboral y de las formas de socialización; así como con un cambio en la autoimagen, autoeficacia y autoestima; también con la modificación de metas, objetivos y rutinas que estructuran el uso del tiempo. Además, se ha asociado a la vejez como un momento improductivo, tanto a nivel

económico como reproductivo; sin embargo, esta concepción es errónea ya que por ejemplo la imposición de pobreza que se le da a todas las personas adultas mayores se anula al considerar que algunas de ellas siguen siendo titulares de alguna propiedad, además pueden poseer un mayor capital ahorrado e incluso no cuentan con dependientes económicos con lo que su grado de independencia junto a su capacidad adquisitiva es superior a las demás edades (Iacub, 2011; Molina, 2015; Moreno-Crespo et al., 2018).

También, se han generado una serie de premisas en torno a la vejez desde una perspectiva no sólo física relacionada con la denominación incorrecta de vejez como sinónimo de enfermedad sino también desde una perspectiva vinculada al aspecto psicológico. En primer lugar, se les ha denotado como rígidos y deprimidos, donde se resalta la presencia de escasez de recursos psicológicos (Sneed y Whitbourne, 2005).

Además, se ha considerado a las personas adultas mayores como personas aisladas, abandonadas e institucionalizadas. Aunque Charles y Carstensen (2007) han propuesto que las explicaciones que se han brindado acerca de las relaciones sociales en la vejez se han basado más en ideas y estereotipos que en hallazgos de investigación. De forma semejante ocurre con respecto a la institucionalización ya que la población que reside en alguna institución es limitada.

Incluso, se ha denotado a la persona adulta mayor como una persona cognitiva y psicológicamente disminuida. Esto ha llevado a confundir los cambios normales en la memoria (declive cognitivo) con deterioro cognitivo o incluso se ha llegado a afirmar que todas las personas adultas mayores tienen demencia y que su presencia está limitada a dicha edad, por ello se le ha denominado erróneamente demencia senil; sin embargo, no es correcto dicho término ya que la demencia no sólo ocurre en la vejez. Dicha perspectiva produce limitaciones en la posibilidad de autonomía ya que se generan temores acerca de la capacidad de afrontar situaciones. De igual modo, genera una interferencia en las interacciones sociales e induce a darles y a que adopten actividades inapropiadas, infantilizantes o poco estimulantes, las cuales fortalecen dichas creencias impuestas por la sociedad. Es decir, se tiende a descalificar las verdaderas capacidades de las

personas adultas mayores (Iacub, 2001, 2011; Moreno-Crespo et al., 2018; Sneed y Whitbourne, 2005).

En este sentido, es importante señalar la creencia que se tiene acerca de que las persona en la vejez se convierten nuevamente en niños ya que se les engloba dentro del estereotipo de irresponsables y como personas con capacidades deficientes, pero en realidad tienen la capacidad de tomar decisiones e incluso de trabajar ya que no es raro que alguien de más de 65 años haga un trabajo de arte, ciencia o académico, porque aunque el periodo de mayor productividad sean las edades tempranas, la producción de este tipo de tareas se extiende a todo el ciclo vital (Molina, 2015; Moreno-Crespo et al., 2018).

Todas las concepciones negativas en torno al envejecimiento y a la vejez llevan a considerar a las personas adultas mayores como personas de poco valor, incapaces de cuidarse por sí mismas, con dificultades para aceptar el cambio e incluso se les ha considerado como un obstáculo para la sociedad (Allevato y Gaviria, 2008).

En este sentido, Giraldo (2015) realiza una encuesta sobre envejecimiento, titulada “Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales”, en la cual se utilizó una serie de 13 preguntas divididas en dos partes; la primera, está conformada por 7 afirmaciones que representan los estereotipos más comunes en la población mexicana, con base en lo reportado en la literatura. Se pudo observar a partir de los resultados obtenidos que solo el 9.4% de los 79,820,730 entrevistados estuvo en desacuerdo con las siete afirmaciones, mientras que la prevalencia de las personas que estuvieron de acuerdo con las afirmaciones fue de 51.9%. Cabe señalar que las características sociodemográficas de los entrevistados no resultan en diferencias significativas con relación a los estereotipos que tienen sobre las personas adultas mayores (Figura 4).

La segunda parte de la encuesta consistió en 6 frases las cuales se relacionaban con estereotipos negativos vinculados a aspectos de la personalidad y disposición de las personas adultas mayores. En este caso, la prevalencia de las personas que estaban de acuerdo con dichas frases fue de 52.4 % y sólo el 11.9% estaba en desacuerdo con las seis afirmaciones. No hubo

diferencias significativas en los resultados en cuanto a las características demográficas más que en el reactivo “las personas mayores se irritan con facilidad” donde el 69% de jóvenes y adultos jóvenes estuvo de acuerdo con dicha afirmación en comparación con el 61.3% de las personas adultas mayores (Figura 5).

Figura 4

Porcentaje de la creencia de estereotipos sobre la vejez en la población mexicana

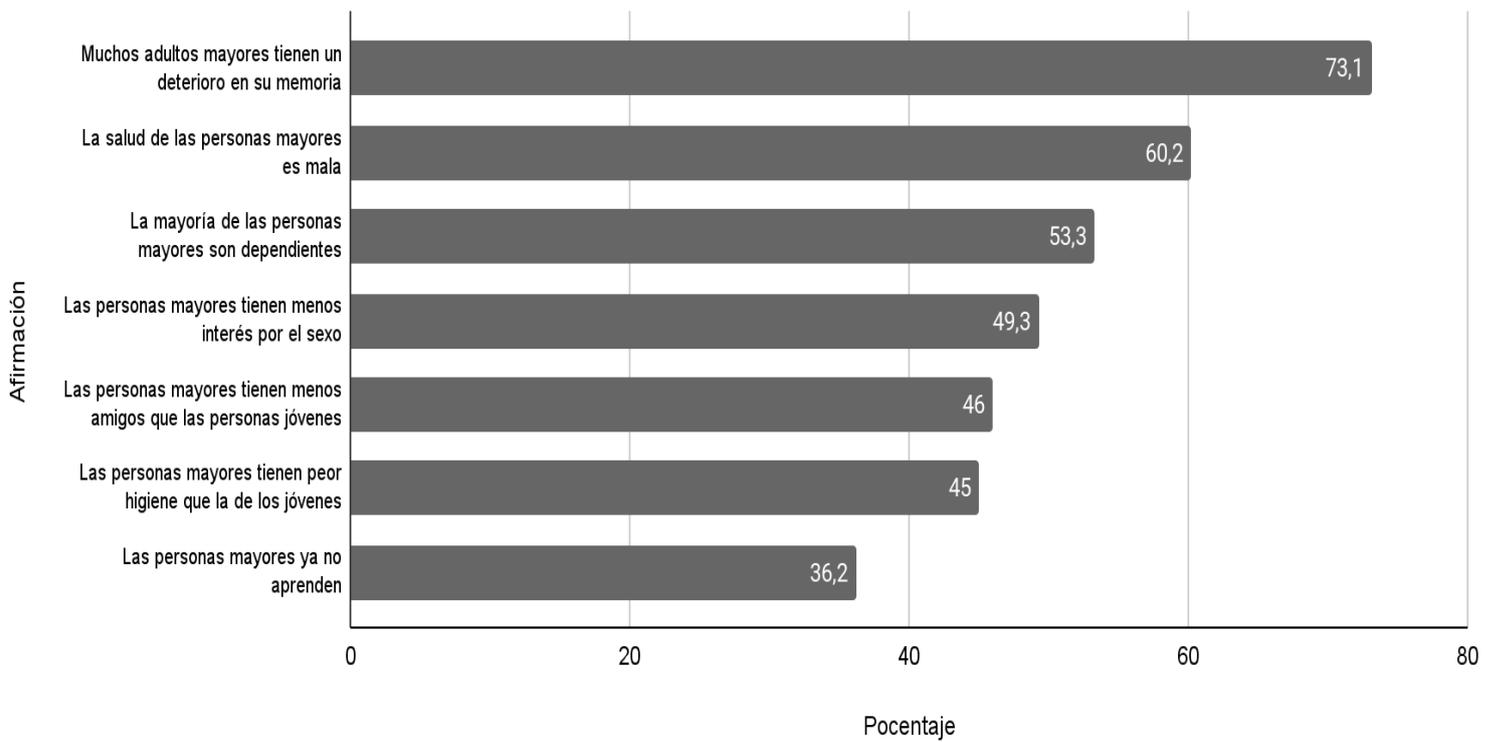
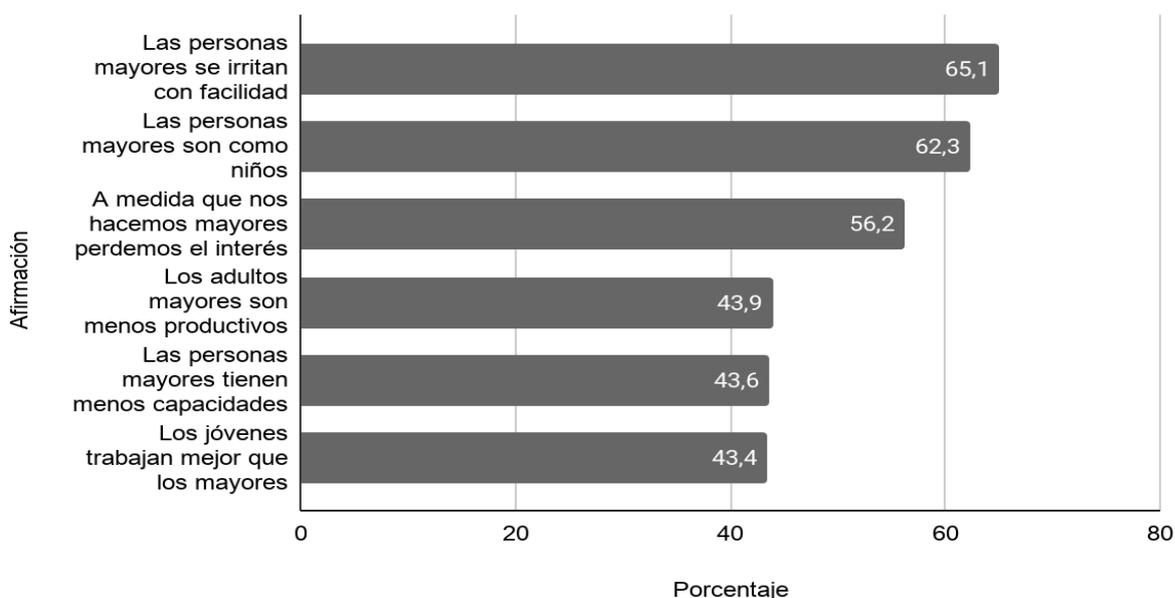


Figura 5

Porcentaje de la creencia de estereotipos negativos vinculados a aspectos de la personalidad y disposición de las personas adultas mayores



A pesar de todos los estereotipos negativos que influyen en la forma en cómo definimos el envejecimiento y la vejez, los cuales han sido reflejados en la sociedad a través del discurso, las actitudes o pensamientos, es importante reconocer que los estereotipos que prevalecen en la percepción de la población no corresponden a la realidad observada. Estas actitudes discriminatorias son el resultado de los estereotipos que ignoran la diferencia individual, la amplitud de la contribución, la utilidad social y la rica diversidad que caracteriza a todas las personas, pero cuya discriminación se acentúa en las personas adultas mayores (Instituto Nacional de Geriátrica, 2016).

Aunque los prejuicios hacia el envejecimiento y la vejez pueden ser fácilmente desmontados o desestimados, porque han caducado frente a la realidad, todavía están arraigados a la población y siguen influyendo tanto en viejos, a quienes les impide reconocer su capacidad de desarrollo, como en jóvenes y adultos, quienes huyen de los viejos por negación a la vejez (Salvarezza, 1998).

Sin embargo, no significa que los cambios físicos, psicológicos o sociales en el transcurso del envejecimiento no existan sino que se le ha dado una dirección reduccionista, dicha postura se ha

construido por diversos factores, dentro de los cuales están los pensamientos, actitudes o sentimientos viejistas; el deterioro físico del cuerpo por la edad; las condiciones económicas y el acceso a los servicios de salud que se han denotado como poco alentadores para las personas conforme incrementa su edad (Gutiérrez, 2019).

Es por esto último que se deben generar estrategias y políticas públicas que favorezcan una perspectiva más positiva de la vejez desde los hechos y no únicamente desde una perspectiva subjetiva sino a partir de la creación de un ambiente seguro y digno para el envejecimiento.

El constructo de enfermedad en la vejez

Durante los años de 1940, los modelos de envejecimiento se enfocaban en el mecanismo homeostático, extendiendo la idea de que el envejecimiento se acompañaba inevitablemente de patologías, aunado a la idea de que el modelo médico cuantificaba la enfermedad y la discapacidad como producto inevitable de la edad (Orozco-Campos y López-Hernández, 2016).

Estes y Binney (1989) resaltan a la biomedicalización la cual tiene dos aspectos relacionados entre sí, por un lado, la interpretación social del envejecimiento como un problema médico, por otro lado, considerar a la praxis del envejecimiento reservado únicamente para los médicos.

Aunado a ello es importante mencionar al concepto de polifarmacia, este se ha definido como el consumo diario de cuatro o más fármacos. Sin embargo, este elevado consumo de medicamentos implica mayor riesgo de utilizarlos inadecuadamente ya que favorece el riesgo de presentar una o más interacciones fármaco-fármaco. La magnitud de las interacciones farmacológicas se manifiesta de manera cuantitativa por aumento o disminución del efecto del fármaco administrado inicialmente, o de forma cualitativa, con la aparición de un síntoma inesperado, en virtud de la exposición al fármaco o fármacos administrados en un segundo momento de forma concomitante o secuencial (Instituto de Geriatria, 2010; Rodríguez et al., 2014).

También, las reacciones adversas a medicamentos en personas adultas mayores son más frecuentes debido a los cambios en la farmacocinética (acción del cuerpo sobre el fármaco e incluye absorción, distribución, metabolismo y excreción) y la farmacodinamia (acciones de un fármaco en el cuerpo e incluye interacciones con el receptor, fenómenos de dosis-respuesta, así como los mecanismos del efecto terapéutico y tóxico), derivados del envejecimiento, lo cual debe tomarse en cuenta para ser cuidadosos en no confundir el envejecimiento patológico con los cambios esperados por la edad para no suministrar medicamentos que no sean necesarios pero que pueden causar reacciones adversas por su consumo. Del mismo modo, se le debe informar a la persona adulta mayor por qué se le ha prescrito cierto medicamento ya que de ese modo se favorece la adherencia al tratamiento, disminuye el uso concomitante de tratamientos alternativos y aumenta la responsabilidad de cuidado por la propia salud (Instituto de Geriátrica, 2010; Rodríguez y Obrador, 2013).

Además, no se le debe dejar de dar a conocer y ofrecer educación a toda la población, sin importar edad, sobre los cambios que son esperables debido a la edad ya que de ese modo se podrían reducir los estereotipos negativos en torno al envejecimiento y posteriormente se favorecería la reducción de los pensamientos negativos a la vejez, así como se buscaría disminuir la angustia por la enfermedad, que en el presente es sobresaliente, especialmente en las personas adultas mayores donde toda enfermedad pasajera como un resfriado puede ser considerada como una enfermedad muy grave e incluso pueden incrementar los pensamientos en torno a la muerte. Estos pensamientos, conductas y emociones vinculados a la preocupación excesiva por la enfermedad son transmitidos a su red cercana de apoyo y posteriormente, desde un ámbito más global, a la sociedad (Molina, 2015).

Por el contrario, debido a las diferencias individuales y a la mayor o menor influencia de los estereotipos en torno a la vejez, algunas personas adultas mayores pueden ocultar su malestar físico o mental por temor a ser juzgadas y consideradas como viejas, es por ello que en muchas ocasiones

las enfermedades que pueden llegar a ser incluso mortales no son diagnosticadas hasta que ya han avanzado y el deterioro es significativo. Esta actitud de negación a la enfermedad puede ser, igualmente, el resultado de miedo al futuro por el deterioro corporal, a la posible pérdida de autonomía y a la sensación de improductividad que se asocia a la vejez (Gutiérrez e Ibarra, 2018).

Dicha visión centrada en la enfermedad se puede encontrar fundamentada en los anuncios publicitarios de la promoción de servicios y productos ya que se denota al envejecimiento, y especialmente a la vejez, como sinónimo de deterioro, fragilidad, enlentecimiento, déficit, pasividad, improductividad o imposibilidad. Además, se muestran una serie de imágenes de personas adultas mayores que connotan enfermedades como artritis, Parkinson, celulitis y várices. Se observa a la vejez como un aspecto en la vida que debe ser contrarrestado con cremas antiarrugas, cirugías estéticas, gimnasios o tratamientos adelgazantes, y por ello comprar, así como consumir dichos productos puede ayudar a alcanzar el llamado antienvjecimiento; es decir, que combaten la imagen deteriorada que, según la publicidad, se adquiere con el paso de los años, donde se denota la negación a la vejez conjunto a la idealización de la juventud la cual se compara con la belleza, estética, fuerza y salud (Abaunza et al., 2014; Fuentes y Navarro, 2010; López et al., 2014; Mansinho y Pochintesta, 2011).

Frente a estas manifestaciones, en la actualidad, uno de los ejes centrales de la gerontología es considerar como prejuiciosa a la asociación de la vejez con la enfermedad. Sin embargo, los esfuerzos no han sido suficientes ya que la asociación entre vejez y enfermedad ha llevado a visualizar a la vejez como una etapa donde el individuo debería dedicarse a cuidar su salud, limitando sus propios intereses. Es decir, se redujo el proyecto vital a una práctica de cuidados físicos. La erradicación de estos pensamientos considerados como viejistas, no significa que se invisibilice la pluripatología presente en la vejez, pero sí significa que la vejez excede en gran medida la dimensión de salud y enfermedad, por lo cual todas las personas, pero principalmente, todo

profesional de salud debe de ser analítico y eliminar los pensamientos viejistas, que pudieran interferir con su desempeño profesional (Cole, 1997; Iacub, 2011; Iacub y Sabatini, 2013).

Dichas acciones no se deben limitar a ninguna época o nación, sino que son extensivas a todo el mundo y a todo el curso de la historia. Por ejemplo, actualmente debido a la contingencia sanitaria por COVID-19, se han intensificado las ideas viejistas, donde se ha homogeneizado a la población; es decir, se les ha considerado como iguales en cuanto a ser indefensos, frágiles e incapaces de contribuir a la sociedad. Además, se ha percibido una relación entre el COVID-19 y este sector de la población de tal modo que parece que los demás sectores de la población no corren peligro o son inmunes al virus, independientemente de su estado de salud, capacidades y su opinión. Estas opiniones se difunden a través de las redes sociales, la prensa y los anuncios públicos de todo el mundo (Ayalon et al., 2021; Instituto Nacional de las Personas Mayores, 2020).

Sin embargo, lo antes mencionado, no significa en ningún sentido que no se deba cuidar a las personas adultas mayores sino que se trata de no relegarlas o conceptualizarlas como un individuo encerrado en una burbuja, por el contrario, se debería de fomentar el empoderamiento de la persona adulta mayor, aumentar su autoeficacia, autonomía, fomentar la búsqueda de soluciones y de estrategias de compensación para que puedan seguir contribuyendo a la sociedad, incluso a través de eliminar la brecha digital, sin poner en riesgo su salud o seguridad (Ayalon et al., 2021).

Pero aun considerando lo anterior es de suma importancia eliminar todo acto que atente contra la dignidad y los derechos de las personas adultas mayores, por ejemplo, una situación que atenta a la dignidad de las personas y que resalta de forma evidente los estereotipos negativos en torno al envejecimiento, mostrados durante dicha contingencia sanitaria, es la consideración de la edad cronológica como un criterio para ser atendido con mayor prioridad. Esta es una situación que atenta contra la ética pero que en ocasiones se ve muy cercana a la cotidianidad, bajo la contingencia sanitaria, al presentarse la saturación de hospitales con pacientes críticos (Ayalon et al., 2021).

Finalmente, se puede resaltar que se posee una visión negativa de la vejez, ligada a la enfermedad y a la cercanía a la muerte donde se busca, al mismo tiempo, la proximidad a la juventud como un medio para retrasar los efectos del envejecimiento; sin embargo, esta percepción depende de la historia de vida de cada persona y del contexto social en el que estén, en ese momento, adentrados los individuos. Es por ello que, desde la sociedad, se debe fomentar la visión de la vejez como otra etapa vital, con sus aspectos negativos y sus aspectos positivos (Aldana et al., 2013; Moreno-Crespo et al., 2018).

La perspectiva de género

La noción de género surge como una de las maneras de construir la identidad en lo social. Se define como un conjunto de creencias, valores y representaciones acerca del hombre o la mujer, de cualquier orientación sexual, que suponen roles, formas de expresión de las emociones, así como de los sentimientos y tipos de actitudes (Iacub, 2011).

Específicamente, la heterogeneidad en el proceso de envejecimiento también está influida por el género, ya que los hombres y las mujeres no envejecen de la misma manera, ni tienen las mismas representaciones sociales, de tal modo que incide en los comportamientos y actitudes que se espera de cada uno (Marrufo, 2020).

Según Iacub (2011), la rigidez de los modelos tradicionales acerca de los roles de género puede fragilizarse ante los nuevos contextos que plantea el envejecimiento. En el género se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de lo que se conoce como la feminidad y la masculinidad. Lo masculino, tradicionalmente, está asociado a lo productivo, a la actividad, firmeza, capacidad para afrontar riesgos, autonomía, autoconfianza y fuerza, mientras que lo femenino está vinculado a lo asistencial, a la sensibilidad, complacencia, dulzura, pasividad, obediencia, dependencia y fragilidad. Es importante señalar que el término género difiere del término sexo ya que este último se refiere a las características biológicas y anatómicas de los seres humanos, a su

aparato reproductor identificado por los genitales. El sexo puede ser hombre o mujer más no femenino o masculino (Fundación Cáritas Bienestar del Adulto Mayor IAP, 2013).

Se ha denotado a la masculinidad como una construcción social acerca de lo que significa ser hombre en determinado tiempo y lugar. El trabajo es uno de los espacios donde la masculinidad se pone en juego y por ello la jubilación puede ser vista como la pérdida de un recurso que permite alcanzar metas atribuidas a lo masculino, relativas a la productividad, a la competencia, al estatus y el poder. Pero por el contrario la jubilación se ha asociado con el ingreso al territorio de la familia y el hogar ligados a un territorio femenino (construcción social acerca de lo que significa ser mujer). Todo ello en conjunto tiene una importante repercusión en la identidad de la persona (Connell, 1987; Iacub, 2014).

Por su parte, Freixas (1997) menciona que las mujeres en la vejez descubren su propia energía y su capacidad de socialización a través de un desprendimiento de los roles de género impuestos durante gran parte de su vida, relativos a la casa y la familia, los estereotipos en torno a ser esposa, madre, hija. La mujer comienza a ser independiente y asertiva, en cambio los hombres se vuelven más dependientes y afectivos. Es decir, la vejez permite una reorganización de los roles de género en diversos sentidos. Sin embargo, a través del tiempo se han visto cambios en torno a los roles de género que impactan en el contexto laboral, económico, familiar y social.

Es decir, no siempre se puede presentar dicha reorganización de los roles de género ya que en algunas mujeres, adultas mayores, existe una marcada desigualdad social que va en detrimento de su calidad de vida por ejemplo, desempeña una sobrecarga de trabajo doméstico, como el cuidado de terceras personas como niños, otras personas adultas mayores, personas con discapacidad, nietos, etc., y se les asignan roles que le pertenecen a otros miembros de la familia. Entonces, se tiende a la anulación del derecho de la mujer adulta mayor a planear y disfrutar de su tiempo libre, puesto que le asignan responsabilidades que ya no le corresponden, pero que culturalmente ha introyectado la obligación de hacerlo, por el hecho de ser mujer (Bruno y Acevedo, 2016; Flores et al., 2018; López et al., 2014).

En este sentido, la abuelidad parece asociarse más a lo femenino, ya que tanto los cuidados como el juego con los niños suelen estar más cerca del rol que se ha atribuido a la mujer. Sin embargo, los hombres han ido acercándose a roles atribuidos a la mujer, como el jugar o mimar a los nietos, encontrando una gran retribución en ello ya que muchas veces no pudieron realizarlo con sus propios hijos. Aunque, con el paso de los años, con el aumento del número de nietos y de las obligaciones, las personas adultas mayores que habían disfrutado de la tarea y eran capaces de hacerla sin ayuda comienzan a sentirse desbordados, y ello precipita la enfermedad. Sienten menor capacidad para llevarlo a cabo, aunque no resulte fácil reconocerlo, ni para los abuelos ni para la familia (Iacub y Sabatini, 2013).

Sin embargo, muchas veces se mantienen dichos roles debido a cuestiones económicas, por ejemplo, en las mujeres es relevante mencionar la situación de pobreza que surge con la viudez y/o la falta de pensión, generando una ayuda económica deficiente y acentuando de este modo su dependencia a trabajos informales o incrementando la dependencia a la ayuda económica de los hijos. De forma similar ocurre con las mujeres que trabajaron a lo largo de su vida o con los hombres donde a pesar de contar con una pensión no es suficiente para su manutención (González, 2010).

Especialmente para la mujer trabajadora, los ingresos percibidos son escasos cuando se jubilan ya que laboraron con mayor frecuencia en el sector periférico o de servicios (restaurantes, estaciones de servicio, almacenes, tiendas) en lugar de haberse posicionado en el sector central (industrias, empresas establecidas) donde habrían encontrado mayores beneficios en cuanto a seguridad laboral y derechos por jubilación. Además, la mujer en su mayoría se ha establecido en ocupaciones secundarias (secretarias, auxiliares) y no en empleos prioritarios (empresarios, gerentes) que dan la posibilidad de tener una mayor estabilidad laboral y mayor percepción de ingresos que desembocan en una mejor pensión (Freixas, 1997).

Es decir, se ha observado que los estereotipos en torno a la vejez son más exacerbados para las mujeres que para los hombres, de forma que es fácil que se acentúe en éstas la fuerza de los estereotipos que devalúan la vejez, en donde se les asocia únicamente con los roles tradicionales del

ámbito doméstico y del cuidado de otros, por lo que al desear mantener esta visión positiva se someten a actividades que ya no son agradables para ellas o que resultan desgastantes (Sánchez, 2004).

Por su parte, es importante resaltar que las mujeres adultas mayores tienen mayores niveles de desigualdad que las jóvenes ya que al tener una gran dependencia por conservar patrones tradicionales de familia, ellas llegan a la vejez sin recursos económicos propios y por lo tanto la pobreza se da más en ellas (Alonso y Montes de Oca, 2017).

Sin embargo, algunas mujeres que han laborado fuera de casa, han mantenido una combinación entre el trabajo doméstico y el extradoméstico, generando una mayor potencialidad de funcionalidad en la sociedad, no sólo para el sustento de relaciones familiares sino en la contribución económica al grupo familiar. En este caso la mujer considera que podría retirarse del trabajo remunerado pero no del de ama de casa, perpetuando el cuidado a los demás (Ronzón et al., 2017).

Por su parte, los medios de comunicación contribuyen a esta perspectiva impuesta por la sociedad sobre el rol que debe tomar una mujer, por ejemplo, se resalta a través de ellos a la madre amorosa que hace todo por los hijos ya que ningún sacrificio es demasiado; por otro lado, se tiene la imagen de la abuela como cariñosa y como aquella que se encarga la mayor parte del tiempo de la crianza de los nietos; del mismo modo, se tiene a la figura de la nana la cual se presenta como la sustituta de la madre de los hijos de una familia ajena a la suya con la cual trabaja, que se traduce en sacrificar su vida personal (Gamboa, 2017).

Hasta este momento se han resaltado algunas cuestiones relativas a la mujer; sin embargo, el hombre también se encuentra limitado por ciertos roles de género, no sólo desde la perspectiva del retiro laboral y de la posterior inserción al hogar donde se podría desarrollar la actividad relativa a cuidar a los nietos, como ya se mencionó, sino que también se encuentran vinculados a la atención de la salud ya que los hombres tienen una menor tasa de afiliación a los servicios de salud que las mujeres (Villasana y Reyes, 2017).

Lo anterior podría estar vinculado al estereotipo de fortaleza, autonomía, productividad y resistencia que se ha asociado al hombre más que a la mujer. Además, el discurso histórico ha concebido al hombre como vigoroso (Vivaldo, 2018).

Estas perspectivas sociales pueden llevar al hombre a no buscar ayuda cuando tiene algún malestar físico o mental ya que teme perder dichos estereotipos positivos y convertirse en una persona dependiente que debe ser cuidada.

Además, estas conductas evitativas aluden a la dificultad de exponerse frágiles y confiados sacrificando de esta manera su potencia y control de la situación (Iacub, 2014).

Es por ello que, probablemente, dichos estereotipos negativos sean la causa de que los hombres tengan una tasa de mortalidad mucho más alta que las mujeres por ahogamiento accidental y también por accidentes por arma de fuego. Del mismo modo, el suicidio prevalece más en el hombre y la incidencia aumenta con la edad. Es decir, la tasa de mortalidad más elevada en los hombres puede estar relacionada con factores conductuales como el mayor consumo de alcohol y otros tipos de conductas de riesgo como la no asistencia a servicios de salud, así estas conductas pueden tener o no un componente biológico e influencias culturales (Blazer y Steffens, 2010; Iacub, 2014).

En cambio la mujer, a pesar de que asiste con mayor frecuencia a los servicios de salud y tiene una mayor esperanza de vida no significa que tiene una mejor calidad de vida, por una parte debido a la situación de pobreza, que ya se ha señalado, pero también debido a la presencia de factores de riesgo de salud reproductiva como lo es la vivencia de un parto antes de los 18 años o la alta paridad, mismos que son asociados a perspectivas culturales y que se van a reflejar en su situación de salud durante la vejez (Fundación Cáritas Bienestar del Adulto Mayor IAP, 2013).

Frente a todo lo anterior es importante resaltar que la compleja interacción de características culturales, anatómicas, fisiológicas y conductuales deben tenerse en cuenta al abordar las diferencias entre sexos en el envejecimiento (Blazer y Steffens, 2010).

En este sentido, no se debe anular al constructo de identidad de género el cual hace referencia a la subjetividad individual ya que implica haberse identificado con la femineidad o masculinidad (Jayme, 1999).

Es así que ninguna persona vive la vejez de forma idéntica a otra, por lo que es importante también mencionar a la comunidad LGBTQ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer), quienes se encuentran rodeados de una doble vertiente de estereotipos, por una parte, relacionados con asumirse como parte de dicha comunidad, y por otra parte, al transcurrir por el envejecimiento que culmina en la vejez (Boggs et al., 2017).

Respecto a las distintas manifestaciones de la discriminación y la violencia, el régimen de la heterosexualidad obligatoria les impone a las personas adultas mayores el ocultamiento y la negación de su identidad de género, así como la puesta en marcha de controles sociales que operan a través del prejuicio. Las personas adultas mayores LGBTQ en muchas ocasiones son invisibilizadas ya que no pueden estar en las marchas o protestas y se restringe a la idea de que es una lucha únicamente de jóvenes (Acuña, 2019).

Aunque, probablemente se han sometido en muchas ocasiones a situaciones sociales que les han resultado incómodas, vinculadas a actos de violencia, maltrato o señalamientos por su identidad de género lo cual podría favorecer el afrontamiento a otras situaciones de crisis o estigmas sociales como los estereotipos en torno a la vejez y el envejecimiento, generando incluso un envejecimiento exitoso (Iacub, 2006). Sin embargo, existe la necesidad de crear espacios donde todas las personas mayores se sientan cómodas y sean tratadas con respeto, sin importar su identidad de género. Dichos espacios deben de tener defensores comunitarios de la comunidad LGBTQ que puedan identificar a las personas adultas mayores que requieran y soliciten conectarse a diversos servicios. Además, estos espacios deberán de tener lugares que fomenten la convivencia y la creación de redes de apoyo (Boggs et al., 2017).

Esto último es importante ya que muchas veces las personas adultas mayores LGBTQ deciden no ir a determinadas instituciones para ser cuidadas porque temen sufrir de violencia, de

humillación o incluso tienen miedo de ser obligadas a cambiar su identidad de género (González y Martínez, 2014).

Por ello, es probable que el acercamiento a participar en dichos espacios será paulatino e incluso escaso en un inicio ya que su asistencia podría estar sujeta a prejuicios y por esa razón para comenzar su erradicación se debe de contar con profesionales que reconozcan que las personas mayores pueden haber experimentado una larga historia de opresión y, por lo tanto, pueden desconfiar de revelar su identidad de género, a pesar de los esfuerzos para crear ambientes acogedores y seguros. Sin embargo, el profesional deberá de ser tolerante y comenzar a erradicar los estereotipos que hasta ahora siguen vigentes (Boggs et al., 2017).

Pero, ante todo, se debe de llevar a cabo el derecho de las personas mayores a vivir con dignidad y seguridad; de ser libres de explotación y malos tratos físicos o mentales; y de ser valorados debidamente independientemente de su contribución económica, de su sexo o de su identidad de género (López et al., 2014).

Además, se debe considerar que el género es una herramienta de análisis que resulta fundamental para entender a la triada viejo-vejez-envejecimiento desde una perspectiva histórica; es decir, su importancia radica en el análisis de los roles desempeñados históricamente por las mujeres y los hombres no como aspectos aislados de la sociedad sino como elementos integrales de ella (Vivaldo, 2018).

El significado de la erótica en la vejez

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) la sexualidad se define como:

Un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones (p.5).

Específicamente la sexualidad en la vejez adolece de múltiples sesgos e ideas erróneas. Son muchos los estereotipos que juzgan erróneamente a la capacidad de goce y a la actividad de la relación sexual en estas edades. La población considera que la persona adulta mayor no tiene una vida sexual activa e incluso la considera una práctica inapropiada, innecesaria e inusual (Moreno, 2010).

Es decir, la gran mayoría de la sociedad e incluso gran parte de los profesionales sanitarios piensan que la persona adulta mayor es asexuada (Herrera, 2003). Parecería que para disfrutar de la vida, del amor, y de la actividad sexual se tiene que ser necesariamente joven y que en la vejez se pierde el derecho de vivir en plenitud, de realizar prácticas amorosas e incluso de sentir otros cuerpos (Cahuich y Escobedo, 2017).

Se piensa lo anterior, a pesar de que los cambios fisiológicos, anatómicos y funcionales en los órganos sexuales en las personas adultas mayores no condicionan obligadamente el cese de la actividad sexual, sino que exigen una adaptación del comportamiento sexual (Herrera, 2003).

Uno de los temores más habituales, particularmente entre los adultos mayores hombres es la muerte ocasionada por el acto sexual debido a un ataque cardíaco; sin embargo, estas muertes son extremadamente raras. Por el contrario, las personas que ya han sufrido un ataque cardíaco, por alguna causa, no deben abandonar la actividad sexual, sino que debe detenerse por 8 o 14 semanas únicamente y adecuarse el esfuerzo físico durante el acto sexual (Iacub 2006).

Incluso aspectos como la multipatología (diabetes, hipertensión, demencia, etc.), algunos procedimientos quirúrgicos y diversos medicamentos, interfieren pero no limitan totalmente el desempeño sexual de la población geriátrica (Fajardo, 2017).

De acuerdo con Iacub y Sabatini (2013), el conocimiento de los cambios en la sexualidad resulta central al abordar el envejecimiento ya que le permite al sujeto aprender a manejarse sexualmente de otra manera.

Entre los factores de la sexualidad del hombre, que se han resaltado y que se vinculan con la vejez se encuentran: la mayor cantidad de tiempo que requiere la erección y la dificultad con la que

ésta alcanza la plenitud. Por su parte, a la mujer que ya ha pasado por el periodo de menopausia se le ha contextualizado como aquella que carece de deseo sexual y que los cambios fisiológicos propios de esa edad significaban el término de su vida sexual pero no es así, sino que únicamente termina el periodo de reproducción (Iacub y Sabatini, 2013; Master y Johnson, 1978).

Sin embargo, Masters y Johnson (1966) consideran que el envejecimiento puede enlentecer la respuesta sexual humana, pero no terminar con ella. Además, Butler y Lewis (1988), consideran que ninguno de estos cambios fisiológicos interfieren en la sensación de placer, incluso, aunque por ejemplo en los hombres, el momento preeyaculatorio se altere o desaparezca por completo.

Así como en algunos hombres, la erección podría alcanzarse en un tiempo menor, pero sin experimentar urgencia de eyaculación; es decir, podría mantenerse el coito satisfactoriamente tanto para él como para su pareja, aunque sin necesidad de eyacular (Garita, 2004).

De tal modo que, los hombres a medida que envejecen tienen la posibilidad de escoger entre un período amplio de placer sexual, con un orgasmo mediano, o un momento más breve, pero con un orgasmo más intenso (Butler y Lewis, 1988).

Por su parte, la mujer presenta menor lubricación vaginal como producto de la disminución de esteroides y de las modificaciones de la estructura de la pared de la vagina que empieza a adelgazarse y a irritarse con mayor facilidad, produciendo dolor el cual se genera, por ejemplo, tras un largo período sin contacto sexual. Además, las contracciones uterinas del orgasmo pueden ser dolorosas variando de un tiempo a otro y de una mujer a otra, pudiéndose provocar dolor durante y después del orgasmo, lo que podría ser evitado con la actividad sexual continuada. Por estas razones, se considera que la actividad sexual genital en la mujer posmenopáusica, mantenida regularmente, coadyuva a enfrentar de forma satisfactoria las dificultades presentadas en la fisiología sexual como producto del paso de los años, tal como ocurre con el hombre (Master y Johnson, 1978).

Frente a lo anterior, es importante agregar también que la sexualidad no se limita a la genitalidad. Es por ello que Simone de Beauvoir retomó el cauce, antes señalado por Freud, de la

diferencia entre pulsión e instinto, lo cual le permitió repensar la sexualidad de una manera más amplia, sin objetos precisos. Si la finalidad era el placer, sostenía, entonces que la persona adulta mayor podía encontrar caminos auxiliares sin que esto llevase necesariamente a un goce genital y sin que supusiera por ello un goce perverso. Así como tampoco consideró evidente que los viejos se infantilizarán por una posición regresiva a lo pregenital. De forma similar, Lacan deja de considerar a la libido como una energía asimilable a lo orgánico, para volverse dependiente de la atracción producida por el objeto. Es decir, la corriente lacaniana se distingue por presentar a la sexualidad sin edad y por no estar totalmente incluida a la genitalidad (Iacub y Sabatini, 2013).

Para Salvarezza (1998) la función sexual está integrada por la función reproductiva y por la función erótica, siendo ésta última la que no se pierde. Separándose entonces de una concepción de sexualidad limitada a la genitalidad o a la reproducción y por el contrario hace hincapié en la función erótica que abarca el placer sexual, el lenguaje sexual y el vínculo afectivo del amor.

En este sentido, para las mujeres, resulta muy importante dejar de medir la sexualidad por la frecuencia de los encuentros sexuales; sin embargo, la penetración se mantiene en un lugar fundamental en su vida erótica, pero existen otras formas de satisfacción sexual y sensual que se vuelven más importantes (Iacub y Sabatini, 2013).

Es decir, se presentan una serie de transformaciones en la sexualidad del adulto mayor, como ya se ha mencionado, pero la realidad es que su libre expresión no es aceptada en muchas ocasiones por parte de la sociedad, ya que por ejemplo perder a la pareja (divorcio o viudez) es uno de los factores determinantes de mayor peso del cese de la actividad sexual, donde incluso la formación de nuevas parejas suele ser mal recibida, de modo que se le priva a la persona adulta mayor de mantener su actividad sexual de forma satisfactoria (Herrera, 2003). Además, se priva al adulto mayor de su sensación de intimidad y de sentirse amado por otro que toma el rol de pareja, por la cual se preocupa y se siente necesitado, así como deseado por ese otro debido a que se alejan los ideales estéticos ya que surge un amor menos narcisista lo cual determina una mayor aceptación del otro y menos expectativas idealizadas (Iacub, 2015). Esta etapa de la vida para la pareja

representa nuevas expectativas y experiencias que pueden ser tan placenteras como las de etapas anteriores (Nina, 2013).

Además, la sexualidad de las personas adultas mayores se verá más afectada por la inseguridad e insatisfacción consigo mismo como producto del rechazo de su propia imagen, que por los deterioros corporales en sí (González, 2012). De tal modo que se regula el cuerpo con el objetivo de buscar placer, como si el aspecto fuera un sistema de simbolismo sexual; es decir, la estética del cuerpo se vuelve un proyecto de la vida cotidiana que tiene como fin alcanzar el ideal de la juventud a través del cambio en el cuerpo, que habilite (en el plano social) y facilite (en el individual) una posibilidad del goce erótico (Iacub, 2006).

De tal modo que la perspectiva social y los estereotipos generados en ésta son de gran importancia en torno a la sexualidad ya que incluso otra de las manifestaciones descalificadoras de que existe la sexualidad en la vejez se relaciona con la representación tierna, infantilizada y por ello desensualizada del adulto mayor (Iacub, 2009).

Algunos incluso consideran que la sexualidad en la persona adulta mayor es sinónimo de perversión pero dicha idea surge en realidad por la visión desnaturalizada de la sexualidad en este grupo etario. En realidad, las personas que disfrutaron del comportamiento sexual y fueron sexualmente activas durante su vida continúan siendo sexualmente activas en la vejez y aquellas que no lo fueron durante su vida podrían continuar sin ser activas sexualmente durante su vejez; es decir, depende de su personalidad, creencias, experiencias y no de la edad que tenga la persona (De Sousa, 2014).

Dicha visión estereotipada puede ser diferencial en hombres que en mujeres ya que por ejemplo, en los primeros resulta más exigente la capacidad sexual dado que la falta de rendimiento es vista como falta de virilidad, de modo que el conjunto de los cambios esperables en el funcionamiento genital pueden ser comprendidos como agraviantes a nivel de su identidad (Iacub, 2006, 2014). En cambio, en las mujeres se asocia a la menopausia a una crisis emocional o a un periodo de inestabilidad gracias a lo cual se les estigmatiza (Freixas, 1997), además las mujeres

muestran de forma personal mayor exigencia sobre su atractivo, incluso tienden a sentirse responsables por no ser lo suficientemente atractivas, generando limitaciones a la hora de pensarse eróticamente (Iacub, 2006).

Por su parte, de forma contraria a los hombres heterosexuales, los hombres y mujeres homosexuales son caracterizados por estar inclinados a lo sexual, lo cual se conserva hasta su vejez generando que sean vistos socialmente siempre como erotizados (Iacub, 2006).

En general, cabe señalar lo denotado por la defensora de los derechos de las personas adultas mayores en los Estados Unidos, Maggie Kuhn (1976) la cual resalta los mitos más comunes vinculados a la sexualidad en las personas adultas mayores (Tabla 6).

Tabla 6

Mitos más comunes vinculados a la sexualidad en las personas adultas mayores

| Mitos |
|---|
| La sexualidad no es importante en la vejez. |
| No es considerada normal en esa etapa de la vida. |
| No debería alentarse el volver a casarse para aquellas personas mayores que han quedado viudas. |
| La sexualidad puede producir problemas físicos. |
| Los viejos pueden ser pedófilos. |
| Los varones ya no pueden tener erecciones. |
| Las mujeres no sienten deseos. |
| Luego de una histerectomía o de la menopausia desaparece el deseo. |
| Es lógico que un hombre mayor busque a una mujer joven, pero no lo contrario. |
| La gente mayor debería ser separada en instituciones por sexo para evitar problemas familiares, institucionales y comunitarios. |

Lo anterior, denota que las personas adultas mayores se ven influenciadas por las condiciones sociales que las rodean, asumiendo los prejuicios y prefiriendo no practicar e incluso hablar sobre su sexualidad (Fajardo, 2017).

Probablemente, dichos prejuicios han sido impuestos a lo largo de la historia debido a la concepción de un sujeto que por sus cualidades específicas es llamado a cumplir ciertos roles sociales que suponen una mayor demanda o exigencia moral (Iacub, 2009).

Es importante resaltar, en este sentido, a la rígida formación del cumplimiento de la moral, que no sólo predominaba a principios del siglo XX donde los actuales adultos mayores transcurrieron y se formaron, sino también a finales del siglo XIX, época de formación de los padres y madres de los actuales adultos mayores, cuyos ideales se enfocaban en la privación de una concepción de la sexualidad, siendo vista ésta como prohibida, sucia y vergonzosa, donde la reproducción era asumida como el objetivo primordial de la sexualidad, siendo la mujer envejecida a la que se le asocia mayormente como asexual (Garita, 2004).

Sin embargo, no sólo las personas adultas mayores presentan estereotipos en torno a la sexualidad en la vejez, sino que también lo hacen algunos profesionales de la salud, estos tienden a omitir en su trabajo, con personas adultas mayores, temas concernientes a la sexualidad, perdiendo de ese modo, la oportunidad de brindar una adecuada orientación, anulando el espacio para el diálogo, la escucha y la investigación (Garita, 2004).

Incluso, en instituciones geriátricas se muestra el estigma de la asexualidad en la vejez, donde las actitudes eróticas son vistas como peligrosas, inadecuadas y dañinas para el individuo e incluso para la imagen de la institución (Iacub, 2006).

Sin embargo, los estereotipos sociales deben combatirse día tras día ya que la expresión de la sexualidad debe ser vista de forma natural y atemporal que debe ser aceptada más no reprimida. Las personas mayores deben de poder hacer valer sus derechos sexuales los cuales son universales, interrelacionados, interdependientes e indivisibles cuyo significado radica en tener derecho a la

intimidad, al respeto a los límites corporales, a la salud sexual y a la educación e información sobre la expresión de la sexualidad a cualquier edad (EULEN Sociosanitarios S.A., 2018).

Teorías y modelos psicológicos vinculados a la vejez

Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson

Las teorías psicológicas son a menudo una extensión de las teorías del desarrollo y de la personalidad en la etapa media y final de la vida. Por lo general, las teorías de la personalidad consideran las necesidades y las fuerzas humanas innatas que motivan el pensamiento y la conducta, y una modificación de estas energías de base biológica por la experiencia de vivir en un ambiente físico y social (Blazer y Steffens, 2010).

En este sentido, E. Erikson formuló la teoría epigenética que describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de su adecuación con ciertas variables psicosociales. De acuerdo con Erikson, en la adultez (de los 30 a los 50 años) la principal crisis que se presenta se da entre Generatividad vs. Estancamiento. La fase de generatividad alude a guiar a las personas de la siguiente generación hacia la productividad y la creatividad, a través de la crianza de los hijos y de otros vínculos que incluyan cuidado y preocupación, por el contrario, la fase de estancamiento se relaciona con el sentimiento de aburrimiento y el poco desarrollo personal, además de una preocupación compulsiva por la autoimagen. Los resultados del estadio antes descrito permearán la forma en cómo se desarrolle el siguiente y último estadio: Integridad vs. Desespero (después de los 50 años), la integridad, significa que la persona se adapta a todo lo que ha experimentado a lo largo de su vida, resultando así la aceptación de sí mismo y de su proceso vital, mientras que el desespero, alude al miedo a la muerte y a la no aceptación de la vejez como la última etapa de la vida, en donde el sujeto no encuentra lazos que lo articulen y le brinden seguridad (Bordignon, 2005; Erikson, 2000; González, 2010).

De tal modo que Erickson (1950) entiende el desarrollo psicológico como un progreso continuo basado en la resolución de crisis normativas. En cada estadio se espera una resolución

positiva; es decir, un avance en el desarrollo de la personalidad. Las principales virtudes en estos dos estadios, antes mencionados, son la prudencia y la sabiduría, que permiten, como lo menciona Iacub y Sabatini (2013), rearticular un relato que posibilite el deseo de vivir, atravesado por una narración que dé sentido al sujeto, en conexión también al otro.

Sin embargo, Klein (2013) considera que esta teoría se nutre de una imagen muy idealizada de lo que implica la vejez ya que lo vincula con la moral, la integridad, con una figura que representa un ejemplo y un pilar social. Además, considera que la aceptación de la muerte no está limitada a la vejez ya que cualquier persona dentro de todo el ciclo vital puede morir y ver morir a otros. Finalmente, considera que los términos de vida o muerte varían de acuerdo a cada época debido a la influencia social y cultural, por lo tanto no siempre se representarán del mismo modo e incluso señala que la persona adulta mayor comienza a no mirar la muerte y a aceptarla ya que está decidida a vivir más y mejor que los viejos de generaciones precedentes.

Por su parte, Villar (2013) menciona que la actividad generativa puede darse dentro de la familia; por ejemplo, a partir del cuidado de los nietos, de la relación con los hijos o de la atención a personas dependientes, y también en la comunidad, continuando con el trabajo remunerado o participando en actividades cívicas y de voluntariado. Sin embargo, Erikson menciona a la generatividad vinculada con la mediana edad, aunque actualmente se podría eliminar esta barrera etaria ya que muchas personas adultas mayores están interesadas en seguir siendo generativas porque continúan contribuyendo en su familia y en la comunidad en la que viven. De igual modo, el autor menciona que resaltar lo anterior permitirá cambiar la imagen, sujeta a estereotipos, de las personas adultas mayores, destacando su valor como recurso para las familias y las comunidades, otorgándoles un papel activo en ellas.

Teoría de la acción y del control personal de Brandtstädter

Brandtstädter resalta que se describen crisis o conflictos en el transcurso vital entre las exigencias externas de comportamiento en una situación dada, subjetivamente evaluadas, y la

capacidad potencial percibida por el sujeto para manejar o ejercer control sobre ellas. El sentido de control es sobre áreas que sean subjetivamente importantes para el sujeto, en las que resulta significativo mantener un equilibrio favorable entre ganancias y pérdidas a través de un doble proceso de ajuste (Brandstädter, 1984; Iacub y Sabatini, 2013).

De acuerdo con Iacub y Sabatini (2013), este modelo distingue dos procesos, el primario y el secundario. El primero, se refiere al control que se ejerce sobre las conductas que son anheladas, produciendo con ellas efectos o eventos en el mundo externo. Este control se centra en la comprensión acerca de la relación existente entre las acciones realizadas para modificar el mundo externo y los cambios efectivamente sucedidos. Dicho proceso relativo a la posibilidad de ejercer control sobre el ambiente aumenta desde la infancia a la mediana edad y posteriormente decrece con el paso del tiempo.

Por su parte, el segundo se refiere a la manera en que se modelan los estados cognitivos, motivacionales y emocionales ante los fracasos en los controles primarios. Esto le permite al individuo adaptar o acomodar sus propias metas, deseos o creencias para ajustarse a la situación presente. La capacidad de controlar y hacer cambios en el propio sujeto aumenta a medida que la edad avanza, es por ello que las pérdidas de control primario se compensan con el control secundario.

Dichos procesos se ven relacionados con lo que Brandstädter, Wentura y Rothermund (1999) resaltan como asimilación y acomodación. La asimilación es considerada como la persecución tenaz de objetivos ya que se caracteriza por acercarse e intentar lograr la meta propuesta. Por otro lado, la acomodación es considerada como el ajuste flexible a las metas, se activa cuando existe una excesiva discrepancia entre las situaciones y las metas del individuo. A diferencia de la anterior, el sujeto se acomoda a dichas situaciones reduciendo las aspiraciones y adecuándolas a las circunstancias reales.

De acuerdo con esta propuesta, la clave para entender la dinámica adaptativa reside en el concepto de meta. Se entiende por metas los estados que deseamos alcanzar en un futuro (metas

deseadas) o aquellos en los que no nos gustaría vernos o llegar a caer (metas no deseadas). Las metas son importantes porque actúan como elemento motivador; es decir, como elemento que otorga una dirección a nuestro comportamiento y lo orienta hacia la consecución de unas metas y la evitación de otras, permitiendo al mismo tiempo evaluar el momento presente de forma positiva o negativa impactando consecuentemente al bienestar del individuo (Villar et al., 2003).

Es decir, mientras la asimilación mantiene las metas y compromisos incluso ante obstáculos situacionales, intentando poner en marcha acciones intencionales para conseguirlos, la acomodación implica el ajuste de preferencias y metas a partir de la percepción de una situación en la que ciertas metas ya no se pueden conseguir o de la percepción de unos recursos personales que son insuficientes para conseguir metas antes valoradas (Zea, 2012).

En este sentido, cabe señalar un ejemplo, referente a la jubilación donde la persona podría, entre otras opciones, intentar sustituir el trabajo perdido con otro tipo de actividades no remuneradas que permitieran mantener el valor personal de la productividad (asimilación) aunque, alternativamente, podría restar valor a la productividad en esa nueva etapa de su vida y volcarse en otros valores y metas, como el cuidado de la pareja o de los nietos (acomodación) (Villar, 2005).

De modo que los individuos eligen entre la asimilación o acomodación a partir de diferentes factores denotados por Brandtstädter, Rothermund y Schmitz (1997):

1. Si las metas son muy relevantes para la persona y/o difícilmente sustituibles por otras, la tendencia es a no abandonarlas, de modo que se escogen los procesos de asimilación sobre los procesos de acomodación.
2. La percepción de control sobre la consecución de determinada meta es un prerrequisito para iniciar acciones intencionales destinadas a alcanzarla; es decir, para implicarse en procesos de asimilación. Por el contrario, cuando este control se ha erosionado o no existe, por ejemplo, cuando se ha intentado alcanzar esa meta repetidamente y no se ha conseguido, la tendencia es a abandonar la meta (acomodación).

3. En ciertas áreas es más fácil encontrar significados alternativos para justificar el abandono de ciertas metas. Estos significados de naturaleza cultural en los que nos apoyamos a la hora de cambiar elementos de nuestro sistema de cogniciones autorreferenciales puede, si es suficientemente fuerte, facilitar la acomodación.

Aunado a lo anterior Brandtstädter y Rothermund (2002) mencionan que predominan algunos procesos cognitivos diferentes entre las personas que utilizan con mayor frecuencia la asimilación que la acomodación. Las personas que utilizan mayormente la asimilación operan sobre la base de una mentalidad de atención convergente y centrada en objetivos, lo que aumenta la disponibilidad de cogniciones que apoyan la búsqueda de objetivos y conduce a la inhibición de las influencias distractoras. Por otro lado, las personas que utilizan con mayor frecuencia la acomodación tienen una mentalidad que permite cogniciones que mejoran la desvinculación de los objetivos bloqueados y mayor sensibilidad a los estímulos externos.

Brandtstädter y Greve (1994) consideran que a medida que el sujeto envejece utiliza menos estrategias de asimilación y más de acomodación.

Es decir, en el proceso de envejecimiento la distancia con las metas deseadas puede tender a crecer mientras que la que existe con algunos de los estados que se quieren evitar puede disminuir, con lo que la implicación en estrategias adaptativas para mantener esa distancia en términos razonables sería especialmente importante (Villar, 2005).

Aunque, mientras en la juventud las metas y objetivos, pueden establecerse a largo plazo, en la vejez, cuando el horizonte temporal se acorta, la persona puede llegar a reconocer que no va a ser posible conseguir algunos proyectos personales mantenidos en otras etapas de la vida y de ese modo puede poner en marcha un recorte en sus aspiraciones hacia el futuro, colocándolas a más corto plazo o redefiniéndolas de forma más modesta y menos ambiciosa. Una segunda forma de cambio en los objetivos y metas no es tanto reducir la ambición o la extensión temporal dentro de los mismos objetivos, sino más bien cambiar los objetivos, sustituyendo unos (aquellos que se ven

fuera del rango posible) por otros más realistas y para los que la persona se percibe con suficientes recursos y sensación de control (Villar, 2005).

Por consiguiente, al tener menos metas y al hacerlas más sencillas de cumplir debido a la cercanía a su situación presente, aumenta la probabilidad de conseguirlas e incrementa el propio sentido de poder influir en el entorno y dirigir su propia vida, lo que es un importante componente de la satisfacción personal (Dietz, 1996).

Por otro lado, Brandtstädter y Greve (1994) añaden a los procesos de inmunización que a diferencia de los de asimilación o acomodación, no implican una reducción de la discrepancia entre el estado actual y las metas, ni están originados por una percepción de discrepancias entre ambos. En este caso, se trata de interpretar la información sobre los estados actuales y los deseados de manera que esa brecha, sencillamente, no exista o se contemple dentro de unos parámetros admisibles, de tal modo que, contribuye a la estabilidad del autoconcepto. Generalmente, las situaciones potencialmente amenazantes han de rebasar estos procesos de inmunización para que se pongan en marcha procesos correctivos de asimilación o acomodación.

De ese modo, se distingue entre inmunización orientada a los datos e inmunización orientada a los conceptos:

- La inmunización orientada a los datos, consiste en no tener en cuenta o reinterpretar en términos positivos toda información que pudiera ser indicio de discrepancia entre el estado actual y el estado al que se pretende llegar, de manera que no afecte a las autodefiniciones.
- La inmunización orientada a los conceptos, consiste en reinterpretar aquellas cogniciones que forman parte de la autodefinición. Por ejemplo, ante ciertos fracasos que podrían poner en duda una competencia que se valora, se puede reinterpretar esa competencia para que dentro de los criterios no entre el dominio en el que se ha fracasado.

En conclusión, se puede afirmar que la reevaluación, el cambio o el logro de metas observado en la vejez puede ser un mecanismo de mantenimiento de bienestar (Villar et al., 2003).

El modelo SOC de Baltes y Baltes

A lo largo del envejecimiento, ocurren una serie de cambios que, en ocasiones, limitan al individuo cuando se desempeña en diversos ámbitos, por lo que se generan una serie de estrategias adaptativas para afrontarlos.

En este sentido, el desarrollo individual exitoso no dependiente, necesariamente, a la edad es un proceso que involucra tres componentes: selección, optimización y compensación. Se expresan dependiendo de las circunstancias personales y sociales específicas que los individuos enfrentan y producen a medida que envejecen (Baltes y Baltes, 1990).

Por su parte, Baltes y Staudinger (2000) señalan que el curso de la vida implica no solo multidimensionalidad y multidireccionalidad, sino también selectividad (S), optimización (O) y compensación (C). Todo ello debido a que resulta fundamental optimizar la utilización de los recursos disponibles, sabiéndolos limitados, dichos recursos pueden ser temporales, naturales o personales.

La selectividad equivale a darse cuenta de oportunidades y restricciones específicas en los distintos dominios de funcionamiento (biológico, social e individual) y actuar en consecuencia, bien sea diseñando en forma intencional metas alcanzables (selección electiva o centrada en las ganancias), o cambiando metas, con un enfoque en los objetivos más importantes y acomodándose a pautas distintas con base en los recursos disponibles (selección centrada en las pérdidas) (Freund y Baltes, 2002; Iacub y Sabatini, 2013).

Por otro lado, la optimización hace referencia a identificar los procesos generales que se encuentran involucrados en la adquisición, aplicación y refinamiento de los medios para el logro de metas relevantes (Freund y Baltes, 1998).

La búsqueda de los medios adecuados para lograr una meta estará determinada por la meta que se desea lograr, las características individuales y el contexto sociocultural. En este sentido, podrían surgir una variedad de medios igualmente funcionales para conseguir una meta determinada; es decir, pueden existir varias formas de alcanzar una meta específica. Aunque, los medios más relevantes están relacionados con tener persistencia, capacidad para adquirir nuevas habilidades y recursos, así como practicar determinadas habilidades (Freund y Baltes, 2002).

Finalmente, Iacub y Sabatini (2013) consideran que la compensación se refiere a la producción de respuestas funcionales frente a la posibilidad de que ocurran pérdidas sin necesidad de cambiar las metas, en cambio, se generan nuevos medios y recursos, dirigidos a la persecución de objetivos.

Es decir, se sustituyen los medios perdidos al adquirir nuevos medios internos o externos, como audífonos y anteojos, o activar recursos no utilizados, como pedir la ayuda de otros (Freund y Baltes, 2002).

En general, se ha observado que las personas adultas mayores que usan de forma intencional estrategias de selección, optimización y compensación presentan niveles más elevados de bienestar subjetivo; sin embargo, se ha encontrado un aumento de su uso relacionado con la edad, medido a través de autoinformes, desde la edad adulta joven hasta la mediana edad y una disminución en la vejez. Aunque específicamente en la estrategia de selección electiva, se ha observado que existe una correlación positiva con la edad lo cual podría deberse a que mientras los adultos jóvenes experimentan un alto sentido de necesidad de explorar muchas vías posibles de desarrollo diferentes, en la mediana edad y especialmente durante la vejez, las personas se centran cada vez más en determinadas prioridades (Freund y Baltes, 2002; Iacub y Sabatini, 2013).

Finalmente, es importante denotar que bajo este postulado se considera que las personas se encuentran con ciertas estructuras de oportunidades (por ejemplo, educación), así como limitaciones en los recursos (por ejemplo, enfermedades) que se pueden dominar de forma adaptativa mediante una orquestación de tres componentes: selección, optimización y

compensación, donde su uso frecuente, es sinónimo no sólo de adaptación sino también de aprendizaje y de un mayor bienestar en el individuo de cualquier grupo etario (Freund y Baltes, 1998; Pierce y Timonen, 2010).

Teoría de la selectividad socioemocional

De acuerdo con esta teoría las tasas reducidas de interacción en la vejez se consideran el resultado de procesos de selección de por vida; es decir, los patrones sociales observados en la vejez reflejan cambios graduales que se desarrollan a lo largo del curso de la vida, mediante los cuales las personas cultivan de manera estratégica y adaptativa sus redes sociales para maximizar las ganancias sociales y emocionales, así como minimizar los riesgos sociales y emocionales (Carstensen, 1987, 1991).

Bajo este supuesto, en la mediana edad y la vejez se vuelve menos importante la búsqueda de información y más central las metas emocionales. Por esta razón, los objetivos se centran en adquirir satisfacción emocional en el contexto de relaciones interpersonales gratificantes, manteniendo una vida emocional positivamente equilibrada y una óptima regulación emocional (Iacob y Sabatini, 2013).

Dicha satisfacción emocional puede estar vinculada a la dimensión afectiva. Esto puede estar ejemplificado a través del estudio de Fredrickson y Cartensen (1990) los cuales encontraron en personas adultas mayores un mayor énfasis en el potencial de ganancia afectiva vinculada a las relaciones sociales, en comparación con adolescentes que pusieron mayor énfasis en la posibilidad de obtener información y de tener contactos futuros gracias a las relaciones sociales. Es decir, en la vejez, las personas encuentran las relaciones más superficiales y menos convincentes.

Aunque, también, puede ser que la adolescencia tardía y la adultez temprana sean un momento para expandir los contactos sociales y explorar diferentes tipos de relaciones hasta que las relaciones se vuelven cada vez más cercanas y satisfactorias con el tiempo (Carstensen, 1992).

El determinante más importante del cambio en el balance entre un comportamiento social dirigido a la búsqueda de la información y dirigido a la emoción no es la edad por sí misma, sino más bien la percepción y valoración del tiempo que queda hasta determinado final. La persona pasa entonces de una orientación al futuro a una orientación al presente (Carstensen et al., 1999; Villar, 2005).

En este sentido, la cercanía emocional con familiares y amigos, habiendo compartido innumerables alegrías y dolores puede aumentar. Así mismo, existe una probabilidad reducida de que la interacción con los interlocutores sociales ocasionales sea gratificante; sin embargo, la interacción con un grupo selecto de personas importantes se vuelve cada vez más valiosa. De modo que dicha interacción con el grupo muy selecto de interlocutores sociales produce beneficios cada vez mayores a lo largo de la vida en cuanto al mantenimiento del autoconcepto y la regulación de las emociones (Carstensen, 1992).

Es decir, esta reducción selectiva de la interacción social maximiza las experiencias emocionales positivas y minimiza los riesgos emocionales durante el proceso de envejecimiento (Carstensen et al., 1999).

Del mismo modo, también se ha resaltado que la mejor regulación de las emociones con la edad hace que los episodios de tristeza sean menos intensos y que, aunque puedan aparecer más síntomas depresivos, es menos habitual que se desarrolle una depresión mayor. Existe un mayor número de síntomas depresivos en la vejez, pero estos parecen deberse más a enfermedades terminales que a la edad (Magai, 2001).

Así mismo, se asocia a la vejez con un bienestar emocional general más positivo, con una mayor y más compleja estabilidad emocional (Carstensen et al., 2011).

Es importante señalar, del mismo modo, que no es únicamente un hallazgo medido de forma cualitativa sino que también se han realizado estudios que permiten investigar las diferencias de edad en la atención selectiva a los estímulos léxicos emocionales en condiciones de interferencia, medidas tanto a nivel neuronal como conductual durante un experimento en el que los participantes

completaron una tarea que les exigía hacer juicios categóricos sobre los estímulos emocionales y no emocionales, donde las personas adultas mayores suelen mostrar niveles relativamente altos de interferencia y un control cognitivo reducido durante las tareas no emocionales, aunque parecen ser capaces de reducir con éxito la interferencia durante las tareas emocionales (Samanez-Larkin et al., 2014).

Aunado a lo anterior, se ha observado que el funcionamiento socioemocional en el cerebro que envejece revela diferencias de edad consistentes en los patrones de actividad en las regiones prefrontal y subcortical durante el procesamiento emocional. Del mismo modo, hay una reducción relacionada con la edad en la activación subcortical asociada con la exposición a estímulos afectivos negativos y a menudo se combina con un aumento en la activación cortical. Así mismo, los aumentos en el bienestar emocional relacionados con la edad se han considerado como el resultado de disminuciones funcionales en la amígdala (Samanez-Larkin y Carstensen, 2011).

En conclusión, se puede afirmar que el proceso descrito por la teoría de la selectividad socioemocional es una explicación evolutiva de por qué la red de intercambio e interacción social de los individuos se reduce a lo largo del tiempo e incluso se podría considerar a esta teoría como una aplicación de selección, optimización y compensación al ámbito social. Sin embargo, debido a los estereotipos impuestos por la sociedad hacia las personas adultas mayores, se ha afirmado erróneamente, en todos los casos, que dicha disminución en la red social se encuentra vinculada con síntomas depresivos, cuando realmente lo que ocurre es una puntual y significativa selección de los integrantes de la red social lo cual incluso no significa que las personas no puedan integrar a su vida social nuevos vínculos con otras personas (Bengtson et al., 1997; Carstensen, 1992; Iacub y Sabatini, 2013).

Estrategias de afrontamiento en el envejecimiento

Fernández-Abascal (1997) diferencia los estilos de afrontamiento de las estrategias de afrontamiento. Las primeras las denota como predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y las segundas como procesos concretos que se utilizan en cada contexto.

De acuerdo con Macías et al. (2013), las estrategias de afrontamiento se han analizado y estudiado inicialmente desde el modelo médico y posteriormente por el psicoanálisis del yo hasta finalmente llegar a su estudio a través de la psicología cognitiva.

De acuerdo con estos autores, se resalta que a nivel fisiológico, las investigaciones médicas sobre el afrontamiento, desarrolladas en los años treinta y cuarenta del siglo XX, planteaban que la supervivencia dependía en gran medida de la habilidad para darse cuenta que su medio ambiente es predecible y controlable. Por su parte, desde la perspectiva psicoanalítica en el año 1937, se define al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos, realistas y reflexivos, que buscan solucionar los problemas. Se denota en este sentido, a un rango de estrategias que van desde mecanismos primitivos, los cuales producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados, ambos agrupados en lo que se conoce como mecanismos de defensa.

Posteriormente, desde una perspectiva cognitiva, Lazarus y Launier (1978) definen al afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y afectivos orientados a manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales. Es decir, esta teoría se basa en el enfoque cognitivo del estrés. Por lo tanto, el afrontamiento ayuda a los individuos a lograr la adaptación psicosocial en situaciones estresantes.

Sin embargo, la propuesta de Lazarus y Folkman (1986) es la que cuenta con un mayor reconocimiento, planteada desde una perspectiva cognitivo sociocultural. Desde esta perspectiva las estrategias de afrontamiento son vistas como los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como desbordantes frente a los recursos del individuo.

Dichas situaciones vitales; es decir, las circunstancias o condiciones ambientales que amenazan, desafían, exceden o dañan las capacidades psicológicas o biológicas del individuo, modifican los contextos habituales y las rutinas asociadas, así como la representación de sí mismo, lo cual puede poner en riesgo el logro de metas y aspiraciones personales. Por lo que se generan nuevas respuestas que implican un esfuerzo por volver a controlar la situación (Iacub, 2011).

De tal modo que se distinguen dos direcciones en las formas de afrontamiento:

Afrontamiento dirigido a la emoción y afrontamiento dirigido al problema. El primero se realiza partiendo de la evaluación en la que el individuo nota que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno, por lo que recurre a un grupo de procesos cognitivos con los que intenta disminuir la alteración emocional, como son evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los sucesos negativos. Por otro lado, el afrontamiento dirigido al problema se da principalmente cuando las condiciones que se le presentan al individuo resultan evaluadas como susceptibles de cambio, de este modo se identifica el problema, una probable solución a este, así como sus costos y beneficios. (Lazarus y Folkman, 1986).

Además, desde esta perspectiva cognitivo sociocultural, no se ve cualquier estrategia como inherentemente buena o mala, sino que la efectividad depende del contexto (Papalia et al., 2009).

En este sentido, es importante mencionar que las metas del afrontamiento, denotadas por Krzemien y Urquijo (2009), son: resolver situaciones o problemas; preservar un balance emocional o la regulación de las emociones; proteger la autoestima, preservar una imagen de sí mismo satisfactoria y mantener el sentido de competencia personal; sostener relaciones sociales; prepararse para futuras situaciones críticas.

Iacub (2011) menciona que la eficacia de las estrategias de afrontamiento reside en su capacidad de adaptación, lo cual implica manejar y reducir el malestar, contribuir al bienestar psicológico y al estado de salud del individuo.

Con base en lo anteriormente planteado, es relevante señalar que se ha considerado a la vejez como un estadio de la vida más o menos estresante, dicha afirmación se ha basado en el incremento de pérdidas de amigos y familiares que pueden presentarse en esta etapa, así como vinculado al funcionamiento físico y mental, pero también relacionado con el posicionamiento que se le otorga a la vejez por parte de la sociedad (Pfeiffer, 1977; Ruth y Coleman, 1996).

En este sentido, cabe señalar al modelo ecológico del envejecimiento o también llamado modelo competencia-presión ambiental (Lawton, 1982; Lawton y Nahemow, 1973) el cual enfatiza las diferencias entre las demandas que conllevan los diversos ambientes (presión ambiental) y la competencia de los individuos, es decir su habilidad para satisfacer tales demandas. Cuando tanto la presión como la competencia son relativamente altas o relativamente bajas, las personas están en su nivel de adaptación normal. En cambio, si la presión ambiental aumenta o disminuye la competencia de los individuos, dicha persona caerá por debajo del nivel de adaptación y sentirá estrés, por lo que deberán encontrarse formas de reducir las demandas ambientales o de aumentar la competencia del individuo.

En este sentido, cabe señalar que debido a la presencia de diferencias individuales y a la heterogeneidad de la vejez, no todos las personas adultas mayores perciben dicha etapa de vida con la misma presencia de estrés, sino que varía de acuerdo a ciertas condiciones económicas, por ejemplo, la jubilación para algunos individuos se percibe como menos estresante bajo condiciones socioeconómicas que permiten anticiparla y generar soluciones, del mismo modo las condiciones sociales y políticas podrían influir en el grado de estrés que puede presentar una persona en determinada edad (Thomae, 2002).

Por su parte, en cuanto a las estrategias de afrontamiento algunos autores mencionan que las personas adultas mayores utilizan estrategias más centradas en la emoción, mientras que las personas jóvenes reaccionan queriendo cambiar la situación o el problema. Las personas adultas mayores se adaptan más a las circunstancias que les rodean a través de estrategias que les permiten un mayor manejo de la situación. Ciertas estrategias que habían sido consideradas pasivas, evitativas

e inmaduras (autodistracción y religión), pueden resultar adaptativas e incluso resilientes en esta etapa del ciclo vital (Iacub y Sabatini, 2013; Krzemien et al., 2005; Zamarrón Cassinelle, 2006).

Específicamente, la religión en las personas adultas mayores se ha observado que es mantenida debido a que representa una fuente de apoyo social, preserva un estilo de vida saludable, así como resalta la percepción de una forma de control de la vida a través de la oración, además, a través de la religión se denota la fe en Dios como una vía de interpretar la mala fortuna y finalmente representa la mejora en los estados emocionales positivos conjunto a la reducción del estrés (Seybold y Hill, 2001).

Aunque, otros autores han considerado que las personas adultas mayores con tendencia a mantener una estabilidad emocional, a evadir situaciones difíciles, con actitudes generalmente pesimistas, orientadas más a la simbolización y especulación, así como dirigidas a valerse de sus propias ideas antes que de las experiencias, probablemente muestren desadaptación frente a situaciones de crisis. Por el contrario, el afrontamiento adaptativo se vincula con personas con una menor sensación y mayor comunicación; es decir, con personas más intuitivas así como especulativas en lugar de sensitivas, además son personas que les gusta participar socialmente, lo cual en su conjunto les permite a las personas adultas mayores hacer frente a las situaciones adversas eficazmente (Krzemien y Urquijo, 2009).

Sin embargo, no se debe olvidar que lo que es eficaz para una persona, en una determinada etapa vital y frente a una situación concreta puede no ser generalizable a otras personas, situaciones o etapas vitales (Krzemien y Urquijo, 2009).

Identidad en el envejecimiento

Informes narrativos del yo

Dittmann-Kohli (2005) menciona una serie de emergentes narrativos que describen el envejecimiento desde el yo; es decir, desde el punto de vista del sujeto. Los cuales se resaltan a continuación:

Crecimiento del Yo existencial. Una característica que se resalta, con mayor énfasis, a partir de la mediana edad es la percepción emergente del autoconcepto o también denominado sí mismo, que comprende una existencia temporal y dependiente del propio cuerpo. De la temprana a la tardía mediana edad, estos aspectos se vuelven cada vez más frecuentes en los pensamientos, en el contenido sentimental y en sus propias narraciones. Esta personificación surge en una representación prospectiva de viudez y en la amenaza de enfermedad, donde se añade la percepción de ser, en la cadena generacional, quien se encuentra más cerca de morir (Iacub y Sabatini, 2013; Salvarezza, 1998).

El Yo físico. Se relaciona con la tarea de adaptación a la edad biológica, en la cual por un lado se destaca el modo en que la persona representa los periodos de la vida y el paso del tiempo a través del cuerpo, y por el otro lado, se relaciona con las observaciones acerca de cómo la edad física incide en las posibilidades y la apariencia del cuerpo (Iacub y Sabatini, 2013).

Sin embargo, la participación de las personas adultas mayores, por ejemplo, en prácticas corporales orientales como el yoga o el tai chi, durante las últimas décadas, da cuenta de la tendencia a incluir nuevos lenguajes sobre la corporalidad, no compatibles con lo esperado por la sociedad y sus estereotipos sobre la actividad física en personas adultas mayores (Iacub, 2013). Sin embargo, lo anterior no significa que todas las personas adultas mayores estén de acuerdo con esta postura ya que aún la vejez se encuentra estigmatizada y rodeada de pensamientos viejistas que hacen que la persona adulta mayor vea a su cuerpo como sinónimo de deterioro, enfermedad o lo observan como un cuerpo incapaz e incluso alejado de belleza y orientado a la fealdad.

El individuo considera que el espejo no le devuelve la imagen esperada, generando extrañeza, irritabilidad, insatisfacción. Se ve el reflejo semejante a alguien a quien conoció hace algunos años atrás, que puede ser incluso un ser querido como su padre o madre envejecido (Zarebski, 2005).

El yo temporal. Dittman-Kohli (2005) sostiene que existe un incremento de referencias temporales para dar cuenta de la propia identidad. Por un lado, se produce un aumento en las

expresiones lingüísticas sobre referencias temporales en los diversos aspectos del yo y de la vida. Por el otro lado, se incrementan los contenidos y la cantidad de declaraciones acerca del pasado y de anticipaciones futuras del yo y de la vida.

Memorias autobiográficas y reminiscencias. La mediana edad es el momento en que el pasado es largo y una considerable parte de la vida se ha materializado. El conocimiento acerca de cómo será la vejez aumenta y también incrementa la conciencia del tiempo (Iacub y Sabatini, 2013).

Las referencias espontáneas hacia lo ya vivido evidencian un progresivo aumento a medida que transcurre el envejecimiento, volviéndose muy numerosas en las personas de 60 a 90 años (Dittman-Kohli, 1995). Esta mirada implica un balance acerca de lo que uno fue, acentuándose fundamentalmente la función de la memoria como defensa. Es por ello que aparece la reminiscencia, como un trabajo psíquico necesario para mantener la economía mental en un estado equilibrado, a través del acto o hábito de pensar sobre relatar eventos o el recuento de experiencias pasadas, especialmente las más significativas de la vida personal (Iacub y Sabatini, 2013).

El uso de la reminiscencia en personas adultas mayores es una parte fundamental de lo que se ha denominado identidad retrospectiva, abordada más adelante en este capítulo.

El yo laboral. En la actualidad, para las mujeres y para los hombres, la identidad laboral es un aspecto central de la vida. Las caracterizaciones de la vida laboral en la mediana edad resultan contradictorias. Por un lado, aparece una mayor satisfacción laboral, motivación positiva, experiencia social y profesional, madurez en las relaciones sociales y responsabilidad; y por el otro, un sentimiento de incremento de la presión laboral o de un modo igualmente preocupante, el hastío o aburrimiento (Dittman-Kohli, 2005).

Además, a medida que las personas tienen mayor edad, se le asigna el rol de jubilado, donde también, no se suele capacitar a las personas mayores de 50 años, lo cual suele funcionar como un mecanismo de desaliento frente a la promoción y el desarrollo personal teniendo particulares repercusiones en la identidad laboral (Iacub y Sabatini, 2013).

Sin embargo, el deseo por continuar trabajando en la vejez puede en muchas personas no estar presente, donde la única motivación para continuar laborando puede ser el aspecto económico, de ese modo la jubilación se presenta como deseada y como un alivio, presente con mayor énfasis en aquellas personas adultas mayores que se vieron obligadas a trabajar incluso desde la infancia (Alfonso, 2014).

Posteriormente, Iacub (2009) incluye al “Yo psicológico”, así añade diversos puntos de vista que enriquecen los informes narrativos.

En este sentido, denota a Sinnott (1998) quien resalta al pensamiento post-formal el cual es un complejo mecanismo de adaptación para solucionar problemas, que se desarrolla con la experiencia social. Este tipo de pensamiento tendría una particular resonancia en ciertas problemáticas propias de la mediana edad y la vejez, como es la búsqueda de un significado en la vida y la necesidad de realizar balances frente a ciertos déficits de la edad.

Además, en la mediana edad y vejez muchas de las tareas que un sujeto se propone son sociales e interpersonales y gran parte de sus esfuerzos cognitivos se relacionarán con ese tipo de situaciones. Incluso la creatividad en estas etapas tiene que ver con resolver este tipo de problemas, lo cual implica construir un puente entre lo afectivo y lo intelectual (Iacub y Sabatini, 2013).

Identidad narrativa

La identidad narrativa aparece en un movimiento pendular y dialéctico entre lo discordante y lo concordante, lo incoherente y lo coherente.

De acuerdo con Iacub (2011), la identidad narrativa, tanto de los individuos como de las comunidades, podría considerarse el producto inestable de la intersección y el entrecruzamiento entre la historia y la ficción. El sujeto, en su búsqueda de continuidad y coherencia, requerirá de un relato que sostenga dicha necesidad y para ello se realizarán múltiples interpretaciones de la historia, lo cual redundará en una historia ficcionada la cual no implica verdad o falsedad, sino diversas versiones de un mismo hecho o historia de vida. Por lo que, la identidad narrativa es la

resultante de las múltiples transformaciones que establece un sujeto en su identidad con base en formas y regulaciones objetivas que tienen las narraciones en nuestra cultura.

De tal modo que, tal como menciona Ricoeur (1999), la identidad narrativa es el estilo unitario de las transformaciones subjetivas reguladas por las transformaciones objetivas.

De acuerdo con McAdams (2001) la integración de significados, o de versiones del sí mismo, ofrece un sentido de unidad que posibilita ver al sujeto como un todo coherente en el espacio y en el tiempo, donde se articula el presente como una progresión lógica desde el pasado y orientada hacia el futuro.

Ricoeur (1999) lo concibe como alguien que lee su vida como si fuera otro, al mismo tiempo que la escribe, y en ese movimiento de lectura y escritura se produce una transformación de la representación que tiene de sí. Vivir a través de la representación consiste en proyectarse en una imagen falaz detrás de la que nos ocultamos, donde la identificación se convierte en un medio de engañarse o de huir de uno mismo.

Debido al carácter evasivo de la vida real, se necesita la ayuda de la ficción, misma que será revisable y provisional, la cual podría ser incluso la eliminación de la angustia frente a lo desconocido a través de dar imaginariamente un desenlace a una determinada situación (Ricoeur, 2006).

Por su parte, Bruner (2003) define al pensamiento narrativo como el medio por el cual el sujeto se cuenta historias a sí mismo y a los otros. La narración de historias implica una construcción de significados que otorgan sentido a la experiencia.

La narrativa, de acuerdo con Cohler (1982, 1993) permite proveer puntos de conexión entre lo excepcional y lo común, volviendo habitual lo inhabitual, donde el análisis de la situación es realizado en términos de un guion interno.

Dicha narración se adueña de la temporalidad que es expresada finalmente a través de un lenguaje, donde dicha dimensión lingüística es denominada relato, de tal modo que el relato configura el carácter duradero de un personaje; es decir, su identidad narrativa. A través de la narración, se genera la recapitulación de los episodios de la vida desde el punto de vista de la

conclusión de cada persona. Lo anterior remite a la idea de una herencia transmitida de uno hacia sí mismo y de ese modo se convierte en una historia contada donde el entendimiento de la narrativa se asemeja al juicio moral, en la medida en que explora los caminos mediante los que la virtud y el vicio conducen o no a la felicidad y a la desgracia que desencadena en una nueva esperanza, si no de éxito, al menos de sentido (Ricoeur, 1999).

De tal modo que el individuo construye y reconstruye continuamente un Yo, de acuerdo con las situaciones que se le vayan presentando, teniendo como guía tanto los recuerdos y experiencias del pasado como los miedos hacia el futuro. El individuo se encuentra de igual modo balanceando lo que ha sido con lo que habría podido ser, la narrativa hace menos sorprendente lo inesperado. La creación de un Yo es un arte narrativo donde el relato de sí mismos se produce de afuera hacia adentro, tanto como de adentro hacia afuera (Bruner, 2003).

Finalmente, tomando como base lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que la narrativa, bajo los supuestos mencionados, tiene como objetivo articular narrativamente la retrospectiva y la prospectiva (Ricoeur, 2006); es decir, aquello fui, lo que soy y lo que seré.

La capacidad de narrar permite entonces la construcción de la identidad, que permite al individuo vincularse con los demás, al mismo tiempo que le permite recorrer selectivamente el pasado, mientras se prepara para un futuro imaginado. Pero la cultura a su vez es una dialéctica, llena de narraciones alternativas acerca de qué es el Yo o qué podría ser (Bruner, 2003).

En este sentido, la identidad narrativa aparece como un recurso teórico de gran potencial para explicar situaciones de cambio o crisis vitales en donde se pone en juego los quiebres de significados o refiguraciones y sus resoluciones o configuraciones (Iacub, 2010).

Refiguración.

Se utiliza la noción de figuración o de representación del sí mismo para dar cuenta de los modos en que un sujeto se concibe, se ve y se comprende como tal, tanto por sí mismo como por el otro (Iacub y Sabatini, 2013).

Las refiguraciones ponen en cuestión el quién o el autor de la acción o del relato. Es allí donde el sujeto se siente interpelado por el nuevo contexto de significación o circunstancia vital y requiere una reelaboración identitaria. Por ejemplo, cabe señalar al síndrome del nido vacío (sensación general de soledad que los padres pueden sentir cuando uno o más de sus hijos abandonan el hogar) o a la jubilación las cuales pueden ser experiencias que modifican la figuración, los roles y las posiciones que había ocupado el individuo hasta ese momento, donde las personas resaltan una demanda por responder las preguntas ¿quién soy ahora? o ¿quién debería ser? (Iacub, 2011).

Dichas preguntas y respuestas se generan desde una perspectiva ajena al individuo como si se tratara de otra persona (¿qué esperas María?). Se resalta además, una difícil aceptación del cuerpo que aparece como rechazado y que se exterioriza a fin de defenderse de una figuración del cuerpo que podría negativizar o estigmatizar su identidad (Iacub, 2011).

En general, se puede afirmar que transitar a una nueva etapa pone en duda la continuidad de la figuración del sí mismo, pudiendo producir una ruptura narrativa debido a que el sujeto siente que su nueva identidad es desconocida, negativa o estigmatizada. De tal modo que la noción de refiguración alude al cambio en la figuración a través de nuevas categorías narrativas desde la que se pensaba el sujeto (Iacub, 2010).

Configuración.

La configuración implica la tarea de aprehender como un todo, circunstancias discontinuas y no coherentes, y darle un sentido que vuelva comprensible un conjunto de actos, hechos o sucesos, a través de un orden de causalidades (Gallie, 1964).

Para Ricoeur (1999, 2006) es un arte compositivo que media entre la concordancia y la discordancia. Entendiendo por discordancia a los trastrocamientos que hacen de la trama una transformación regulada, desde una situación inicial hasta otra terminal. De tal modo que considera a la configuración como la concordancia discordante, la cual es característica de toda composición

narrativa, la cual es fuente de discordancia, en cuanto que surge, y fuente de concordancia, en cuanto que hace avanzar la historia.

Es decir, la configuración aparece como la respuesta de cierre a la refiguración. En este proceso el sujeto puede verse o concebirse con una representación clara y objetiva de sí, más allá de la confrontación con la misma. En este sentido, el relato y el otro se vuelven soportes de identidad, y solo allí el sujeto puede sentirse con una figuración de sí más clara y estable (Iacub, 2010).

Cohler (1993) menciona que la función de la narrativa es restaurar esos acontecimientos azarosos y que den al presente un curso de vida coherente e integrado, y generar de esta manera un incremento en el sentido de bienestar.

La configuración tiene una relación directa con la temporalidad ya que permite que una sucesión de hechos se convierta en un acontecimiento y obtenga un principio, un medio y un fin, con base en un fin establecido. Esta modalidad configurativa posibilita restablecer una representación de sí mismos más equilibrada, que facilita una mayor integración de sí y permite elaborar un futuro posible (Iacub, 2010).

Esta organización que brinda unidad a través del sentido puede aparecer en relación a una pareja o a nuevos roles, así como a través de contextos con los que interactúa el individuo. El sujeto sale de la remisión pasiva al pasado o a la inactividad, a través de otro, por ejemplo, una pareja, así como a través de un sentido socialmente privilegiado (lo espiritual) o de un contexto (centro de jubilados) (Iacub, 2011).

Este proceso configurativo requerirá de diversos modos de elaboración que permitan a las personas de mediana edad y a los viejos darse continuidad, coherencia y restablecer un sentido ante ciertos límites que se presentan como disruptivos o discrepantes a medida que avanza el envejecimiento. En el envejecimiento y la vejez, por diversas razones que aluden a las nociones de finitud, pérdida de roles, prejuicios, modificaciones a nivel de la imagen corporal y cambios en el cuerpo, se pondrán a prueba los lazos narrativos y podrán requerir un significativo trabajo de

configuración que facilite la integridad de la identidad personal y posteriormente favorezca el bienestar personal (Iacub, 2011).

Identidad retrospectiva.

De acuerdo con Iacub (2011), la noción de retrospectiva implica un ángulo de mirada del pasado desde un momento presente.

Butler (1963) por su parte, considera que la revisión de la vida es algo que ocurre naturalmente, caracterizado por un progresivo retorno a la conciencia de experiencias pasadas, donde pueden resurgir conflictos no resueltos para que, de ese modo, esas experiencias y conflictos revividos puedan ser reconocidos y reintegrados.

En este punto, cabe retomar a la reminiscencia, el cual es un concepto más amplio que el de revisión de vida, alude a la retrospectiva espontánea o motivada del sí mismo en el pasado, a través de ésta, el individuo es capaz de definirse o redefinirse introspectivamente. Por lo tanto, el recuerdo de las historias de vida o las autobiografías, permiten la confrontación rememorativa entre el que fui y el que he llegado a ser. Donde aumenta la claridad reflexiva en cada individuo al ver al sí mismo como un otro (Bluck y Levine, 1998; Iacub, 2011; Ricoeur, 2006).

La narración de recuerdos autobiográficos permite recordar a través de pensar o relatar hechos, actos o vivencias del pasado, además, permite generar un momento de revisión y reflexión sobre aspectos significativos del propio pasado. En este sentido, el recuerdo se concibe como un registro de cómo se experimentaron los eventos y no como réplicas de los eventos mismos. Es una actividad psíquica universal que puede ser funcional en el envejecimiento y la vejez, incluso en aquella que se considera patológica ya que por ejemplo en personas adultas mayores con Alzheimer en fases tempranas resulta igualmente beneficioso en el ámbito personal (desde el fortalecimiento de la identidad hasta la estimulación cognitiva) como dentro de la vinculación interpersonal (Salazar-Villanea, 2007).

Especialmente la reminiscencia busca generar experiencias placenteras; aumentar la socialización; favorecer la integración del pasado y el presente; brindar continuidad a la vida del individuo; reforzar la identidad; permitir la resignificación y la afirmación; trabajar y potenciar la autoestima; permitir la reconstrucción de recuerdos; regular las emociones; y mejorar las habilidades de comunicación (Plaza et al., 2017).

Del mismo modo Salazar (2003), considera que la reminiscencia es un proceso que implica autocomprensión y autoreflexión que permite la historización de la propia biografía con sentimientos de satisfacción.

De acuerdo con Parker (1995), se produce una búsqueda de coherencia y significado a través de la memoria en un ambiente social presente que pretende lograr correspondencia con los recuerdos de eventos pasados. Esto se puede llevar a cabo de manera intrapersonal o interpersonal por medio de conversaciones con otros sobre el pasado para que de ese modo la vida adquiera la apariencia de orden y significado.

Además, permite hallar un sentido a las preguntas ¿hacia dónde? y ¿para qué?, también advierte los cambios y los límites, así como comprende qué nuevos lugares o roles resultan deseables y posibles (Iacub, 2011).

Identidad prospectiva.

De acuerdo con Iacub y Sabatini (2013) en la mediana edad y en la vejez, la perspectiva de la finitud o del conjunto de finitudes que se hacen presentes generan que el sujeto deba resolver cuestiones identitarias que fragmentan la unidad de sí.

La identidad prospectiva se define entonces por aquellas teleologías o conjunto de fines, intenciones, deseos, aspiraciones u objetivos que permiten anticipar la dimensión de futuridad de un sujeto. Por ejemplo, la construcción de una proyección de sí a través de un sentido o propósito de vida (Bruner, 2003; Iacub, 2011).

En este sentido, Iacub y Sabatini (2013) mencionan a la trascendencia la cual hace referencia a una metáfora espacial, en tanto implica pasar de un ámbito a otro, atravesando el límite que los separa. Donde desde una perspectiva cultural, se alude a la continuidad del sí mismo en el recuerdo de los otros, buscando la infinitud, lo cual limita los temores asociados a la finitud.

Por su parte, el amor puede resultar otra de las piezas clave ya que en él se inserta un tipo de recuerdo y de refugio en el otro (Iacub, 2011).

Sin embargo, también se ha resaltado a la trascendencia como aquella que surge a partir de la comprensión del ser por parte del mismo ser tomando como base el mundo que le rodea, donde el individuo experimenta en conjunto el haber sido, el presente y el devenir, considerándose a sí mismo como un ser histórico, donde a partir de esta conceptualización se podría plasmar su recuerdo en el mundo que le rodea (Guerrero-Castañeda et al., 2017).

Por otro lado, Iacub y Sabatini (2013) resaltan a la trasmisión la cual contiene una fuerte huella cultural que posibilita pensar en lo que se transmite de una generación a otra y que tiene la forma de un legado. La trasmisión implica un grado de compromiso con la comunidad mucho más fuerte que la trascendencia.

Finalmente, en este sentido, es importante recordar a Erikson (2000) quien señala a la generatividad como la posibilidad de que se produzca un desvío energético hacia la productividad y la creatividad al servicio de las generaciones.

Capítulo 3. Bienestar

Dimensiones del bienestar

La definición de bienestar puede entenderse a partir de la descripción de dos constructos; bienestar subjetivo (bienestar hedónico) y bienestar psicológico (bienestar eudaimónico).

Bienestar subjetivo (bienestar hedónico)

Se ha llegado a cierto consenso, el cual manifiesta que existen dos dimensiones del bienestar subjetivo, un componente afectivo que incide en el estado emocional de la persona en lapsos cortos de tiempo y un componente cognitivo que se refiere a la valoración que realiza la persona sobre los diversos dominios de su vida a lo largo de su trayectoria de vida, al ser una evaluación de toda la vida, las personas adultas mayores pueden concretar esta evaluación de formas más complejas que las personas más jóvenes (Torres Palma y Flores Galaz, 2018).

Se inscribe, por tanto, dentro de una dimensión cognitivo-emocional que ha tenido diferentes denominaciones, dentro de éstas se encuentran el término felicidad, satisfacción con la vida, afectos positivos o negativos (González et al., 2010).

En este sentido, el bienestar subjetivo sería el resultado de un balance global (grado de satisfacción) que la persona hace de sus oportunidades vitales (recursos personales y sociales), del curso de los acontecimientos a los que se enfrenta y de la experiencia emocional derivada de ello (Blanco y Díaz, 2005).

Por lo tanto, el bienestar subjetivo es la representación de la capacidad global que posee el ser humano para evaluarse, medirse o compararse, para que de esa manera pueda interpretar su satisfacción vital (Fortuna, 2016).

Del mismo modo, es importante resaltar que las personas conforme envejecen, ven reducidos sus recursos materiales, biológicos, sociales y psicológicos; sin embargo, el bienestar

subjetivo no declina con la edad aunque dichas pérdidas se hagan presentes y eso puede deberse a que la persona reorganiza sus metas y objetivos (González-Celis, 2002).

Pero también puede estar relacionado con lo que denota la teoría de la actividad la cual parte de la hipótesis de que sólo se es feliz y se logra el bienestar cuando la persona adulta mayor se mantiene activa y es útil a otras personas. Esta teoría sugiere que las personas adultas mayores no buscan un distanciamiento social, sino cambios en las formas de participación social (con familia, amigos, en grupos de personas adultas mayores, religiosos o recreativos), según sus capacidades tanto físicas como psicológicas (De León, 2018).

Aunque, por otro lado, la presencia de bienestar subjetivo se encuentra limitada por factores del contexto social, de tal modo que las personas mayores tienen la tendencia a tomar las definiciones negativas de ellos mismos y perpetuar los estereotipos negativos hacia ellos, reforzando así las creencias sociales. Estos estereotipos negativos, inciden sobre las personas adultas mayores limitándolas y condicionándolas a un modo de ser y de comportarse (González-Celis, 2002; Orozco-Campos y López-Hernández, 2016).

Esta situación se complica más cuando la propia persona acepta los estereotipos negativos y los incorpora a su visión personal disminuyendo así su bienestar subjetivo. Un ejemplo claro es cuando las personas adultas mayores se dicen a sí mismas, “yo ya estoy vieja para eso” (Orozco-Campos y López-Hernández, 2016).

Ante ello se puede resaltar entonces que un alto bienestar subjetivo depende de una apreciación positiva de la vida que perdura a lo largo del tiempo, mientras que el bajo nivel obedece al desajuste entre expectativas y logros (Torres Palma y Flores Galaz, 2018).

Conjunto a ello, es de gran relevancia mencionar que las personas adultas mayores que usan de forma intencional estrategias de selección, optimización y compensación, mencionadas con

anterioridad, presentan niveles más elevados en los indicadores de bienestar subjetivo (Freund y Baltes, 1998; Iacub y Sabatini, 2013).

En general, tener un nivel alto de bienestar trae consigo grandes beneficios en la vida del adulto mayor, especialmente se le ha asociado de manera positiva con el funcionamiento neuropsicológico y de forma negativa con la depresión (González-Celis, 2002).

Bienestar psicológico (bienestar eudaimónico)

El bienestar psicológico atiende las circunstancias del entorno del individuo y sus recursos personales para interactuar constructivamente con dicho entorno, alude a la adquisición de aquellos valores que posibilitan la autorrealización (Otero et al., 2017).

Ryff (1995), quien es el principal precursor del término, define al bienestar psicológico como el esfuerzo encaminado a la perfección y al crecimiento, está estrechamente relacionado con tener un propósito en la vida, con los desafíos y con encaminar los esfuerzos para superarlos, logrando así metas valiosas.

Tiene su origen en el concepto aristotélico de eudaimonia. Para Aristóteles, la búsqueda de la perfección, a través de la realización del verdadero potencial del ser humano, es el fin último de cada persona, relegando la búsqueda de la felicidad a un segundo término, ya que ésta se traduce en la satisfacción de los deseos personales, volviendo a los humanos esclavos o seguidores de sus deseos (Ryan y Deci, 2001).

De acuerdo a este punto de vista, cada individuo llega a la vida con talentos únicos, conocidos como daimon. La prueba central de la vida es reconocer y ejercer esos talentos (De León, 2018).

Para que Ryff lo desarrollara utilizó tres teorías psicológicas clínicas de crecimiento personal (Allport, 1961; Díaz et al., 2006; Dierendonck, et al., 2008; Maslow, 1968; Rogers, 1961), la primera se refiere a la denominada madurez psicológica de Gordon Allport la cual se caracteriza por relaciones cálidas orientadas a la dependencia de los demás (confianza, empatía, sinceridad,

tolerancia), seguridad emocional y aceptación propia; hábitos encaminados hacia una percepción realista, centralidad en los problemas y desarrollo de habilidades para la solución de problemas; desarrollo de la introspección, reírse de uno mismo.

La segunda se refiere al funcionamiento pleno de Carl Rogers quien denota cinco aspectos para el funcionamiento pleno: apertura a la experiencia (aumento de conciencia, aceptación y percepción de las experiencias, sentimientos y sensaciones propias), vida existencial (vivir en el aquí y en el ahora), confianza orgánica (confiar en nosotros mismos, hacer lo que se siente bien, lo que surge de forma natural), libertad experiencial (reconocer la sensación de libertad y asumir la responsabilidad de las decisiones) y creatividad (actuar en consecuencia y participar en el mundo, ser funcional).

Y la tercera se refiere a la autorrealización de Abraham Maslow la cual representa el nivel más alto de la jerarquía de necesidades humanas propuesta por Maslow.

De tal modo que, el modelo de Ryff está compuesto por seis dimensiones con direcciones negativas o positivas: autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del ambiente, crecimiento personal y propositivo en la vida. A partir de ello se engloban desafíos que las personas enfrentan con la finalidad de funcionar positivamente. Por ejemplo, el individuo trata de sentirse bien consigo mismo, incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones (autoaceptación); también trata de desarrollar y mantener relaciones interpersonales cálidas y de confianza (relaciones positivas con otros), se vincula con su entorno con el fin de satisfacer sus necesidades y deseos personales (dominio del ambiente), además busca un sentido de autodeterminación e independencia personal (autonomía), así como encuentra significado en los esfuerzos y desafíos propios (propósito en la vida) y aprovecha al máximo los talentos y capacidades (crecimiento personal) (De León et al., 2018).

De forma específica cabe señalar que de acuerdo con Otero et al. (2017), no son consistentes las evidencias investigativas internacionales en cuanto a posibles diferencias de género en cuanto al nivel de bienestar psicológico que presentan las personas adultas mayores, por un lado,

se afirma que la mujer tiene un mayor bienestar psicológico por su mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad donde además se avalan niveles bajos de bienestar psicológico en los hombres y los fundamentan a partir de la pérdida del rol laboral que los define socialmente. Sin embargo, algunas otras posturas no concuerdan con dichas puntualizaciones.

Aunque, de forma general, se puede considerar que un óptimo bienestar psicológico requiere también que el individuo se esfuerce por continuar creciendo y desarrollando al máximo todas sus potencialidades y capacidades, sea inconformista con los logros obtenidos en el pasado y afronte nuevos desafíos personales que le permitan crecer como individuo. De modo contrario, aquellas personas que no logran un nivel óptimo de bienestar psicológico experimentan una sensación de estancamiento personal, no sienten que están progresando o desarrollándose con el transcurso del tiempo, se sienten desanimados y desinteresados con respecto a su propia vida, se sienten incapaces de desarrollar nuevas actitudes o conductas (González et al., 2010).

Autoconcepto, autoestima y autoeficacia como factores reguladores del bienestar

Con frecuencia se puede confundir la autoestima con el autoconcepto y utilizar ambos como términos sinónimos. Aunque los dos conceptos están relacionados, no son equivalentes. En el autoconcepto se resalta la dimensión cognitiva, mientras que en la autoestima prevalece la valorativa y afectiva. La palabra autoconcepto hace relación a los aspectos cognitivos, a la percepción y la imagen que cada uno tiene de sí mismo (Roa, 2013).

Con base en Salvarezza (1998), el autoconcepto hace referencia al conjunto de imágenes o pensamientos que el individuo tiene de sí mismo; es decir, de su imagen corporal, de su identidad social, sus valores, habilidades o de los rasgos que el individuo considera que posee.

Específicamente, en las personas adultas mayores, la percepción de la salud se convierte en un factor determinante del autoconcepto del individuo, donde el nivel de actividad o movilidad física toma gran relevancia al verse implicada en la independencia del adulto mayor, por ejemplo, puede

considerar de menor importancia una alteración cardiovascular cuyos síntomas no le impidan seguir desempeñando sus actividades cotidianas, que la aparición de un proceso artrítico, que puede llegar a comprometer su capacidad funcional. De forma semejante, se podría considerar entonces que la sensación de tener objetivos y metas en la vida, así como seguir formando parte activa de una comunidad, son marcadores que están estrechamente relacionados con el mantenimiento de un autoconcepto joven, incluso independientemente de la consideración, por parte del individuo, de la edad cronológica (Salvareza, 1998).

La autoestima, por su parte, se define generalmente como una actitud, sentimiento positivo o negativo hacia la persona, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo (Sebastián et al., 2007).

Por otra parte, Yagosesky (1998) la define como el resultado del proceso de valoración profunda, íntima y personal que cada quien hace de sí mismo en todo momento, esté o no consciente de ello. Se relaciona con el sentido de valía, capacidad y merecimiento, y es a la vez causa de la conducta.

En este sentido, una alta autoestima es sinónimo de ser conscientes del propio potencial y de las necesidades reales. Del mismo modo, significa confiar en nosotros mismos para lograr objetivos a pesar de los factores limitantes o de las circunstancias externas surgidas en distintos contextos. Por el contrario, una baja autoestima, es un estado de desequilibrio que promueve y sostiene pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos autolimitantes, que afectan el funcionamiento del individuo, consigo mismo y con su entorno (De León, 2018).

De acuerdo con Miranda (2005), la importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y conductual, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida.

De forma particular, la autoestima es un factor clave en el envejecimiento, ya que en esta etapa de la vida se presentan cambios paulatinos en las habilidades físicas y cognoscitivas, además, existe mayor prevalencia de enfermedades que generan valoraciones positivas o negativas en el nivel de autoestima de las personas adultas mayores y por lo tanto terminan por impactar en su bienestar (De León, 2018).

Sin embargo, no se debe omitir que la persona adulta mayor antes de formar parte de este grupo etario ya ha transcurrido y formado parte de otros grupos etarios, de tal manera que los individuos que tienden a experimentar un descenso de su autoestima son aquellos viejos que a lo largo de la evolución de su vida han desarrollado un autoconcepto más vulnerable, el cual han apoyado únicamente en uno o dos dominios o ámbitos (posición social, aspecto físico, poder adquisitivo, etc.) y que al desaparecer o disminuir la ejecución o el control del sujeto sobre ellos, le llevan a padecer un drástico descenso de su autoestima (Salvareza, 1998).

Con base en lo anterior, cabe señalar que las personas adultas mayores que consideran tener una mejor autoestima son aquellas que realizan actividades físicas frecuentemente. En este sentido, se comprueba que la autoestima de las personas mayores no tiene porqué sufrir disminuciones con la edad sino que se pueden llevar a cabo estrategias como la ya mencionada o algunas otras como mantener la higiene personal la cual incluye el aseo diario del cuerpo y el cuidado de la imagen, lo cual igualmente favorece el nivel de autoestima, de ese modo la persona adulta mayor puede adaptarse de forma más satisfactoria y con éxito al proceso de envejecer (García et al., 2012; Pérez, 2005).

Tomando como base lo anteriormente señalado, cabe resaltar al constructo de autoeficacia, el cual se entiende como el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados. La importancia de la autoeficacia radica en que hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades para lograr los cursos de acción necesarios para alcanzar los resultados deseados y

determinaría la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta y cómo las personas recuperarán su estabilidad en la vida frente a situaciones adversas (Campos y Pérez, 2007).

Para Árraga y Sánchez (2006), la autoeficacia es llamada también eficacia personal percibida y hace referencia al sentimiento de adecuación, eficiencia y competencia que tienen las personas para afrontar los retos y amenazas que, inevitablemente, se presentan en su vida.

Todas las personas tienen creencias sobre su eficacia personal para realizar determinados comportamientos. Dichas percepciones del individuo tienen diversos efectos en el funcionamiento psicosocial, ya que influyen en el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar (González-Celis, 2015).

En este sentido Bandura (1977), menciona que existen tres dimensiones en las expectativas de autoeficacia: la magnitud (estimación personal que realiza un sujeto sobre cuál es el mejor rendimiento posible para él en ese momento y circunstancia), la fuerza (confianza que experimenta la persona en cuanto a poder alcanzar un rendimiento dado) y la generalidad (grado en que el individuo considera que dispone de los recursos precisos para poder solucionar cualquier situación, o sólo ante algunas circunstancias concretas y específicas).

Es decir, esta variable es un recurso capaz de mediar la percepción de control del individuo y sus sentimientos ante las pérdidas (Fortuna, 2016).

En donde una alta autoeficacia puede amortiguar declinaciones funcionales relacionadas con la edad y una autoeficacia baja generaría niveles disminuidos de funcionamiento cotidiano, debido a la no utilización efectiva de las propias habilidades por parte de las personas adultas mayores, aunque por el contrario, por ejemplo, las personas adultas mayores que tienen mayor sentido de la eficacia de la memoria ejercen un mayor esfuerzo cognoscitivo para ayudar a su recuperación y, en consecuencia, lograr una mejor memoria (González-Celis, 2015).

Con base en lo anterior, cabe señalar que se ha denotado que variables como la autoestima y la autoeficacia parecen afectar el bienestar (Torres Palma y Flores Galaz, 2018). Las creencias

culturales y las teorías implícitas sobre el envejecimiento pueden influir en la autoeficacia durante la vejez, desalentando o favoreciendo las expectativas, las metas y los resultados (Orozco-Campos y López-Hernández, 2016).

La persona puede comenzar a sentirse limitada en la participación con otros y a generar cambios en su forma de comportarse basándose en las creencias negativas impuestas por la sociedad; es decir, genera cambios en su autoconcepto y autoeficacia, por lo tanto en su autoestima, aumentando la probabilidad, por ejemplo, de la ocurrencia de depresión al presentarse una serie de factores de riesgo que precipitan su aparición como aislarse o ser aislados por los otros, abandonar las actividades que disfruta realizar pero que ya no cree ser capaz de realizarlas o considera que ya no son aptas para su edad. Por tanto, la persona adulta mayor se encuentra frente a la interrogante de que corresponde y que ya no corresponde a su edad por lo que comienza a desvalorizar su vida y su aportación a la vida de otros (Orozco-Campos y López-Hernández, 2016; Torres Palma y Flores Galaz, 2018).

Además, Orozco-Campos y López-Hernández (2016), consideran que las personas adultas mayores, al suponer que presentarán un rendimiento menor, crean estrategias de evitación, mismas que limitan de manera directa la autonomía y disminuyen la autoestima.

Aunque, por el contrario, las actitudes más favorables hacia el propio envejecimiento parecen ser particularmente relevantes para la salud, ya que se relacionan sistemáticamente con una mejoría en la salud, calificada por un profesional, tanto desde una perspectiva interpersonal como intrapersonal (Wettstein et al., 2020).

El impacto del nivel socioeconómico y escolaridad en el bienestar

Existe una heterogeneidad a la hora de envejecer en cuanto a condiciones de salud, económicas, culturales, políticas, sociales e individuales que impactan de forma diferente en las personas que envejecen (De los Santos y Carmona, 2018).

Por ejemplo, las mujeres sin educación formal son más propensas a procesos psicopatológicos, por ejemplo, depresión, posiblemente debido a una diversidad de expresiones de desigualdad reflejadas en la pobreza, en la falta de acceso al empleo, a los sistemas de salud y a la protección social, los cuales son factores que se encuentran intrínsecamente vinculados con la falta de educación. Las personas mayores que no tuvieron la oportunidad de acceder a la educación formal difícilmente tuvieron el acceso a trabajos formales con protección social, vivienda digna y/o servicios de salud adecuados, condiciones intrínsecamente ligadas con la pobreza (De los Santos y Carmona, 2018).

De forma semejante, se ha resaltado que las personas adultas mayores con menores ingresos son también las que menos buscan los servicios de salud, las que tienen menor adherencia al tratamiento y tienen menos acceso a la medicación, en comparación con las que se encuentran en mejores condiciones sociales. Además, la autoevaluación de la salud está fuertemente influenciada por los niveles de escolaridad de las personas mayores, mientras menos años de escolaridad presente el individuo, la autoevaluación será más negativa (Mantovani et al., 2015).

En México, llegar a ser una persona adulta mayor está altamente asociado con el deterioro económico porque el acceso al empleo es limitado, son quienes se encuentran también en un mayor riesgo de expulsión del mercado laboral, a través de la cesantía o de la jubilación obligatoria, por consiguiente, es más difícil encontrar un empleo, no sólo por su edad, sino también porque algunas personas mayores tienen menos educación que los más jóvenes. La situación es más precaria para trabajadores rurales, informales y los desempleados, pues tienen menos probabilidad de tener derecho a los beneficios de la Seguridad Social (Ham-Chande, 1996; Montes de Oca, 1996; Wong y Espinoza, 2002).

Además, en México se presenta el llamado rezago educativo; es decir, muchas personas adultas mayores no concluyeron la educación básica, lo cual termina por impactar en las

herramientas útiles para responder de manera activa y adaptarse mejor en la etapa de la vida adulta mayor (Bruno y Acevedo, 2016).

Esto refleja que el nivel educativo es un factor que contribuye a que las personas mayores tengan mayor o menor tolerancia a eventos estresantes de la vida. Así, también De los Santos y Carmona (2018) añaden que las personas mayores de 65 años con mayor nivel de escolaridad presentan una mejor condición de salud física, desarrollo de actividades de la vida diaria y autonomía.

Conjunto a lo anteriormente mencionado, es de relevancia resaltar a la llamada reserva cognitiva la cual surge como un concepto hipotético que ha sido propuesto para dar explicación a la relación, no siempre directa, entre un daño o trastorno cerebral y su manifestación clínica. En otras palabras, un determinado daño cerebral puede causar déficits cognitivos en una persona, pero no en otra (Samite, 2016).

Las actividades estimulantes cognitivamente (es decir, la superación personal e intelectual-cultural) pueden aumentar la reserva cognitiva, mientras que las actividades menos estimulantes cognitivas (es decir, domésticas) no lo hacen, lo cual como consecuencia deriva en diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la posibilidad de aumentar o disminuir la reserva cognitiva debido a que las mujeres se encuentran vinculadas a actividades, con mayor frecuencia, del dominio doméstico (Hassing, 2020).

En este sentido, es importante resaltar que una menor reserva cognitiva (educación, el nivel cognitivo del trabajo, actividades de ocio o estimulantes, hablar con regularidad diferentes idiomas, etc.) se relaciona significativamente con un menor bienestar (Ihle et al., 2020).

Sin embargo, se ha sugerido que la contribución de la educación a la reserva cognitiva se limita a su asociación con el nivel cognitivo premórbido y no involucra una asociación con trayectorias de envejecimiento cognitivo o condiciones neuropatológicas (Wilson et al., 2019).

Con base en lo hasta este momento mencionado, se reafirma que el envejecimiento y la vejez se encuentran sometidos bajo una perspectiva heterogénea a partir de las condiciones personales y en torno a los aspectos sociales.

El apoyo social como agente de cambio del bienestar

En las personas adultas mayores se restringe la participación social (Orozco-Campos y López-Hernández, 2016). Sin embargo, las redes sociales podrían tener un efecto positivo en la salud mental de las personas adultas mayores y en el estado de salud general (Rivera Navarro et al., 2015).

Se ha señalado que las redes sociales son diferenciales entre hombres y mujeres y que sufren modificaciones en el curso de la vida de los individuos. Entre las redes de apoyo se distinguen: las redes familiares de apoyo; las redes de no familiares (amigos, vecinos, ex compañeros de trabajo, amigos de amigos, conocidos, entre otros); las redes comunitarias; y las redes promovidas por instancias gubernamentales (Montes de Oca y Macedo, 2015).

Con respecto a las redes comunitarias, cabe resaltar que son movimientos sociales personificados en redes comunitarias que dan solución a demandas sociales específicas. Además, en ausencia de familiares cercanos o de sólidas amistades, las personas mayores suelen apoyarse en aquellos vecinos con los cuales se comparte una relación más estrecha, donde entre muchos más beneficios, se busca el auxilio en el supuesto de que se presentara alguna situación indeseada. En el caso de México, existen organizaciones políticas de personas adultas mayores cuya población mayoritaria son los varones, mientras que en organizaciones dedicadas al trabajo comunitario, promoción de la salud y actividades recreativas, la participación de las mujeres en edad avanzada sobresale (Freire, 2010; Montes de Oca y Macedo, 2015).

Con respecto a lo anterior, se debe disponer de buenas relaciones de familia y amigos o conocidos, ya que mejoran la calidad de vida y aumentan la satisfacción de la misma, favoreciendo

que las personas adultas mayores posean niveles más altos de participación, integración y apoyo (Orozco-Campos y López-Hernández, 2016).

Dichos beneficios pueden darse a partir del surgimiento del apoyo cognitivo (intercambiar experiencias, transmitir información y dar consejos); del apoyo afectivo (recibir afecto, empatía, amor y brindar oportunidades de expresar emociones); y a través del apoyo o ayuda instrumental (proporcionar bienes y servicios que facilitan la solución de problemas prácticos) (Barros y Muñoz, 2003).

En este sentido, el apoyo social podría contribuir a anular diversos estereotipos en torno a la vejez, por ejemplo, el uso de la tecnología se ve lejano a este grupo etario; sin embargo, se ha resaltado que la provisión de apoyo es un mecanismo que explica los efectos positivos de los contextos sociales en el uso de la tecnología por parte de las personas adultas mayores, en este sentido, las personas adultas mayores deciden si hacer uso de esos recursos, lo que también depende de las necesidades y los recursos personales (Kamin et al., 2020).

De forma semejante, cabe señalar que la cantidad de fuentes de apoyo no está relacionada con los indicadores de bienestar. Lo relevante es la percepción que tiene el individuo sobre el apoyo y no el número de fuentes que le dispensan ese apoyo (Marrero y Carballeira, 2010). En este sentido, es importante aclarar que el sentimiento de soledad surge, no como consecuencia de la carencia de relaciones sociales, sino cuando el individuo percibe que dichas relaciones no se adecuan a sus necesidades (Freire et al., 2010).

Contrariamente, las personas adultas mayores que poseen escasa red de apoyo familiar y social, así como poco interés en la realización de actividades que involucren estrategias de socialización tienden a presentar, por ejemplo, más síntomas depresivos que quienes cuentan con una adecuada red de apoyo. Esto podría deberse a que se reduce la posibilidad de responder eficazmente ante el medio y su relación con los demás, perpetuándose así el autoaislamiento, la sensación de soledad y la baja autoestima (Segura-Cardona et al., 2015).

Además, los resultados de diversos estudios señalan que la depresión también se encuentra ligada al estado civil particularmente a las circunstancias que rodean a la viudez. La separación de un ser querido incrementa la sensación de soledad, aislamiento, abandono, frustración, descuido personal e incluso agudización de enfermedades crónicas y discapacitantes. Las mujeres afrontan la viudez con mayores recursos sociales que los hombres, debido a que presentan mayores relaciones significativas, las cuales les permiten adaptarse a su nueva situación de vida. Pero, las implicaciones financieras que surgen con la viudez suponen un desafío para su estabilidad económica al reducirse el ingreso conyugal (De los Santos y Carmona, 2018).

Del mismo modo, las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte del cónyuge o de los amigos van acompañadas de una gran tensión emocional y de un sentimiento de soledad (Pérez, 2005).

Otra de las modificaciones en la vida del adulto mayor que puede influir en la red social puede ser la jubilación donde dicha red social puede modificarse al perder contacto con aquellos con los que laboraba. Pero también, su red social podría verse modificada a través de que los hijos se van de casa, dando origen al denominado síndrome del nido vacío, que describe la sensación de desamparo que padecen los padres ante la ida de sus hijos del hogar familiar. La vivencia suele describirse como de tristeza frente a la pérdida, no solo de la cercanía de los hijos, sino de un rol social asociado a su identidad (Iacub y Sabatini, 2013).

Sin embargo, de acuerdo con Montes de Oca y Hebrero (2006) la etapa del nido vacío es relativamente corta en México, ya que pueden ocurrir diversas circunstancias, por ejemplo, que los hijos regresen a casa de sus padres o que las personas adultas mayores opten por irse a vivir con su descendencia.

En este sentido, la relación entre la persona adulta mayor, sus hijos y nietos pasan por dos etapas diferentes: una primera, cuando la persona mayor es independiente y no tiene problemas de salud, se dedica a ayudar a los hijos, realiza tareas domésticas y se encarga del cuidado de los nietos.

En el momento en que aparecen problemas de salud y de dependencia, se inicia la segunda etapa y se produce un cambio en las relaciones ya que la persona adulta mayor pasa de proporcionar ayuda a recibirla, de cuidar a ser cuidado (Pérez, 2005).

De tal manera que, en conjunto a lo anteriormente señalado, cabe resaltar al modelo propuesto por Berkman (2000) basado en cómo las redes sociales afectan la salud y al respecto menciona el papel de factores externos e internos. Entre los factores externos se encuentran condiciones macroestructurales como la cultura, la economía, la demografía y los cambios sociales. A nivel *mezzo* se ubican las redes sociales, donde están los elementos de estructura y activación que hacen variable el funcionamiento de las redes sociales. En el nivel microestructural ubica los mecanismos conductuales en los cuales se encuentran los tipos de apoyo social, el acceso a recursos y bienes materiales; el compromiso y la influencia social. Finalmente, identifica una dimensión denotada como trayectoria la cual integra características fisiobiológicas, patrones de salud conductual y trayectorias psicosociales.

En general, se denota la importancia del contacto social y el mantenimiento de las relaciones interpersonales en las personas adultas mayores ya que existe un creciente reconocimiento de que la salud psicológica, y en cierta medida la salud física, dependen al menos en algún grado de sentirse integrado a una comunidad (Ranzijn, 2002).

Además, se podría resaltar que las redes de apoyo son una fuente de bienestar ya que satisfacen necesidades psicológicas básicas como afecto y relaciones sociales, necesidades determinantes para la presencia de bienestar, aunque en la vejez se presenta una disminución de los roles sociales, por lo que se espera un impacto en el bienestar de este grupo etario (De León, 2018).

A pesar de ello, existe consenso en que el apoyo social genera grandes beneficios en la salud a cualquier edad y sus efectos positivos se reflejan a nivel individual y social. Es decir, los apoyos sociales (dinero, cuidado, información y afecto) son un determinante social para el bienestar de la población adulta mayor (Montes de Oca y Macedo, 2015).

La red de apoyo social genera, además, oportunidades de aprendizaje, convivencia con otros, ayuda mutua, intercambio de afecto y una autopercepción positiva de sí mismo, que proporciona herramientas para enfrentar las dificultades que puedan surgir en esta etapa del ciclo vital (Saavedra y Varas, 2017).

De tal modo que, el apoyo social es importante porque es un recurso que fortalece la capacidad de la persona adulta mayor en: a) hacer frente en forma más efectiva a las demandas de la vida diaria; b) sobrepasar o contrarrestar sus dificultades y limitaciones; y c) sobrellevar mejor el dolor y las pérdidas (Barros y Muñoz, 2003).

Capítulo 4. Calidad de vida

Definición de calidad de vida

Desde sus inicios, este concepto se ha estado vinculado a otras variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, esto ha posibilitado que aún muchos investigadores no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera indistinta (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Por su parte, Meeberg (1993) sintetiza elementos de una revisión de la literatura y enumera cuatro atributos críticos para diferenciar el constructo de calidad de vida de otros conceptos: (a) sentimiento de satisfacción con la vida en general, (b) capacidad mental para evaluar la vida propia como satisfactoria o no, (c) un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por los sujetos y (d) una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida.

Fernández-Ballesteros (1998) resalta, además, que la literatura sobre calidad de vida concuerda fundamentalmente en que el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y que el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida.

De tal modo que el análisis de la calidad de vida de las personas depende de la etapa del ciclo de vida, ya que cada etapa tiene requisitos y características específicas, por lo que se podría afirmar que el entorno influye en la calidad de vida de las personas (Estrada, 2018).

Es decir que, la calidad de vida se entiende como el conjunto de condiciones imprescindibles que facilitan el desarrollo psicobiológico y social, determinadas para cada lugar y época, donde se resalta el grado de satisfacción personal con las condiciones de vida que ha alcanzado cada individuo (Buendía, 1997).

Así mismo, Giusti (1991) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

De tal modo que la satisfacción de las necesidades condiciona la calidad de vida y donde la salud física, el estado psicológico de las personas, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con las características más destacadas de su entorno, igualmente la impactan (WHOQOL Group,1995,1998).

Específicamente en las personas adultas mayores, la importancia de la calidad de vida se debe ajustar a la esperanza de vida, de lo contrario aumentará la expectativa de incapacidad. Es necesario generar una mejor calidad de vida en la persona adulta mayor para incrementar el estado de comodidad en el aspecto social, para así poder mejorar el estado de salud física y psicológica. Por lo que una persona adulta mayor que alcance cada vez más participación, expresión, relación, paz, dignidad y amor logrará una mayor calidad de vida (Schwartzmann, 2003).

Del mismo modo, la calidad de vida en personas adultas mayores está definida por la salud de acuerdo con el diagnóstico médico y la capacidad funcional del individuo para realizar de forma autónoma sus actividades de la vida diaria; así como está definida por el acceso a un servicio médico; condiciones adecuadas de vivienda, estabilidad económica y tener apoyo social (familia, amigos, instituciones, compañeros de una comunidad) (Estrada, 2018).

En este sentido, la soledad y la depresión son los principales motivos por los cuales las personas adultas mayores descuidan su calidad de vida (Aponte, 2015).

Dicha afirmación es semejante a lo reportado por Hussenoeder et al. (2020) quienes mencionan que las personas adultas mayores diagnosticadas con depresión exhiben una menor calidad de vida, así como que esta puede mejorar después de la remisión de la depresión. Del mismo modo, observaron que el número de enfermedades crónicas, las habilidades de la vida diaria y el estado cognitivo tuvieron un impacto significativo en la calidad de vida. Así mismo, las personas diagnosticadas con depresión mostraron una calidad de vida reducida con respecto a las relaciones sociales lo cual coincide con la observación de que la depresión está relacionada con el aislamiento social.

Con base en lo anterior, es importante resaltar que dichos factores se deben tener en cuenta al intervenir en la mejora de la calidad de vida en la vejez, así como se debe considerar que no todas las dimensiones de la calidad de vida se ven afectadas de la misma manera.

Así mismo, se debe poner énfasis en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas e incapacitantes en las personas adultas mayores ya que de ese modo se contribuye a mejorar su calidad de vida y a disminuir su dependencia (Gutiérrez, 1999).

Es decir, las enfermedades crónicas tienen fuertes implicaciones no sólo en la mortalidad, sino también inducen a la incapacidad, disminuyendo así la calidad de vida (Inverno, 2012).

En este sentido, no se debe olvidar que tener salud es mucho más que velar por el acceso a los servicios médicos y que el papel de un sistema de salud no es sólo atender la enfermedad, sino generar estrategias para obtener una mejor calidad de vida (Instituto de Geriátrica, 2010).

Finalmente, no se debe anular que un aumento en la esperanza de vida no impacta de forma directa en la calidad de vida; es decir, no todas las personas longevas tienen una calidad de vida adecuada, por lo que la intervención en este campo de acción resulta de gran relevancia (Inverno, 2012).

Dimensiones de la calidad de vida

Una de las primeras interrogantes que surge en la evaluación genérica de la calidad de vida es si los cuestionarios desarrollados para población adulta joven se pueden utilizar igualmente en la población de personas adultas mayores. Una segunda cuestión es si hay áreas específicas de la calidad de vida que puedan ser más importantes para estos últimos, y que por lo tanto puedan adicionarse a un cuestionario genérico de calidad de vida. Por ello, en el año 2000 se tomó la iniciativa de desarrollar a escala internacional un módulo específico para evaluar la calidad de vida en personas adultas mayores (Proyecto WHOQOL-OLD). El desarrollo de dicho módulo se llevó a cabo a partir del cuestionario WHOQOL-100 por considerarse como la mejor medida genérica de calidad de vida existente en ese momento, lo que lo hacía ideal para adaptarlo a las personas

mayores. En México no se habían evaluado sus propiedades psicométricas, es por ello que se estudiaron las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD, en versión en español, en personas adultas mayores del sur del estado de Sonora (México) (Acosta et al., 2013).

Acosta et al. (2013) mencionan que dentro del constructo de calidad de vida, se pueden distinguir 6 dimensiones: capacidad sensorial; autonomía; actividades pasadas, presentes y futuras; participación/aislamiento; intimidad; y muerte-agonía.

En cuanto a la dimensión de capacidad sensorial, se describe la forma en cómo los problemas relacionados con los sentidos de los individuos afectan la vida diaria de las personas adultas mayores. Específicamente, se ha denotado al Síndrome de Privación Sensorial en personas adultas mayores el cual es una afección total o parcial de la función visual, auditiva, gustativa u olfativa, que además de limitar uno o más sentidos, genera disfunción en la esfera biológica, psicológica y social, con repercusión directa en la independencia y la calidad de vida (Acosta et al., 2013; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013; Salcedo, 2018).

Dada la multimorbilidad en las personas adultas mayores, aunado a la polifarmacia y a los problemas psicosociales, el Síndrome de Privación Sensorial es subestimado, aunque, la mayoría de las ocasiones dichos déficits sensoriales se correlacionan directa e indirectamente con otros síndromes geriátricos y/o forman parte de los mismos, por lo que la identificación del trastorno se hace complejo, favoreciendo un subdiagnóstico y por lo tanto, un retraso en el tratamiento, afectando la integridad del paciente y condicionando diferentes grados de dependencia funcional (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).

En este sentido, tal como lo mencionan Formiga et al. (2006) se deben intensificar las acciones preventivas y vinculadas al tratamiento de estas pérdidas sensoriales ya que de ese modo se preserva la capacidad funcional en la persona adulta mayor y su calidad de vida.

Por su parte, la dimensión denominada autonomía, resalta la libertad que tiene la persona adulta mayor para tomar sus propias decisiones. Por el contrario, la dependencia es la pérdida de la

autonomía y deja el cuidado propio a otras personas o instituciones. Las personas adultas mayores se enfrentan a la multimorbilidad; a la cronicidad de las enfermedades; a la discapacidad temporal y permanente; a la fragilidad; y a la pérdida de las capacidades funcionales físicas y psicológicas. Todas ellas vinculadas, de menor a mayor medida, a la dependencia (Acosta et al., 2013; Salcedo, 2018).

En este sentido, la autonomía describe desde una perspectiva multifactorial a la salud del adulto mayor ya que no sólo profundiza en los cambios en el aspecto físico ocasionados por una determinada enfermedad, sino que también denota cambios a nivel psicológico, económico y social. Es por eso que a partir de denotar la autonomía de una persona adulta mayor se podrá observar la calidad de vida de los individuos (Ramos, 2001).

Con frecuencia para determinar la autonomía de las personas adultas mayores se utiliza la valoración funcional la cual denota la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente. Dichas actividades se pueden dividir en básicas, las cuales no están influidas por factores culturales ni por el sexo y están relacionadas con el autocuidado (comer, contener esfínteres, asearse, vestirse, caminar, entre otras); instrumentales, las cuales permiten establecer una relación con el entorno (capacidad para hacer compras, cocinar, realizar la limpieza doméstica, manejo de las finanzas, entre otras); y avanzadas, que denotan funciones más complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajo y uso del transporte (D'Hyver de las Deses, 2017; Trigás-Ferrín et al., 2011).

Continuando con la siguiente dimensión denominada actividades pasadas, presentes y futuras, cabe resaltar que se explora el grado de reconocimiento que siente el individuo que ha recibido en la vida y que concuerda o no con aquello que merece recibir (Acosta et al., 2013).

Por su parte, la dimensión nombrada participación/ aislamiento, resalta su nivel de satisfacción con su nivel de actividad. Además, se relaciona con la construcción de un apoyo social, el cual es el conjunto de ayudas emocionales, económicas y herramientas proporcionadas al adulto mayor por parte de otras personas para su beneficio (Acosta et al., 2013; Salcedo, 2018).

Específicamente, la participación en organizaciones comunitarias, le permiten al adulto mayor usar y aprovechar adecuadamente su tiempo libre, lo que contribuye al mismo tiempo a potenciar su calidad de vida. Además, la actividad comunitaria resulta un eje importante en la determinación de los roles que la persona adulta mayor puede desempeñar, permitiéndole contactarse con sus pares y compartir, al mismo tiempo que desarrollar, sus propias potencialidades a partir de este importante contacto (Acosta et al., 2013; Salcedo, 2018).

Debido a lo anteriormente mencionado, cabe señalar la relevancia de la participación del adulto mayor dentro de su ámbito familiar y social ya que de forma consecuente se fortalecerán sus redes de apoyo social las cuales de acuerdo con Figueroa et al. (2016) se vinculan con un mayor nivel de calidad de vida y un mayor goce de la salud, siempre que las actividades en las que colabore la persona adulta mayor sean significativas para ella y el apoyo social brindado sea deseado, necesario y solicitado por la persona adulta mayor.

Por otro lado, la dimensión denominada intimidad, busca conocer en qué medida la persona adulta mayor tiene oportunidades para amar (Acosta et al., 2013).

Sanabria (2016) menciona que la satisfacción con el matrimonio alcanza su menor nivel en la mediana edad para luego aumentar después en la vejez, en donde la satisfacción marital se percibe con mayor intensidad que en otros grupos de edad. En una visión general, la percepción del matrimonio en los últimos años es positiva, aunque se vea afectada en cierta medida en función del tiempo con problemas de salud lo cual implica directamente la posibilidad de muerte de uno de los cónyuges.

Además, tanto hombres como mujeres experimentan cambios morfofuncionales a nivel endócrino, metabólico y morfológico, los cuales en sí mismos no justifican una brusca interrupción de la actividad sexual, sino que la adaptación a estos cambios puede traducirse en un enriquecimiento de la vivencia sexual de la pareja. Bajo esta óptica, se da importancia al interés y deseo de tener cercanía con el ser querido donde importa ser abrazados, acariciados, sentir el placer del contacto corporal y la resolución de la actividad sexual (Acosta et al., 2013; Sanabria, 2016).

Es decir, no se puede anular a la sexualidad como un elemento que contribuye a la calidad de vida de un individuo ya que es un aspecto inherente al ser humano, presente a lo largo de la vida y de forma paralela en el aspecto biológico, psicológico y social. En este sentido, es importante considerar que la sexualidad es igual de importante en la vejez que en otras etapas del ciclo vital (Quevedo, 2013).

Finalmente, la última dimensión nombrada muerte y agonía, explora en qué grado la persona adulta mayor está asustada de morir. Para las personas adultas mayores la muerte es una realidad cercana, pues en muchos casos las personas cercanas en su vida (amigos, familiares, pareja) ya han muerto o están afectadas por enfermedades degenerativas, lo que da lugar a que se establezca un proceso de vivencia y asimilación de la muerte (Acosta et al., 2013; Sanabria, 2016).

Comúnmente se concibe a la muerte como un estímulo aversivo contra la propia supervivencia, por lo tanto, genera temor, también produce ansiedad y preocupación; estas disposiciones pueden ser adaptativas dentro de un rango normal y motivan a la persona a tener conductas como la evitación de la muerte, aceptar la muerte como parte integral de la vida, además se puede concebir la creencia de una vida feliz después de la muerte y verla como alternativa frente a una vida dolorosa (Gala et al. 2002). La creencia en la existencia de Dios y la creencia en la vida después de la muerte, pueden generar en las personas la aceptación de la misma como parte de la vida (Uribe et al., 2007).

Por otro lado, en cuanto a la relación de lo denotado anteriormente con la calidad de vida cabe señalar que, de acuerdo con el contexto social y experiencia de vida del adulto mayor, la muerte de otras personas se traduce en una nueva experiencia sobre el fin de la vida del adulto mayor y esta nueva experiencia conlleva a la aplicación de cambios en el estilo de vida que favorecen la calidad de vida del adulto mayor. Sin embargo, si el entorno en el que se encuentra la persona adulta mayor es inseguro, puede presentar miedo a su propio proceso de morir vinculado a la incertidumbre del lugar en el que va a morir (Duran-Badillo et al., 2020).

Es por eso que, con base en los aspectos antes señalados se afirma la importancia de considerar el miedo a morir en la persona adulta mayor como parte de la calidad de vida en la vejez.

Tipo de envejecimiento desde la calidad de vida

Envejecimiento saludable

La literatura geriátrica americana utiliza dos términos que, en cierta manera, vienen a expresar otras formas de envejecer. Así habla de *usual aging* como expresión de lo que supone la normalidad estadística y de *successful aging* cuando quiere referirse a aquel grupo de individuos que ha logrado llegar a edades avanzadas en un envidiable estado de salud o, dicho de otra forma, que ha sido capaz de lograr un envejecimiento satisfactorio. Habría en ellos una historia pobre en cuanto a patología y habrían llevado a cabo un tipo de vida saludable, así como poco contaminada por factores ambientales adversos (Ribera, 2009).

Por su parte, Sánchez y Árraga (2007) consideran que la vejez satisfactoria o con éxito, es aquella que ocurre con una baja probabilidad de enfermar y discapacidad asociada; un alto funcionamiento cognitivo, físico y funcional; y un alto compromiso con la vida y la sociedad.

Es decir, que se denomina envejecimiento eugérico (*successful aging*) a aquel que supuestamente se produce en las mejores condiciones posibles, sin historia clínica previa significativa, sin factores de riesgo importantes y con un desgaste fisiológico mínimo. Suponiendo que se cumplieran estos supuestos se podría aspirar a aproximarse a una esperanza de vida máxima (Ribera et al., 2006).

Sin embargo, el concepto de envejecimiento exitoso no pone suficiente atención a las restricciones que pueden limitar las elecciones de estilos de vida diferentes (Papalia et al., 2009).

Además, el enfoque del envejecimiento exitoso ha sido criticado por ser idealista, por responsabilizar al individuo de no lograr un envejecimiento exitoso y por pretender homogeneizar a todas las personas adultas mayores sin tomar en cuenta los factores culturales, sociales,

económicos, políticos y aquellos relacionados con la historia de vida de cada persona (Mendoza y Martínez, 2015).

Por lo tanto, con base en dicha limitante y teniendo como objetivo que la esperanza de vida sea de calidad, surge el concepto de envejecimiento saludable el cual denota específicamente el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional la cual se compone de la capacidad intrínseca de la persona (capacidades físicas y mentales); las características del entorno que afectan esa capacidad; y las interacciones entre la persona y esas características. De tal modo que el envejecimiento saludable comienza desde que nacemos a través de la expresión génica, de las características personales como el sexo y la etnia; posteriormente, a lo largo de la vida se denota el papel activo del nivel educativo, de la ocupación, de la economía y de una serie de influencias positivas o negativas del entorno que pueden influir en el desarrollo de otras características de la salud. Esta combinación final entre la persona y su entorno, así como la interacción entre ellos es el eje más relevante por considerar dentro del envejecimiento saludable (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Tanto el envejecimiento exitoso como el envejecimiento saludable ha sido asociado a su vez a lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) denomina envejecimiento activo, el cual lo define como *“el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”* (p. 5).

El término activo se refiere a la participación continua de las personas adultas mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente activo o de trabajar el mayor número de años posible (Mendoza y Martínez, 2015).

El envejecimiento activo, lleva a considerar a la etapa de la vejez como una etapa del ciclo vital con igual importancia que el resto o incluso mayor, esta visión es fundamental para concebir tanto las intervenciones como los recursos que se pongan a disposición de las personas mayores. Cualquier práctica que se realice bajo el término de envejecimiento activo promulga una vejez

basada en la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores, en la importancia de seguir aprendiendo y en forjar sus conocimientos para adecuarse a los nuevos retos que la sociedad del conocimiento va estableciendo y, sobre todo, en la importancia de dejar atrás la imagen pasiva de este importante sector social, así como cambiar los estereotipos y las creencias ligadas a una concepción reduccionista de las personas adultas mayores (Moreno-Crespo et al., 2018; Tamer, 2008).

Para el envejecimiento activo es prioritario reconocer las diferentes capacidades de las personas sin importar la edad donde las competencias adquiridas empíricamente no limitan la capacidad de aprendizaje de nuevos conocimientos, excepto aquellos casos que son resultado de algunas patologías, razón por la cual no se debe anular la individualización de las personas adultas mayores y la construcción de estrategias específicas para cada uno de los individuos (García y Flores, 2017).

Es decir, el envejecimiento activo sustituye el planteamiento basado en las necesidades que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos por otro donde se reconocen los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida (Agudo, 2008).

El objetivo sería alcanzar la vejez con un buen nivel cognitivo; con una gran adaptación a los cambios asociados con la edad, incluyendo alguna enfermedad o grado de discapacidad física; así como con un nivel de socialización significativo; y con una gran satisfacción de la vida (Allevato y Gaviria, 2008).

Pero para lograr dichos objetivos se requerirá empoderar al adulto mayor.

La palabra *empoderamiento* es una traducción del inglés *empowerment*. La palabra inglesa viene del verbo *to empower* que significa autorizar, habilitar, facultar (Smith et al., 1988).

A través del empoderamiento, se incluye a las personas en el proceso de toma de decisiones del que es excluida sin que el aumento de poder de una persona disminuya el de otra. Por tanto,

cuestiona las estructuras sociales, económicas y políticas que crean y sostienen las desigualdades sociales y de poder (Rodríguez, 2009).

Específicamente, para los objetivos que hasta este momento se han abordado, cabe señalar que el empoderamiento está basado en una fuerza alternativa regulatoria contra los mitos más populares de las personas adultas mayores. El empoderamiento es un proceso que implica la revisión y problematización de ciertos códigos culturales, produciendo cambios de orden ideológico y social, posibilitando así el fortalecimiento del autoconcepto de la persona involucrada en la reconstrucción de identidades, además, tiene la finalidad de incrementar la autonomía, posibilitando el mayor ejercicio de los roles, derechos y deberes (Orozco-Campos y López-Hernández, 2016).

Es decir, el empoderamiento implica un proceso de reconstrucción de las identidades, que supone la atribución de un poder, de una sensación de mayor capacidad y competencia para promover cambios en lo personal y en lo social (Iacub y Arias, 2010).

Para lograr un empoderamiento saludable y positivo, se requiere de la participación de dos elementos: participación comunitaria junto a la creación y mantenimiento de las redes sociales de la persona adulta mayor (Orozco-Campos y López-Hernández, 2016).

Es decir, la formación de redes sociales, la participación en organizaciones y la integración comunitaria tienen estrecha relación con procesos de empoderamiento en adultos mayores ya que la participación organizada aumenta las posibilidades de resolver los problemas que los involucran, de tomar decisiones y de mejorar sus condiciones de vida (Iacub y Arias, 2010).

En este sentido, es relevante mencionar que la participación en diversas actividades recreativas libera, al adulto mayor, de la rutina, inactividad y sedentarismo; de tensiones como el estrés, la ansiedad y el aburrimiento; y en algunos casos de la depresión. Además, estas actividades facilitan la interacción con otras personas rompiendo el aislamiento y la soledad; ayudan a retardar el proceso de envejecimiento e inclusive de algunas enfermedades relacionadas con la inactividad (Murillo, 2003).

Por otro lado, la recreación en la vejez brinda la oportunidad de retomar, iniciar, profundizar o descubrir intereses, deseos y necesidades que pueden convertirse en un nuevo motor y organizador de la vida cotidiana, ayudando a atravesar un envejecimiento saludable (Sánchez y Árraga, 2007).

Del mismo modo, reconocer los conocimientos básicos relativos a las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales del envejecimiento es indispensable para lograr empoderar al adulto mayor para su beneficio ya que cuanto más reflexionen sobre estos factores serán más conscientes y estarán más dispuestos a generar intervenciones que impacten en la realidad (Freire, 1970; Mendoza y Martínez, 2015).

En este sentido, además del esfuerzo individual, es necesario que la sociedad estimule a las personas adultas mayores para que disfruten de un envejecimiento saludable. La longevidad con calidad de vida requiere la eliminación de toda forma de violencia y de discriminación contra las personas adultas mayores; la promoción y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo; el reconocimiento del desarrollo social de la interdependencia, la solidaridad y la reciprocidad entre las generaciones (Tamer, 2008).

Finalmente, se recomienda fortalecer acciones concretas para que las personas adultas mayores se mantengan activas, procuren un funcionamiento cognoscitivo óptimo y se comprometan con otros, fomentando actividades de participación real donde las personas además de llevar a cabo actividades recreativas para liberar el sedentarismo y el aburrimiento, desempeñen roles donde se sientan capaces y productivos, lo cual generará sentimientos de satisfacción, promoviendo el desarrollo y la calidad de vida (Sánchez y Árraga, 2007).

Envejecimiento patológico

La ocurrencia del envejecimiento patológico se atribuye a causas originadas por enfermedades agudas y/o crónicas, factores ambientales, hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo

y consumo de sustancias ilícitas), presencia de tumores, traumatismos físicos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos. Implican una necesidad posterior de adaptación, se superponen a los cambios fisiológicos y condicionan en cierta medida la forma de envejecer del individuo (Caballero, 2010; Ribera, 2009).

Por tanto, cuando se dan situaciones especiales o adversas que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica, el proceso de envejecimiento fisiológico natural se transformará en patológico. Por ejemplo, la falta de facilitación perceptiva para los estímulos atendidos en personas adultas mayores con deterioro cognitivo podría ser un marcador del envejecimiento patológico. También, la dimensión temporal de la memoria se reduce notoriamente durante el envejecimiento normal, pero muy especialmente durante el envejecimiento patológico (Ballesteros, 2009; Caballero, 2010; Ardila, 2012).

Además de las numerosas patologías que pueden en un momento dado concurrir en una persona adulta mayor, el estilo de vida tiene un papel preponderante para determinar la evolución del estado funcional a través de la vida y, fundamentalmente, en función de factores como la dieta ya que el suficiente aporte nutricional es indispensable para el funcionamiento corporal, así como en torno a la actividad física por su impacto en la prevención de enfermedades crónicas y su efecto en el estado cognitivo, así como psicológico. De tal modo que estos dos factores deben ser considerados como cruciales en los programas de prevención. En este sentido, cabe denotar que el marco de referencia para la prevención de la incapacidad se asemeja al de la prevención de la enfermedad, el objetivo es identificar precozmente factores de riesgo o señales oportunas del deterioro antes de que ocurra o sea irreversible (D'Hyver de las Deses, 2017; Gutiérrez, 1999; Rico-Rosillo et al., 2018).

En general, las áreas a considerar en la prevención de la incapacidad y de la enfermedad en la persona adulta mayor son las referentes a la valoración clínica (antecedentes personales; historia farmacológica; historia nutricional; pruebas de laboratorio y gabinete; exploración física; revisión de

aparatos y sistemas biológicos), a la valoración funcional (capacidad para realizar actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas; desempeño físico; marcha y equilibrio), a la valoración nutricional y a la valoración de la salud mental (área cognitiva, afectiva y social). A partir de dichas evaluaciones se pueden generar estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores a través de una intervención multidisciplinaria con la finalidad de obtener mejores resultados (D'Hyver de las Deses, 2017).

De lo contrario, se hará presente la fragilidad del individuo enfermo en edad avanzada la cual surge de la interrelación de factores tanto de salud física como inherentes a su situación social y a su estado mental. La fragilización se gesta a lo largo de varios decenios y condiciona habitualmente al deterioro funcional cuya consecuencia principal es la dependencia que se da paulatinamente en varios niveles: desde la económica, la afectiva y, eventualmente, la física, que puede llegar a ser tan importante que comprometa el desempeño aún de las más elementales actividades de la vida cotidiana. Es claro que el detrimento de la capacidad funcional y la consiguiente dependencia conducen a un deterioro de la calidad de vida en las personas adultas mayores (Gutiérrez, 1999).

Es decir, la persona mayor independiente es aquella capaz de solucionar las dificultades que le presentan las actividades de la vida cotidiana. La persona mayor dependiente es aquella que no es capaz de solucionarlas (Pérez, 2005).

Por tal motivo, se reitera la necesidad de realizar procesos de orientación que intervengan de forma directa en los factores sociales, psicológicos, biológicos y en la calidad de vida de la persona adulta mayor, para así establecer prioridades de atención y proponer acciones que ayuden a mejorar sus condiciones de vida. Es decir, se debe facilitar el conocimiento, de la persona adulta mayor, sobre sus contextos, tanto naturales como socioculturales, para que identifique con qué, de lo que tiene a su alrededor puede contar; además, se debe fortalecer el autoconocimiento, con el fin de que desarrolle sus potencialidades, tome mejores decisiones, planifique sus proyectos de vida,

clarifique su sentido de vida en las distintas situaciones vitales, fortalezca su resiliencia para enfrentar y superar adversidades (Artavia y Fallas, 2012).

Específicamente, de acuerdo con el Instituto Nacional de Geriátrica (2016), en México son cuatro los principales retos identificados en el ámbito de la salud para lograr un envejecimiento saludable: mitigar el impacto de la carga de la enfermedad crónica; prevenir y detectar oportunamente la fragilidad; prevenir la dependencia y desarrollar un contexto habilitador.

En general, se puede afirmar que la prevención de enfermedades y factores de riesgo en personas adultas mayores es esencial para generar un envejecimiento saludable en contraposición a la presencia de un envejecimiento patológico que puede desencadenar principalmente en dependencia, fragilidad y deterioro en la capacidad funcional.

Capítulo 5. Trabajo grupal con personas adultas mayores

Definición de grupo

El término francés *groupe* (grupo) proviene del italiano *gruppo* o *gruppo* (nudo), derivado del gótico *krupps* (bulto, masa redondeada). Designa, en las bellas artes, a varios individuos pintados o esculpidos, que componen un tema. Sólo hacia mediados del siglo XVIII, el término grupo se designa, en Francia, a una reunión de personas (Díaz, 2000).

De acuerdo con Pichon-Rivière (1983), un grupo es aquel conjunto de personas, en un determinado tiempo y espacio, las cuales se proponen de manera implícita o explícita una tarea que constituye una finalidad.

Para Grinberg et al. (1957) el grupo es una zona intermedia entre la realidad interna y la vida exterior.

Slavson (1953) menciona que un grupo es la reunión voluntaria de tres o más personas, en una relación libre, cara a cara, sujeta a un liderazgo, con una meta común y que, de acuerdo con ella, genera una relación dinámica recíproca entre sus miembros, de la cual puede resultar el desarrollo de la personalidad.

Lo que define a un grupo no es la simple proximidad o semejanza de los miembros, sino su interdependencia. En este sentido constituye un organismo, no un conglomerado o colección de individuos. Proximidad, semejanza e interrelación sólo adquieren sentido colectivo en el interior de una estructura que rige el juego de las interacciones e implica una meta, un marco de referencia y una vivencia común. De la misma manera, el sujeto responde de acuerdo con las características del interlocutor y con las propiedades de los grupos a los que pertenece, donde incluso los miembros de un mismo grupo pueden internalizar normas y códigos grupales relativamente distintos, a pesar de que el ámbito de donde proceden las reglas sea el mismo (Díaz, 2000).

Para Díaz (2000), los grupos son subsociedades en las cuales tiene lugar la interacción social. Visualiza al grupo ya sea como un respaldo social contra el cual se apoya el individuo, o bien como

un sistema de interacción compleja o red de comunicación. En este sentido, considera que el individuo recibe de los grupos aceptación, socialización, identificación, afirmación y seguridad. De forma general, los grupos pueden estar centrados en un tema (por ejemplo, conflictos de los padres con los hijos); en una crisis (duelos recientes, etapas transicionales de la vida); o en una sintomatología.

Tomando lo anterior de base, se puede decir que el trabajo grupal desde una perspectiva psicológica ofrece ayuda para la resolución de los conflictos del individuo y, como consecuencia, el incremento de sus recursos para el logro de una adaptación más sana a la sociedad. Por lo que en este sentido, el trabajo grupal se entiende como la reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se influyen unos a otros, cuyo objetivo es lograr ciertas metas comunes en un espacio emocional en el que todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta con base en una serie de normas que han propuesto y aceptado (Vázquez, et al.2015).

En relación con lo anteriormente mencionado, es importante puntualizar al llamado contrato terapéutico el cual se refiere a los acuerdos compartidos y no coercitivos, formales o informales, entre el terapeuta y los miembros, con respecto a las tareas que cada uno debe desarrollar, así como las reglas básicas para conseguirlo y los fines que se persiguen. En general, se ha considerado que cinco miembros es el mínimo aceptado para constituir un grupo, siempre considerando que mientras más grande sea el grupo, menor posibilidad tienen de expresarse los miembros inhibidos, menos autoafirmativos y agresivos (Díaz, 2000).

Bajo esta misma puntualización Foulkes y Anthony (1957) consideran que los grupos cerrados proveen el mejor ambiente para una intervención muy intensiva. Además de que se ha señalado que las mejores posibilidades de cambio terapéutico se dan en los grupos mixtos, donde realizar una sesión semanal resulta muy satisfactoria y cuya duración puede variar de 80 minutos a 2 horas y 30 minutos (Díaz, 2000).

El trabajo grupal debe ser dirigido por un profesional para dicho fin. De acuerdo con García (2003), las funciones que ejercerá se relacionan con crear, fomentar y mantener la comunicación; promover la indagación y el descubrimiento de nuevos aportes; mantener y sostener el encuadre dentro del tiempo del grupo; detectar las situaciones emergentes; reflexionar acerca de las relaciones de los integrantes entre sí y con las actividades; ayudar al reconocimiento de necesidades y objetivos comunes; hacer explícito lo implícito de la actividad grupal.

Dicho trabajo grupal, podría desarrollarse a través de trabajo comunitario el cual pone énfasis en el desarrollo de las fortalezas y capacidades, más que en las debilidades y carencias; fomenta la participación y tiene carácter preventivo. Estimular la participación social en adultos mayores en tareas comunitarias, comprometerlos en el diseño y ejecución de programas o proyectos específicos, en donde puedan desarrollarse como multiplicadores sociales y al mismo tiempo se transformen en agentes de su propia salud, también repercute positivamente en su autoestima, en la valoración de sí mismos (carácter individual) y en sus vínculos interpersonales (carácter social) (Baró et al., 2009).

En este sentido, cabe señalar a dos variantes que puede tener un trabajo grupal y que compete resaltar en esta investigación. Por un lado, al denominado entrenamiento en habilidades, que en personas adultas mayores se deriva en un entrenamiento cognitivo, donde aunque una personas adulta mayor sana puede tener un buen funcionamiento cognitivo puede entrenarse en actividades intelectuales que le demanden desafíos; es decir, trabajar con tareas complejas que le demanden mayor esfuerzo intelectual o implementar recursos cognitivos que posee pero no tiene oportunidad de desplegar en la vida cotidiana (Jaskilevich, 2009).

Por su parte, la otra variante es la nombrada como grupo reflexivo, el cual tiene como finalidad la discusión y reflexión de temáticas, por ejemplo, propias de esta etapa del ciclo vital; es decir, de la vejez. Se realizan, además, señalamientos y esclarecimientos (Chapot, 2009).

La metodología de los grupos reflexivos está guiada por la idea de que cada persona o grupo sea el agente de su propia transformación, que sea capaz de potenciar su actitud crítica para

interpretar y valorar la realidad. Mediante el taller reflexivo se vivifica la experiencia de trabajo colectivo como el máximo intercambio de hablar y escuchar, dar y recibir, es un espacio vivencial y creativo que contribuye a la construcción identitaria (Aguirre, 1999).

En general, los objetivos del grupo reflexivo incluyen promover la participación del grupo en la discusión y análisis de las diferentes temáticas o problemáticas; desarrollar mecanismos que ayuden a la libre expresión de ideas y opiniones; y despertar el interés por la solución de problemas cotidianos, familiares y/o comunitarios (Zacarías et al., 2018).

Una forma de poder realizar ambas variantes del trabajo grupal es a través de la conformación de talleres los cuales son una forma de enseñar y una forma de aprender, que necesariamente implica un cambio o transformación en los allí implicados (González, 2012).

En ese sentido, la técnica de taller como medio de aprendizaje es una herramienta que promueve la reflexión-acción, a la vez que permite el análisis de situaciones reales, de problemáticas comunes y potencia la construcción, así como el desarrollo de alternativas de solución (Zacarías et al, 2018).

Es decir, el grupo es un medio de cambio para el sujeto individual, es por esta razón la relevancia de establecer acciones encaminadas a promover estilos de vida saludables entre sus integrantes (Centro de Integración Juvenil, A.C., 2013).

En general, se podría concluir que tal como lo menciona Robertazzi (2005), el trabajo grupal específicamente con personas adultas mayores resulta mucho más conveniente, para determinadas manifestaciones orgánicas y no orgánicas que pueda presentar esta población, que las frecuentes visitas que suelen hacer a los médicos de cabecera; sin embargo, se sostiene la creencia de que en la vejez ya no se puede cambiar.

Fases del proceso grupal

Previamente a la formación del grupo, se deben considerar algunos aspectos, dentro de los cuales cabe señalar, por ejemplo, que la captación de los miembros del grupo debe realizarse de

forma directa con los interesados en donde el principal criterio de selección se fundamenta en la compatibilidad de los integrantes del grupo. Del mismo modo, el entorno es importante ya que es portador del clima de intimidad y de las interrelaciones entre los miembros del grupo (Pascual, 2011).

El proceso grupal, pasa por distintas fases, que independientemente de la orientación teórica que las sustentan, cada una de las fases tiene características propias que las señalan y las diferencian de las otras etapas del proceso grupal (Pascual, 2011).

Centros de Integración Juvenil, A.C. (2013) menciona como iniciación a la primera fase del proceso grupal, donde se proporciona un encuadre didáctico-pedagógico sintetizando las constantes que se mantendrán durante todo el proceso con respecto al tiempo, espacio y metodología. Con relación al proceso grupal, los integrantes comienzan su interacción conjugando su individualidad en una meta común.

Hartley y Hartley (1959), por su parte, mencionan en un primer momento a la exploración, donde todos los integrantes están tratando de conocerse unos a otros. Al ser un contacto inicial están en una posición de expectativa para ver qué pasará; es decir, si vale la pena pertenecer al grupo, si se puede trabajar con sus compañeros, si es interesante escuchar al otro, abrirse o no abrirse al grupo, cuál es la opinión de los otros miembros.

Chacoma (2017), por otro lado, nombra a este primer momento como apertura el cual es el momento de iniciación formal de la reunión, donde se puede observar, si por parte de los miembros, se respeta el horario pautado, así como si los participantes entran solos o en subgrupos, permite además denotar las actitudes corporales que se adoptan del mismo modo que la dirección de la comunicación conjunto al clima grupal (tenso, afectivo, hostil), también se puede observar cómo es la relación con la tarea propuesta dentro del trabajo grupal (positiva, negativa, con obstáculos) y los roles que se ponen en juego.

Siguiendo con este primer proceso, cabe señalar que Corey (1995) lo señala como la fase de orientación, donde los integrantes del grupo se conocen unos a otros y examinan sus expectativas.

De la misma manera, los miembros se interesan por su inclusión o exclusión, conjunto a ello, conocen las normas y qué se espera de ellos, así como aprenden las actitudes básicas de respeto, empatía, aceptación, precaución y respuesta.

Al siguiente proceso, dado en un segundo momento, dentro de un trabajo grupal se le denomina como desarrollo, en el cual el grupo trabaja combinando técnicas y logra producciones intelectuales y/o prácticas, sus miembros interactúan formando parte de la relación social. Es decir, que es el momento de desenvolvimiento, en el cual el grupo se siente parte de la situación grupal (Centros de Integración Juvenil, A.C., 2013; Chacoma 2017).

En este segundo proceso, es relevante considerar lo que menciona Yalom (1985) con respecto a la participación voluntaria dentro del grupo ya que dicho autor ha descubierto que miembros sin participación voluntaria han aprendido que la experiencia grupal les ha ayudado a producir cambios que a ellos le eran difíciles de realizar. Por lo tanto, resulta importante considerar este aspecto dentro de la dinámica grupal.

Finalmente, el último proceso generado a partir de un trabajo grupal es el denominado como cierre. En este se exponen los resultados y se evalúan los logros alcanzados durante todo el trabajo grupal; es decir, los logros conceptuales, procedimentales y actitudinales. Es el momento de clausura del trabajo grupal, donde se deberá realizar una síntesis de dicho proceso grupal, donde además es importante observar la actitud del grupo frente a dicha finalización y reconocer el clima que caracteriza ese momento. Por último, en este momento también se produce la separación de los miembros del grupo (Centros de Integración Juvenil, A.C., 2013; Chacoma 2017).

Por su parte, Corey (1995) con respecto a este último proceso el cual denomina consolidación o fase final considera que, la presencia de ansiedad y tristeza es común frente a la idea de finalización; sin embargo, los integrantes generan un plan de acción a futuro, consolidando su aprendizaje y generalizando lo aprendido a su entorno cotidiano.

Aunque dichas fases son las más reconocidas en la literatura, existen varias formas de hacer una lectura de un proceso grupal, una de ellas es a partir de las denominadas etapas sartreanas.

Rosenfeld (1971) explica que el filósofo francés, Sartre, hace una interpretación del proceso que siguió la Revolución Francesa y establece una serie de etapas las cuales Rosenfeld toma como referencia para entender los procesos grupales.

La primera de dichas etapas es la denominada serialidad. Es aquí, donde aunque los integrantes del grupo estén juntos no existe ningún tipo de vínculo entre ellos, además se encuentran en una situación de anonimato, la comunicación es escasa y son intercambiables ya que cualquiera puede irse sin que los demás lo tomen en cuenta.

De forma particular, no se escuchan ni retoman las aportaciones de las y los demás, sino que cada quien habla como si estuviera solo y dirige la mirada y su discurso hacia el coordinador. Poco a poco, durante el transcurso de las sesiones, se escuchan, retoman sus comentarios, se preguntan y se miran entre ellos(as) en un proceso de reconocimiento mutuo de formar parte de un mismo grupo.

En las primeras sesiones no se empieza siendo grupo, sino que se puede llegar a constituir un grupo a través de un proceso que no es fácil recorrer.

Posteriormente, se presenta la etapa de fusión, esta no es tan sencilla como podría suponerse porque, por una parte, puede existir el deseo de estar juntos y, por otra parte, de manera simultánea, el miedo a estar demasiado juntos.

Desde la función del coordinador del grupo es importante dar confianza y marcar límites. Denotar la presencia del afecto en el grupo, pero señalar el nivel de productividad, al invitarlos a poner el afecto en el objetivo del grupo, recordando que es un grupo constituido con la finalidad de intercambiar y generar aprendizajes.

Después surge la etapa de juramentación. Este momento surge cuando, después de haber pasado por un momento de fusión, aparece la posibilidad de perder lo que se logró construir con tanto esfuerzo, existe el riesgo de que se deshaga lo que tanto trabajo costó unir.

Lo que se jura es un vínculo, con el que se busca trascender el momento presente para seguir unidos más allá del tiempo y el espacio.

Más tarde, se genera la etapa denominada fraternidad-terror. Es aquí, donde si alguien intenta ser diferente, si piensa diferente a los demás participantes del grupo, entonces será un traidor al grupo. Las personas se mantienen unidas por temor a ser castigadas en caso de querer ser diferentes.

Luego, ocurre la etapa de organización. Esta hace referencia al grupo propiamente dicho. Se reconoce como el momento de organización, en oposición a los momentos de fusión y de fraternidad-terror, se reconocen las diferencias y se toleran, se trabaja con ellas y se valora la diversidad para generar un mayor enriquecimiento para el grupo. Se favorece la capacidad de escucha, la capacidad de espera, la tolerancia a la frustración; existe un rescate de la singularidad de las y los participantes en el grupo. En este sentido, es importante considerar que cuando un grupo llega a un momento de organización no restringe la aparición de momentos de retroceso, que forman parte del mismo proceso grupal.

En general e independientemente de la postura teórica que se retome y sus respectivas fases en el proceso grupal, se ha estudiado que el líder, coordinador, terapeuta y/o facilitador es una pieza fundamental para llevar a cabo cada fase dentro de dicho proceso, de la misma manera, se ha estudiado que en ocasiones este no puede estar lo cual podría generar conflictos en el desarrollo del trabajo grupal, razón por la cual se ha considerado que la presencia de 2 facilitadores podría ser un apoyo en esos momentos, así como para descentralizar la transferencia idealizada sobre el coordinador del grupo y enriquecer el proceso con una nueva mirada sobre el grupo y sus integrantes (Pascual, 2011; Robertazzi, 2005).

Fenómenos intrasubjetivos e intersubjetivos en los procesos grupales

Transferencia

Desde una perspectiva clásica, basada en el psicoanálisis, se denota a la llamada transferencia positiva débil, donde se movilizan sentimientos amistosos y afectuosos del paciente o integrante del grupo hacia el terapeuta o experto que guía a un grupo. Por otra parte, se denota a la

denominada transferencia positiva erotizada que en la práctica se muestra como negativa ya que es sinónimo de resistencia, en cuanto detiene el trabajo desarrollado en grupo. La transferencia propiamente negativa se caracteriza por la expresión de sentimientos hostiles y de enojo hacia el experto o especialista que guía a un grupo (Ruíz, 2013).

Por su parte, Bejarano (1978) denota a la denominada transferencia múltiple la cual se refiere a la transferencia de varias personas sobre el terapeuta y a la de los pacientes entre sí. De tal modo que Bejarano clasifica los objetos transferenciales en cuatro niveles distintos, tres de ellos serían internos al grupo: el monitor o transferencia central; los otros miembros del grupo o transferencias laterales; el grupo como tal o transferencia grupal. Y uno adicional sería externo al grupo representado por el mundo externo. En general, hace referencia a la noción de repetición de una situación ya pasada y es una defensa contra la relación presente, sustentada por la angustia persecutoria que genera la inmersión en un grupo.

Sin embargo, desde la tradición cognitiva la transferencia derivaría de una percepción errónea o irracional del paciente o integrante del grupo sobre el terapeuta o experto que guía a un grupo, lo que se puede esperar de éste, y que le lleva a experimentar una serie de sentimientos positivos o negativos y a manifestar una serie de conductas (resistencias) que impedirán el desarrollo adecuado del trabajo grupal (Ruíz, 2013).

Desde una perspectiva cognitiva más constructivista, Guidano y Liotti (1983) plantean que la resistencia es un proceso normal que se genera al revisar los esquemas cognitivos tácitos y es un proceso que hay que respetar más que eliminar si se pretende que el cambio sea progresivo, en vez de regresivo. Aquí esas resistencias se contextualizan en el marco de la historia personal donde aparecieron y el papel que tuvieron en ese momento.

Por su parte, Baltazar (2003) considera que la transferencia se presenta cuando los personajes del presente, que son desconocidos, remiten a personajes del pasado, los cuales son conocidos, y esto provoca que las personas se comporten con los personajes del presente como si realmente les estuvieran hablando a los personajes del pasado.

Finalmente, desde la psicoterapia analítica funcional (FAP) donde la conducta relevante es la que ocurre en la misma sesión y no tanto la referida o relatada fuera de ella (salvo que ésta se relacione con lo presentado en la sesión aquí y ahora). Desde esta perspectiva, se resaltan a las denominadas conductas clínicamente relevantes, las cuales son las conductas del cliente, paciente o integrante de un grupo, que ocurren en la sesión. Su análisis conlleva a conocer las funciones de la conducta verbal y no verbal del individuo en la misma sesión. Dichas conductas clínicamente relevantes son los problemas, las mejorías e interpretaciones del paciente o integrante de un grupo sobre sus dificultades (Kohlenberg y Tsai, 2007; Ruíz, 2013).

Por lo tanto, la transferencia es la presentación de las conductas clínicamente relevantes en la sesión misma ya sea porque han sido evocadas involuntariamente (condicionamiento clásico) o voluntariamente (mediante discriminación o reforzamiento consecuente) por el terapeuta en esa sesión. Esas conductas clínicamente relevantes, son las conductas problemáticas del cliente que aparecen en la sesión y que tienen relaciones de equivalencia funcional con sus dificultades en su vida diaria (Kohlenberg y Tsai, 2007; Ruíz, 2013).

Contratransferencia

Desde una perspectiva psicoanalítica, Freud (1910) resaltaba que era aquella que se presentaba en el terapeuta por la influencia que el paciente genera sobre sus sentimientos inconscientes, y esta debía ser discernida dentro de sí para dominarla.

Además, el análisis insuficiente del terapeuta puede llevarlo a proyectar en sus pacientes, en distintos momentos, los objetos internos que les son similares por su físico, conducta o por el estilo y contenido de sus comunicaciones, así como puede despertar en el terapeuta fantasías hostiles o perversas hacia sus objetos internos (Díaz, 2000).

Para Racker (1960), se distinguen dos clases de contratransferencia según la forma de identificación. Por un lado, denota a la llamada contratransferencia concordante la cual permite al experto equiparar su experiencia con la ajena, de manera que pueda ponerse en el lugar del

analizado; es decir, surgiría empatía. La segunda es la llamada contratransferencia complementaria donde el objeto del analizado con el que el experto se identifica se vive como propio al reaccionar de forma pasiva a partir de sus ansiedades y conflictos.

Heimann (1950), por su parte, menciona que la contratransferencia es la totalidad de sentimientos que se despiertan en el experto hacia su paciente. Sin embargo, se ha mencionado que lejos de ser un obstáculo, se puede utilizar como una herramienta para mejorar el trabajo con el paciente, siempre y cuando dicho experto tenga la capacidad de pensar y analizar sus emociones provocadas por el paciente (Mancilla, 2017).

Por otro lado, retomando a la psicoterapia analítica funcional, cabe señalar que la contratransferencia deriva de las reacciones emocionales y las conductas del terapeuta o experto ante las conductas clínicamente relevantes del paciente o cliente, es decir a la relación con éste. Debe servir para interpretar y reforzar de manera discriminada la conducta del paciente de modo que se produzcan mejorías visibles en la misma sesión e interpretaciones que faciliten esos cambios (Ruíz, 2013).

Finalmente, cabe señalar que en la coordinación de grupos de aprendizaje también suele ocurrir que alguno de los integrantes del equipo técnico de coordinación sientan rechazo, fascinación, amor, odio o simpatía hacia algún integrante del grupo sin saber exactamente por qué, en este caso, es responsabilidad del coordinador o del observador reflexionar sobre qué le pasa, con el propósito de que no actúe su contratransferencia, sino que la analice, tienda un puente hacia la construcción de una hipótesis y haga una posible interpretación (Baltazar, 2003).

Proyección

De acuerdo con Laplanche y Pontalis (1996), la proyección, desde una perspectiva psicoanalítica, se refiere a una operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro cualidades, sentimientos y deseos que no reconoce o que rechaza en sí mismo.

Dentro del trabajo grupal, la proyección también se ve reflejada. En los primeros momentos grupales, por lo regular, prevalecen silencios en los que subyace ansiedad, sobresale el temor a exponerse ante los demás y predomina el miedo a ser atacado. Se genera una división entre lo bueno (lo conocido) y lo malo (lo desconocido), aquello que es considerado como malo se proyecta en los otros, a quienes se les percibe de manera persecutoria (Baltazar, 2003).

De igual modo, Baltazar (2003) resalta que otra situación en la que se expresa el mecanismo de la proyección es en la depositación masiva de aquellos deseos, cualidades y sentimientos que rechazan los demás miembros del grupo y lo proyectan en algún integrante que pasa a ocupar el lugar del chivo expiatorio, a quien se le responsabiliza de todo lo malo que pasa en el grupo. Es decir, el sujeto atribuye a otros las tendencias o deseos, que él no reconoce en sí mismo (Laplanche y Pontalis, 1996).

De tal modo que la presencia de otros dentro del grupo permite movilizar, bajo la forma de transferencias laterales, situaciones vividas por los participantes, lo cual facilita las proyecciones y éstas a la vez permiten a cada uno utilizar a los otros en el sentido de sus deseos o defensas (hablar en su lugar)(Morales, 2013).

Resistencia

Con base en una aproximación psicoanalítica, se denomina resistencia a todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente. La resistencia se descubrió como un obstáculo al esclarecimiento de los síntomas y a la progresión de la cura (Laplanche y Pontalis, 1996).

Vázquez et al. (2015) mencionan que aunque la persona que asiste a un proceso terapéutico sabe qué quiere modificar y qué cambios quiere lograr, existen en él fuerzas inconscientes que se oponen al cambio y defienden el comportamiento desadaptativo. Estas fuerzas se resisten a los procedimientos y procesos de tratamiento. Dichas resistencias proceden de las fuerzas defensivas del yo que forman parte del conflicto.

Didier Anzieu (1998), por su parte, señala que en los grupos amplios también se producen situaciones inquietantes que generan resistencias expresadas a través de defensas pasivas como la no implicación, el desinterés, la huida del pensamiento, entre otras. Las resistencias se manifiestan mediante defensas detrás de las cuales se encuentra algo que se ha protegido por el individuo, que es necesario develar, mediante las intervenciones del coordinador del trabajo grupal.

La resistencia en un grupo puede deberse a diversos factores, dentro de los principales se encuentran: temor a perder el equilibrio psíquico logrado hasta el momento en que se ingresa al grupo; temor a sentirse cuestionado y presionado hacia el cambio de conductas; temor a revelar pensamientos, acciones, recuerdos y sentimientos que se viven prohibidos o criticables; detección de errores en el experto que guía el grupo (actitud autoritaria, inclusión de nuevos miembros, carencia de empatía, incapacidad para proteger el encuadre, entre otros). De tal modo que dicha resistencia se puede expresar con cuestionamientos, ausentismo, negación a hablar, salirse de las sesiones, evasión de temas, oposición a la interacción (Díaz, 2000).

Sin embargo, es importante considerar que la relación entre cambio y resistencia al cambio es directamente proporcional, y debe ser vivida por el grupo como oportunidad ya que la resistencia es el primer indicador de cambio en el grupo (Andrade, 2011).

Comunicación

Se refiere al intercambio de mensajes entre los integrantes para la realización del trabajo grupal. La comunicación puede ser verbal o no verbal. Es el aspecto más visible en la interacción. Cuando se encuentran perturbaciones en la comunicación es necesario ver que la está influyendo en su curso satisfactorio (Chacoma, 2017).

Por su parte, Peñuela y Álvarez (2005), mencionan que la comunicación es una emergencia interdinámica de intercambios sémicos mediados a través de estímulos físicos y de canales de afectación recíproca entre sus partes. La comunicación debe tomar un tipo especial de sustrato simbólico para la presentación de los eventos discursivos, estos le sirven de soporte para su

emergencia cuando dos o más sujetos, o grupos, la utilizan como herramienta de entendimiento: este proceso se basa en el lenguaje.

En un trabajo grupal se busca estimular y favorecer que los individuos compartan ciertos pensamientos y experiencias con los demás. La posibilidad de que esto se dé depende de un clima de tolerancia suficiente como para que cada persona se sienta segura para poder participar frente a los demás, facilitando la expresión de sus impresiones y sensaciones. En este punto, es importante señalar que es muy distinto propiciar una cultura en la que todos los integrantes del grupo puedan sentirse libres para compartir sensaciones, que generar un espacio en donde nada es privado y todo debe ser compartido. En este sentido, es muy importante que se genere una cultura de apertura voluntaria, no forzada (Brienza et al., 2012).

De tal modo que se genera una mayor participación del grupo, productividad y satisfacción cuando los integrantes sienten que tienen el derecho de intervenir en la discusión y donde se proveen los medios para concesiones mutuas adecuadas entre los facilitadores y los otros miembros del grupo; es decir, la productividad del individuo y del grupo está relacionada con las oportunidades proporcionadas para la participación de los integrantes. De no ser así, una disminución de la interacción traerá como consecuencia un deterioro en la fuerza de los sentimientos y de la sensibilidad interpersonal, disminuirá la identificación del miembro con el grupo (Beal et al., 1990).

Para que lo anterior se consolide, lo ideal es que se trabaje en grupos pequeños de 6 a 12 participantes, de tal manera, que se asegure que todos participen activamente, resolviendo las tareas propuestas y exponiendo respuestas. En muchas ocasiones, no se trabaja en la situación ideal ya que la comunidad es más grande, teniendo grupos de 25 o más participantes pero eso podría limitar la participación, por lo que sería recomendable formar grupos pequeños con base en las características de cada uno de los miembros de la comunidad (Jaskilevich, 2009).

Del mismo modo, es importante denotar que así como la comunicación verbal es importante dentro de un proceso grupal, también lo es la comunicación no verbal ya que brindará información que se puede interpretar. En este sentido, es importante prestar atención a la posición donde se

sienta cada integrante ya que la localización espacial desempeña un papel importante en la modulación de los mensajes modificando el sentido de la relación entre los integrantes del grupo. Así mismo, se debe prestar atención a aspectos como la mirada, la postura, el movimiento de las manos o pies, así como cualquier otra manifestación de expresión corporal (Morales, 2013).

En general, la comunicación es una pieza fundamental para que el proceso grupal se consolide y tenga resultados satisfactorios, al mismo tiempo que permite a los facilitadores, expertos o terapeutas observar la dinámica de comunicación e interacción dentro del grupo.

Contención

La contención se define como la capacidad de enfrentarse a la ansiedad de otro ser humano, de comprenderla y desalojarla de su poder negativo. Comprende compartir las emociones (sostener los climas emocionales) del individuo angustiado (o enojado, ansioso, etc.) brindando un ambiente acogedor, comprensivo, tolerante que no enfrenta críticas y con aceptación de los sentimientos del que sufre (Bion, 1965; Brienza et al., 2012; Winnicott, 1971).

Brienza et al. (2012) añaden que es el tipo de vínculo de cuidado y acompañamiento que brinda el grupo para apoyar y acompañar a un miembro que presenta emociones angustiantes.

En este punto, se menciona a dos constructos que se encuentran vinculados con la contención pero que deben distinguirse ya que no son sinónimos, aunque si se les ha considerado en algunas ocasiones. Dichos términos son la empatía y simpatía. La empatía, por su parte, sería ponerse en el lugar del otro sin experimentar necesariamente sus emociones, como cuando se anticipan las reacciones de alguien. La empatía sería equivalente al concepto que actualmente se utiliza como intersubjetividad y se relacionaría con el conocimiento del otro, compartir su estado emocional, tomar su perspectiva subjetiva y tener ante él una respuesta afectiva (Guimón, 2010).

Por su parte Guimón (2010), considera que la simpatía, consiste en experimentar las emociones del otro sin necesariamente ponerse en su lugar. Sería un contagio de las emociones. La

simpatía implicaría una relación más distanciada. Se puede ser empático sin sentir simpatía y viceversa.

Sin embargo, algunos integrantes pertenecientes a un proceso grupal, en ocasiones, poseen dificultades de vinculación con los otros participantes lo cual se deriva de la dificultad de aceptar una convivencia con un fuerte elemento de apertura y de intimidad, no toleran este tipo de clima por lo que reaccionan generando conflictos; sin embargo, si el grupo es capaz de tolerar dicho comportamiento, en lugar de devolver agresividad y miedo, la persona tendrá la oportunidad de integrarse (Brienza et al.,2012).

Elementos estructurales

Roles sociales

Cada integrante del grupo ocupa en él una posición y la pauta de relaciones existente entre las posiciones dentro del grupo constituye una estructura de grupo. Dicha estructura genera efectos sobre la conducta de los miembros de ese grupo. Por lo tanto, se definen las acciones que puede realizar cada integrante del grupo y a éste se le encargaran diferentes tareas y obtendrá una posición de más o menos reconocimiento, formándose así el estatus de los miembros y creándose los roles que van a adoptar (Esparcia, 2019).

Después de que ya se han creado y ejercido dichos roles, Podcamisky (2006) resalta que como sujetos reproducimos el lugar donde fuimos mirados, donde fuimos reconocidos. Es por esto que los roles en un grupo tienden a la cristalización y se resisten al cambio.

Por lo tanto, el rol que adopta cada miembro del grupo hace referencia a las pautas de comportamiento que el grupo impone a cada miembro y de la consiguiente actuación que se espera de ellos dentro de ese contexto; es decir, dependiendo de las relaciones interpersonales con el resto de los miembros (Esparcia, 2019).

Sin embargo, quienes asumen estos roles complementan y reflejan recíprocamente aspectos de sus propias necesidades internas y conflictos; es decir, la adopción de roles es una mezcla de psicología individual y colectiva (Díaz, 2000).

De acuerdo con Pichon-Rivière (1983), existen dos tipos de rol que pueden asumir los integrantes de un grupo: Por un lado, los prescritos que corresponden a los de coordinador(a) u observador(a) y por otro lado, los denominados adscritos dentro de los cuales está el rol de líder de tarea, que cumple aquel que dirige sus esfuerzos a la consecución de la tarea grupal; el rol de saboteador, que juega aquel que es líder de la resistencia al cambio y que podría ser el opuesto al líder de tarea aunque el deseo de cambiar y el temor al mismo pueden coexistir al mismo tiempo, a pesar de que se manifieste en dos partes separadas en el grupo, en realidad pueden estar en cada uno de los y las integrantes del grupo; de igual manera resalta el rol de portavoz que cumple aquel miembro del grupo que con lo que expresa, a través del lenguaje verbal o no verbal, da cuenta, enuncia y denuncia una situación que está presente de forma latente en el grupo; finalmente se denota el rol del chivo expiatorio que se produce cuando hay una depositación masiva de aquellos aspectos negativos de los demás integrantes del grupo en un integrante en particular.

Aunado a lo anteriormente enunciado, Díaz (2000) denota el rol que toma el miembro silencioso el cual se queda fuera de la interacción, dicha falta de convivencia con los demás miembros del grupo puede deberse a diferentes aspectos por ejemplo puede asociarse a la presencia de resistencia; de temor a descubrir pensamientos y deseos que considera criticables; de temor a demostrar imperfecciones o a que su sensibilidad se tome como expresión de debilidad; como método para llamar la atención o para castigar tanto a sus compañeros como al facilitador; así como en algunas ocasiones buscan beneficiarse del grupo sin hablar ni arriesgarse a recibir interpretaciones desestructurantes.

En general, la fijación de roles es un fenómeno resistencial que requiere de la intervención del terapeuta o facilitador del proceso grupal el cual debe tratar de mantenerse neutral ante los integrantes del grupo que queden fijados en un rol, además, lo recomendable es confrontar y/o

interpretar primero al grupo y después al individuo que ha quedado fijado en un rol; es decir, es importante tratar de percibir los diferentes significados que tiene para cada miembro la actitud que adoptan ante el compañero que ha quedado fijado en el rol y las necesidades que éste les satisface, para que en ese sentido se pueda favorecer la individualización. Y al integrante del grupo que ha quedado fijado en el rol es necesario mostrarle la distancia entre lo que pretende obtener del grupo y lo que realmente logra. De tal modo que en conjunto se logra que la resistencia en el grupo se reduzca (Díaz, 2000).

Cohesión

Se define con mayor frecuencia tomando como base lo denotado por Carron et al. (1998) quienes consideran que es un proceso dinámico que se refleja en el grupo a través de la unión de sus miembros con la finalidad de satisfacer sus objetivos instrumentales, así como sus necesidades afectivas.

Se pueden resaltar dos formas de representación de la cohesión grupal: La cohesión vertical la cual denota una relación miembro-líder y la cohesión horizontal que describe la relación de un miembro del grupo con otros miembros del grupo y con el grupo en su conjunto (Griffith, 1988).

La cohesión posibilita que paulatinamente los integrantes del grupo se permitan tomar decisiones y responsabilidades hacia los demás, lo cual permite una mayor individuación (Brienza et al., 2012).

Sin embargo, la presión hacia la uniformidad de los miembros hace que éstos tiendan a modificar su opinión de conformidad con la de los demás, lo que puede reafirmar o destruir la integridad del individuo. Las presiones hacia la uniformidad de opinión pueden dar lugar a la formación de subgrupos, que introducen heterogeneidad en el grupo como conjunto (Díaz, 2000).

En este punto, cabe señalar lo que denota Díaz (2000) quien menciona que la cohesión del grupo no se explica satisfactoriamente por el control que ejerce el líder. Éste debe moldearse a los

deseos del resto del grupo. El estilo de liderazgo es responsable del tipo de relación existente en el seno del grupo.

De igual forma, es relevante considerar que las decisiones que tomen los coordinadores del trabajo grupal para formar dicho grupo y decidir la forma de trabajo con sus miembros son de vital importancia ya que, por ejemplo, los grupos cerrados dan a sus integrantes estabilidad y cohesión, mientras que los abiertos permiten que un miembro nuevo reemplace al que abandona, imprimiendo un nuevo matiz. Una dificultad de los grupos abiertos es que los nuevos miembros desconocen lo acaecido anteriormente, dificultando así su permanencia en el grupo. Otra desventaja es que la cohesión del grupo se ve afectada cuando la rotación de sus integrantes es elevada (Pascual, 2011).

Además, Pascual (2011) agrega que el entorno es importante ya que es portador del clima de intimidad y de las interrelaciones entre los miembros del grupo. Un lugar inapropiado puede ser negativo para la cohesión grupal.

Para lograr una mayor cohesión también se requerirá de similitud entre sus miembros (Díaz, 2000).

Finalmente, cabe mencionar que un grupo con un nivel alto de cohesión es aquel que denota frases, por parte de sus miembros, que incluyen la palabra “nosotros”, de igual forma se resalta familiaridad en el trato, respeto mutuo, ayuda mutua, defensa de la posición grupal y confianza en el grupo (Pascual, 2011).

Aquel grupo que logre dicha cohesión tendrá mejores resultados, donde dicho vínculo cohesión-resultado es más fuerte cuando el líder del grupo enfatiza la interacción de los miembros, por lo que su intervención es relevante para lograrlo y por consiguiente generar mejores resultados dentro del proceso grupal (Burlingame et al., 2018).

Normas del grupo

Los grupos desarrollan normas no escritas. Son normas no escritas porque no siguen ningún código de comportamiento socialmente ya visto, sino que se crean con la aparición del grupo como consecuencia de la interacción de los miembros del mismo. Son modelos de conducta de los cuales cada miembro del grupo espera que el resto de los miembros reconozca como normativas propias y por lo tanto se ajusten a su cumplimiento (Esparcia, 2019).

Así que los integrantes del grupo aprenden a moverse en forma grupal. Conocen las normas y qué se espera de ellos. Aprenden las actitudes básicas de respeto, empatía, aceptación, entre otras (Pascual, 2011).

Los miembros del grupo; sin embargo, pueden no ser conscientes de la forma en la que este código influye en su comportamiento. La opinión del grupo es un agente de presión social mayor que el castigo físico. Aunque, el grado de conformidad hacia las normas de grupo, tiene relación directa con su grado de cohesión y mientras mayor es ésta, menos ansiedad experimentan los miembros (Díaz, 2000).

Finalmente siguiendo esta misma línea, es importante resaltar que la creación de normas es crítica en la constitución del grupo ya que, por ejemplo, las llegadas tarde a la sesión y las ausencias se presentan en cualquier grupo, pero desafortunadamente amenazan con la estabilidad y la integridad, que pudo prevenirse al haber establecido ciertas normas grupales, donde para facilitar su elaboración se requiere del apoyo del coordinador del trabajo grupal (Pascual, 2011).

En este sentido, las normas deben ser realistas, deben permanecer dentro del nivel de posibilidades del grupo y deben ser comprendidas por todos los integrantes del grupo. Así mismo, es importante que las normas sean consecuentes, no cumplidas sólo en una reunión sino en todas (Beal et al., 1990).

Capítulo 6. Método

Justificación y planteamiento del problema

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y tomando como base la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) realizada en el año 2018, el número de personas de 60 años o más que reside en México es de 15.4 millones. En donde el porcentaje de los adultos de 60 años o más ha aumentado desde 1990 de 6.2% a 12.3% en el 2018 respecto al total de la población. El país está pasando por un proceso de envejecimiento demográfico; es decir, por un aumento en la proporción de personas de 60 años o más y la disminución de la población infantil y juvenil (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019, 2020a).

Frente a dicho envejecimiento demográfico y a la presencia, de viejismo en la sociedad; es decir, la existencia de estereotipos en torno al adulto mayor, es importante generar empoderamiento en la persona adulta mayor conjunto a una reestructuración de la identidad en la vejez para que de ese modo dichos estereotipos no impacten en la calidad de vida y el bienestar en este sector de la población ya que se ha observado que las personas adultas mayores tienen la tendencia a tomar las definiciones negativas de ellos mismos y perpetuar los estereotipos negativos, limitándolos y condicionándolos a un modo de ser y de comportarse (González-Celis, 2002; Orozco-Campos y López-Hernández, 2016).

Con el objetivo de lograr un empoderamiento saludable y positivo, se requiere de la participación de dos elementos: participación comunitaria junto a la creación y mantenimiento de las redes sociales. El empoderamiento está basado en una fuerza alternativa regulatoria contra los mitos más populares de este sector de la población. El empoderamiento es un proceso que implica la revisión y problematización de ciertos códigos culturales, produciendo cambios de orden ideológico y social, posibilitando así el fortalecimiento del autoconcepto de la persona involucrada en la reconstrucción de identidades, además, tiene la finalidad de incrementar la autonomía,

posibilitando el mayor ejercicio de los roles, derechos y deberes (Orozco-Campos y López-Hernández, 2016).

Es por ello que a través del desarrollo de un taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades, se busca desenfocar a las personas adultas mayores de los pensamientos negativos en torno a la vejez a través de un cambio en la forma en cómo visualiza su propia vejez y el proceso de envejecimiento; además se pretende empoderarlos para afrontar situaciones difíciles asociadas a la edad generando un incremento en el nivel de energía física con el apoyo de diferentes actividades. Todo ello cuidando su dignidad, calidad de vida y bienestar, así como su salud física y mental.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de un taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades dirigido a la reconstrucción de la identidad en la vejez y el empoderamiento en personas adultas mayores sobre su bienestar y calidad de vida?

Objetivo general:

- Promover la reconstrucción de la identidad en la vejez y la práctica de empoderamiento en personas adultas mayores a través de la participación en un taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades, titulado *Nunca es tarde para vivir con mayor plenitud*, para generar cambios en su nivel de bienestar y calidad de vida.

Objetivos específicos:

- Diseñar e impartir un taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades dirigido a la reconstrucción de la identidad en la vejez y el empoderamiento en personas adultas mayores.
- Evaluar el cambio en el bienestar psicológico, bienestar subjetivo y en la calidad de vida de las personas adultas mayores que asistieron al taller.

- Evaluar el nivel de estereotipos negativos hacia la vejez en los asistentes, antes y después de su participación en el taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades, al haberse relacionado teóricamente como un factor que impacta en el bienestar y la calidad de vida en personas adultas mayores.
- Evaluar el estado cognitivo previo al taller, así como el nivel de depresión antes y después de su participación en el taller, por considerarse variables relacionadas con la calidad de vida, el bienestar y el aprendizaje.

Hipótesis de trabajo

1. Después de haber participado en el taller las personas adultas mayores se desenfocarán de los pensamientos negativos en torno a la vejez a través de un cambio en la forma en cómo la persona adulta mayor visualiza su propia vejez.
2. Al término de la participación en el taller las personas adultas mayores pondrán en práctica el empoderamiento a través de afrontar situaciones difíciles asociadas a la edad.
3. La participación en el taller mejorará la calidad de vida de las personas adultas mayores.
4. Después de la participación en el taller mejorará el bienestar de las personas adultas mayores.

Variables

Calidad de vida

Definición conceptual: Estado aceptable de salud física, mental, social y emocional determinado por los sujetos. Se refiere al sentimiento de satisfacción con la vida en general y a la

capacidad mental para evaluar las condiciones de la vida, donde se añade una evaluación objetiva sobre éstas (Meeberg, 1993).

Definición operacional: Se evalúa a través del instrumento denominado WHOQoL-OLD, el cual es confiable y válido para personas adultas mayores de México (Acuña, 2012).

Bienestar subjetivo (bienestar hedónico)

Definición conceptual: Conformada por un componente afectivo que incide en el estado emocional de la persona en lapsos cortos de tiempo y un componente cognitivo que se refiere a la valoración que realiza la persona sobre los diversos dominios de su vida a lo largo de su trayectoria de vida (Torres Palma y Flores Galaz, 2018).

Definición operacional: Se evalúa por medio de la Escala de Bienestar Subjetivo (Philadelphia Geriatric Center, PGC), adaptada por González-Celis (2002) para población adulta mayor en México.

Bienestar psicológico (bienestar eudaimónico)

Definición conceptual: Esfuerzo encaminado a la perfección y al crecimiento, alude a la adquisición de aquellos valores que posibilitan la autorrealización. Son las circunstancias del entorno del individuo y sus recursos personales para interactuar constructivamente con dicho entorno (Otero et al., 2017; Ryff, 1995).

Definición operacional: Para medir el bienestar psicológico en personas adultas mayores mexicanas, se utiliza la Escala de Bienestar Psicológico Para Personas Adultas Mayores (De León et al., 2018).

Taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades

Definición conceptual: Es una herramienta que promueve la reflexión-acción, a la vez que permite el análisis de situaciones reales, de problemáticas comunes y potencia la construcción, así como el desarrollo de alternativas de solución (Zacarías et al, 2018).

Definición operacional: Implementado por 2 facilitadores, durante 6 sesiones de 120 minutos, donde se busca promover la reconstrucción de la identidad en la vejez y el empoderamiento en personas adultas mayores para favorecer su calidad de vida y bienestar.

Tipo de estudio

Cuasi Experimental con pretest y postest.

Muestra y escenario

Muestreo no probabilístico de tipo intencional que comprende un grupo de 14 personas adultas mayores habitantes de la Ciudad de México.

Participantes

Criterios de inclusión:

- Personas de 60 años en adelante, sexo indistinto.
- Residentes de la Ciudad de México.
- Independientes para realizar las actividades de la vida diaria o semidependientes.
- Participación voluntaria, previo consentimiento informado.

Características de los participantes

La muestra total se encuentra compuesta por 14 participantes, 12 mujeres y 2 hombres (M=72.3 años, SD=7.3), con una escolaridad que comprende desde el nivel primaria hasta maestría (Tabla 7).

Es importante mencionar que 11 de los participantes (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, M) asistieron al taller de forma presencial, un participante (N) no fue evaluado a través de los instrumentos utilizados, únicamente se evaluó su discurso debido a que se observó dificultades para realizarlos debido a un Evento Cerebrovascular sucedido previamente y debido a la presencia de pérdida

parcial del sentido del oído. Por su parte, 3 de los participantes (K, L, N) asistieron de forma virtual al taller, impartido en días diferentes a los del taller presencial, debido a que presentaron dificultades de movilidad o traslado a la sede donde se impartió el taller, de ellas únicamente una (N) pudo ser evaluada a través de su narrativa y no de los instrumentos ya que demostró dificultades para comprender las preguntas y presencia de perseverancia.

Tabla 7

Datos sociodemográficos de los participantes

| Participante | Sexo | Edad | Escolaridad |
|---------------------|-------------|-------------|------------------------------|
| A | Mujer | 67 | Carrera técnica (secretaria) |
| B | Hombre | 66 | Secundaria |
| C | Mujer | 72 | Secundaria |
| D | Mujer | 65 | Normal Superior de Maestros |
| E | Mujer | 77 | Primaria |
| F | Mujer | 74 | Carrera técnica (enfermería) |
| G | Mujer | 70 | Secundaria |
| H | Mujer | 62 | Bachillerato |
| I | Mujer | 68 | Primaria |
| J | Mujer | 73 | Primaria |
| K | Mujer | 81 | Lic. en educación |
| L | Mujer | 72 | Maestría en psicología |

| Participante | Sexo | Edad | Escolaridad |
|--------------|--------|------|-------------|
| M | Hombre | 75 | Secundaria |
| N | Mujer | 91 | Primaria |

Instrumentos

- Calidad de vida

El constructo de calidad de vida se evalúa a través del instrumento denominado WHOQoL-OLD, el cual es confiable y válido para personas adultas mayores de México de acuerdo con Acuña (2012). El instrumento fue aplicado a una muestra de 134 personas adultas mayores que asisten a una clínica de salud de una institución de Seguridad Social del Estado de México, obteniendo una Alfa de Cronbach de .82.

El WHOQoL-OLD está constituido por 24 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, con valores de uno a cinco, agrupados en 6 dimensiones, mismas que denotan su respectivo Alfa de Cronbach, tales como satisfacción con actividades (.87); muerte y morir (.83); intimidad (.82); habilidades sensoriales (.70); participación en actividades (.74); y autonomía (.88).

La suma de todas las respuestas varía de 24 a 120, donde entre más alta sea la puntuación, mejor es la percepción de calidad de vida del individuo.

Es importante señalar que se utiliza apoyo gráfico para reforzar la comprensión de las opciones de respuesta del cuestionario en todos los reactivos.

- Bienestar psicológico

Para medir el bienestar psicológico se utiliza la Escala de Bienestar Psicológico Para Personas Adultas Mayores cuya autoría corresponde a De León et al. (2018) la cual cumple con criterios

psicométricos adecuados para medir el bienestar psicológico en personas adultas mayores mexicanas.

Su confiabilidad y validez se comprobó a través de una muestra no probabilística intencional que quedó conformada por 200 participantes, con un rango de edad de 60 a 90 años (Media=67.9, DE=7.2). Donde como resultado del análisis factorial se obtuvieron 16 ítems distribuidos en cuatro factores que evalúan: control personal, seguridad personal, relaciones sociales y autonomía. La escala explica el 54.8% de la varianza, con un Alfa de Cronbach global de .71.

Los cuatro factores obtenidos en el análisis factorial exploratorio se definieron de la siguiente forma, control personal (factor 1): grado de dominio personal y ambiental que posee un individuo; seguridad personal (factor 2): grado de seguridad física y mental que tiene un individuo; relaciones sociales (factor 3): grado en el que una persona logra mantener vínculos sociales confiables y duraderos; finalmente autonomía (factor 4): grado de independencia personal y económica que posee un individuo.

Para su calificación es importante considerar que entre más alta sea la puntuación, mejor es la percepción del bienestar psicológico en el individuo, donde la puntuación mínima es de 16 y la máxima de 64.

- Bienestar subjetivo

Para evaluar el constructo de bienestar subjetivo, se utiliza la Escala de Bienestar Subjetivo (Philadelphia Geriatric Center, PGC). Elaborada por Lawton (1975) y adaptada por González-Celis (2002) para población adulta mayor en México, con un Alfa de Cronbach de 0.81. Así mismo Acuña (2012), analizó las propiedades psicométricas de dicho instrumento con una muestra de 134 personas adultas mayores que asisten a una clínica de salud de una institución de Seguridad Social del Estado de México.

Resaltando los datos obtenidos por Acuña (2012), cabe señalar que la escala está constituida por 17 afirmaciones con opciones de respuesta dicotómicas, con valores de cero y uno, agrupadas

en tres dominios, mismos que presentan su respectivo Alfa de Cronbach: agitación (.65); actitud hacia su propio envejecimiento (.71); y soledad/insatisfacción (.71).

La suma de todas las respuestas varía de 0 a 17, donde cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mejor es el bienestar subjetivo del individuo.

- Evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez

Para analizar los estereotipos negativos de las personas adultas mayores sobre su propia vejez se emplea el Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) de Blanca et al. (2005).

Este test, contiene tres factores: salud, motivacional-social y carácter-personalidad, compuestos con cinco ítems cada uno, y cuyo formato de respuesta sigue un modelo tipo likert de cuatro escalones (1, totalmente en desacuerdo; 2, algo en desacuerdo; 3, algo de acuerdo; y 4, totalmente de acuerdo).

Para analizar la consistencia interna de los factores, se han calculado las respectivas Alfas de Crombach. Éstas fueron de 0,67, 0,64 y 0,66 por los factores de salud, motivacional-social y carácter-personalidad, respectivamente.

Para cada una de las dimensiones la puntuación mínima es de 5 y la máxima de 20, considerándose estereotipo negativo cuando la puntuación se identificó entre 12,5 y 20. La evaluación global del estereotipo es de puntuación mínima de 15 y máxima de 60, considerándose estereotipo negativo cuando la puntuación se encontró entre 37,5 y 60.

La muestra del estudio original está compuesta por 757 personas mayores de 65 años (399 mujeres y 358 hombres) (Blanca et al., 2005).

Estudios en México reportan haberlo aplicado a una edad promedio de 38, 07 años que pertenecían al personal de salud de un hospital en Querétaro (Franco et al., 2010).

Por su parte, Rosell et al (2020) evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento adaptado a población adulta incluyendo a las personas adultas mayores de habla hispana fuera de España. La muestra total fue de 439 personas con un 54% de personas mayores de 60 años. Se

presentaron aceptables propiedades psicométricas, coeficiente omega de .92 y un Alfa de Cronbach de .94. Además, resultó ser un instrumento invariante según la edad y el sexo, lo que permite la comparación entre grupos.

- Depresión

Para evaluar el nivel de depresión se utiliza la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS) de Yesavage et al. (1983) y adaptada por González-Celis (2002) para personas adultas mayores mexicanas, donde se obtuvo una consistencia interna de Alfa de Cronbach de .55.

La escala está constituida por 15 afirmaciones con opciones de respuesta dicotómicas con valores de 0 y 1.

La suma de todas las respuestas varía de 0 a 15, con un punto de corte de 5 o más, que indica presencia de sintomatología de depresión leve, a partir de 10 se considera moderada.

- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Es una breve prueba de cribado adaptada para personas adultas mayores mexicanas por Aguilar et al. (2018) para evaluar la función cognitiva y explora 6 dominios: memoria (5 puntos), capacidad visuoespacial (4 puntos), función ejecutiva (4 puntos), atención/concentración/memoria de trabajo (5 puntos), lenguaje (5 puntos) y orientación (6 puntos).

La puntuación tiene una gama de 0 a 30 puntos, y la puntuación más alta refleja una mejor función cognitiva. El tiempo de administración es de aproximadamente 10 min y se suma 1 punto a la puntuación total a los sujetos con escolaridad ≤ 12 años.

El instrumento tiene adecuada confiabilidad intraobservador (0,95) y adecuada consistencia interna (0,89).

Con un punto de corte < 24 , mostró sensibilidad del 98% y especificidad del 93% para el

diagnóstico de demencia.

Para detectar deterioro cognitivo leve (DCL); la sensibilidad fue del 80% y la especificidad del 75% con un punto de corte < 26 puntos, lo que es superior al Mini-Mental State Examination (MMSE).

Procedimiento

Se diseñó un taller reflexivo para promover la discusión, análisis, así como despertar el interés por la solución de problemas cotidianos, familiares y comunitarios. De la misma manera, se buscó facilitar el entrenamiento en diversas habilidades (cognitivas, de comunicación, autocuidado, atención plena y relajación). Con base en lo anterior, se constituyó un taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades dirigido a la reconstrucción de la identidad en la vejez y al empoderamiento en personas adultas mayores a través de diferentes componentes:

a) reconocimiento de los principales mitos que se han relacionado con las personas adultas mayores en torno a su salud física, relaciones de pareja y en sus vínculos amistosos; b) conocer algunos ejemplos de ejercicios físicos y planes de alimentación recomendamos para personas adultas mayores; c) brindar alternativas que permitan mejorar su salud mental y cognitiva; d) llevar a cabo la práctica de reminiscencia; e) conocer qué es el vejeísmo y reflexionar sobre cómo afrontarlo; y f) aprender la técnica de respiración diagramática, relajación muscular progresiva de Jacobson y mindfulness (ver anexos). El diseño se llevó a cabo después de realizar una revisión teórica vinculada principalmente a factores que promovieran la calidad de vida, bienestar, disminución de estereotipos sobre la vejez, reconstrucción de la identidad y empoderamiento en personas adultas mayores.

Se difundió el proyecto del taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades, *Nunca es tarde para vivir con mayor plenitud*, dentro de dos comunidades al sur de la Ciudad de México, por medio de carteles y a través de la red social de Facebook, con la finalidad de llevarse a cabo por 2 facilitadoras, durante 6 sesiones de 120 minutos, donde se buscó favorecer a la comunidad adulta mayor a través de mejorar su calidad de vida y bienestar.

Posteriormente, se sensibilizó, a través de una llamada telefónica, a las personas adultas mayores interesadas en iniciar el taller sobre la importancia de promover una mejor calidad de vida y bienestar.

Es importante mencionar que el análisis de resultados de dicha investigación es de índole mixto; es decir, cualitativo y cuantitativo por lo que las personas adultas mayores que decidieron formar parte del taller firmaron un consentimiento informado para poder ser evaluados con los instrumentos seleccionados y audiograbados.

La evaluación cuantitativa se realizó antes y después del taller con el objetivo de observar el impacto de éste en la percepción de los participantes sobre su propia vejez, en su bienestar y calidad de vida. En dicho sentido, con base en los resultados de la prueba de normalidad se decidió utilizar una prueba paramétrica en cuanto a los resultados del Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE); en la Escala de Bienestar Subjetivo (Philadelphia Geriatric Center, PGC) y en el instrumento de Calidad de vida (WHOQoL-OLD) y una prueba no paramétrica para observar el cambio entre la evaluación antes y después del taller con base en la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos Mayores.

Adicionalmente, se evaluó el estado cognitivo previo al taller y el nivel de depresión en las personas adultas mayores antes y después de la participación en el taller, se buscó interpretar dichos resultados con la finalidad de analizarlas como probables variables relacionadas con la calidad de vida y el bienestar, así como con el aprendizaje.

Además, a partir del análisis cualitativo se observó el discurso de los participantes a través de grabaciones de audio que se llevaron a cabo durante las sesiones, dicho discurso fue sometido a análisis y a saturación teórica, observando el cambio de éste, antes y después de asistir al taller. Este análisis fue llevado a cabo con base en los principios de la fenomenología y retomando de forma orientativa los factores abordados en cada uno de los instrumentos utilizados para el análisis cuantitativo con la finalidad de dar mayor orden y estructura.

Al término del taller, se aplicó a los participantes un cuestionario de satisfacción con el taller.

Finalmente, a los 6 meses de haber asistido al taller, se realizó un seguimiento, vía telefónica, con la finalidad de observar el impacto que tuvo el taller, en las y los participantes.

Análisis

Análisis cuantitativo

Para obtener el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 19.

Se realizó la prueba de normalidad a partir de la diferencia obtenida entre el pretest y postest, a partir de ello se considera el grado de significancia por medio de la prueba de Shapiro-Wilk debido a que la muestra evaluada es de 12 participantes, motivo por el cual se descarta la significancia obtenida por la prueba Kolmogorov-Smirnov la cual requiere una muestra de 50 participantes (Flores y Flores, 2021).

Posteriormente, con base en los resultados de la prueba de normalidad, se analizó el cambio observado entre la evaluación antes y después del taller (Clark-Carter, 2010).

En dicho sentido, en el Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE), en la Escala de Bienestar Subjetivo (Philadelphia Geriatric Center, PGC) y en el instrumento de Calidad de vida (WHOQoL-OLD) se aceptó la H₀; es decir, la muestra presentó una distribución normal con un valor de significancia de .513, .795, .065, respectivamente. Al tratarse de una muestra con una distribución normal se llevó a cabo una prueba T de Student para los instrumentos mencionados. Por el contrario, en la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos Mayores, se rechazó la H₀; es decir, la muestra no presentó una distribución normal con un valor de significancia de .006, por lo que se decidió realizar una prueba de Wilcoxon.

Análisis cualitativo

Se observó el discurso de los participantes a través de grabaciones de audio que se llevaron a cabo durante las sesiones, dicho discurso fue sometido a análisis y a saturación teórica, observando el cambio de éste, antes y después de asistir al taller.

Este análisis fue llevado a cabo con base en los principios de la fenomenología por medio de una descripción directa de la experiencia tal como es, obteniendo descripciones complejas de un fenómeno tal como es concretamente vivido o, en otras palabras, percibir la vida a través de las experiencias (Finlay, 2009; Fuster, 2019; Merleau-Ponty, 1993).

En este contexto, tal como lo menciona Castillo (2021) la palabra experiencia no se refiere al saber acumulado que se adquiere a través del tiempo, tampoco hace referencia al verbo experimentar, sino a aquello que nos sucede por el hecho de realizar nuestra existencia. Es decir, la investigación fenomenológica retomada en el presente análisis cualitativo parte de una preocupación por comprender la noción de experiencia vivida, donde no se resalta una serie de pasos que seguir o un método fenomenológico, concordante con lo mencionado por Van Manen (2003) cuando aborda la metodología de dichos principios fenomenológicos y resalta la ausencia de determinada estructura en temas, códigos, categorías y dimensiones. Aunque, es importante mencionar que en la presente investigación se retomaron de forma orientativa los factores abordados en cada uno de los instrumentos utilizados para el análisis cuantitativo con la finalidad de dar mayor orden y estructura.

Resultados

A continuación se describen los resultados con base en los puntajes obtenidos a partir de los instrumentos seleccionados para esta investigación, posteriormente se muestra el análisis estadístico donde inicialmente se realizó la prueba de normalidad a partir de la diferencia obtenida entre el pretest y posttest y a partir de ello se llevó a cabo una prueba T de Student para el Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE), en la Escala de Bienestar Subjetivo (Philadelphia Geriatric Center, PGC) y en el instrumento de Calidad de vida (WHOQoL-OLD). Así como se desarrolló una prueba de Wilcoxon para la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos Mayores.

Se realizó una única evaluación con el instrumento de Montreal Cognitive Assessment (MoCA), antes del taller, con la finalidad de observar un posible impacto del deterioro cognitivo sobre el cambio generado después del taller en las variables de calidad de vida y bienestar. Así mismo, se llevó a cabo una evaluación pretest, así como posttest con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS) con la finalidad de observar un posible impacto de la presencia de indicadores de depresión en los participantes sobre el cambio generado después del taller en las variables de calidad de vida y bienestar.

Aunado a la presentación de los resultados surgidos por el análisis cuantitativo se presenta el análisis cualitativo por medio del discurso de los participantes, este análisis se desarrolló con base en los principios de la fenomenología y retomando de forma orientativa los factores abordados en cada uno de los instrumentos utilizados para el análisis cuantitativo con la finalidad de dar mayor orden y estructura.

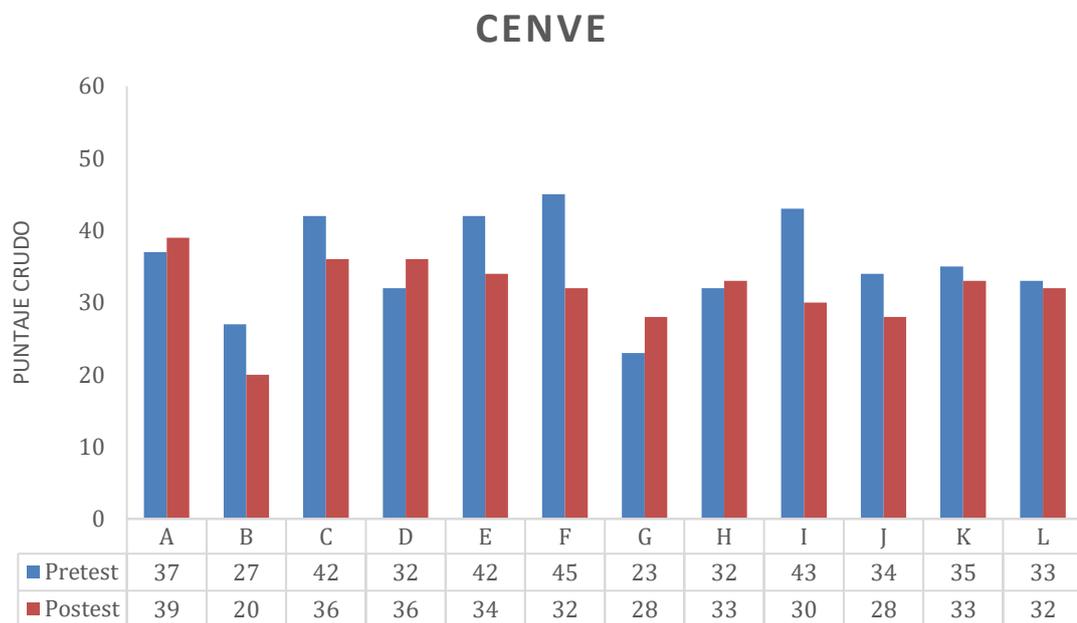
Posteriormente, se presentan los resultados obtenidos con base en la escala de satisfacción y en relación al seguimiento realizado.

En primer lugar, en la figura 6, se observan los resultados del Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) considerando los factores de salud, motivacional-social y carácter-personalidad, donde la suma de todas las respuestas varía de 15 a 60, donde cuanto

mayor sea la puntuación obtenida, más estereotipos presentan los participantes sobre su propia vejez. Se observa que los estereotipos negativos de los asistentes al taller sobre su propia vejez disminuyeron en 8 participantes (B, C, E, F, I, J, K, L) y aumentaron en 4 de los casos (A, D, G, H).

Figura 6

Puntajes CENVE

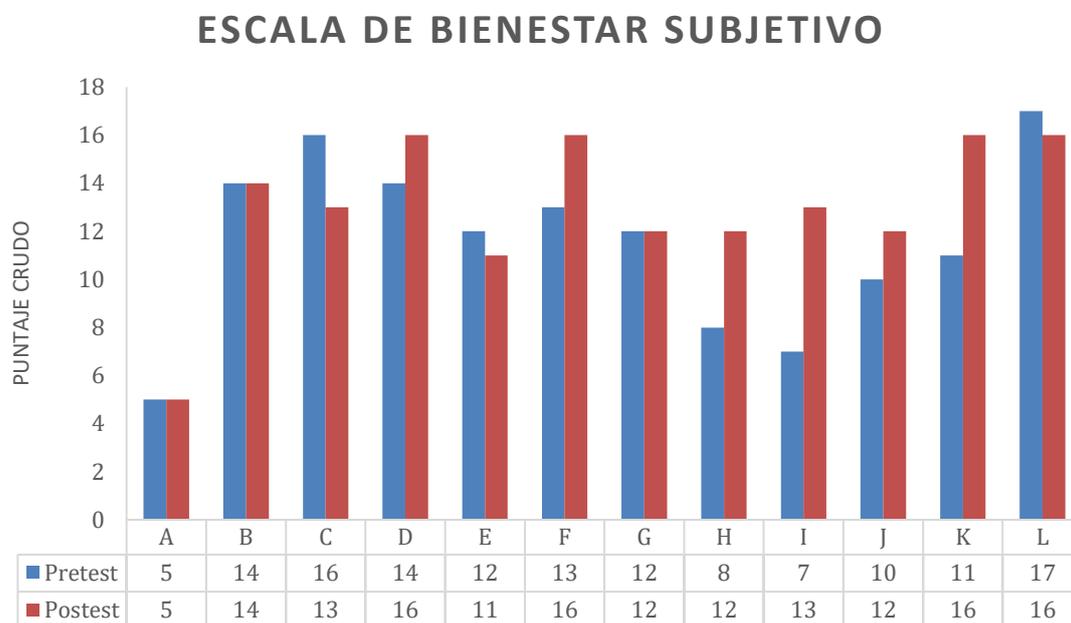


En la figura 7, se observan los resultados de la Escala de Bienestar Subjetivo (Philadelphia Geriatric Center, PGC), donde la suma de todas las respuestas varía de 0 a 17, donde cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mejor es el bienestar subjetivo del individuo.

Se observa que 6 de los participantes (D, F, H, I, J, K) mostraron un aumento en el nivel presentado de bienestar subjetivo, 3 casos presentaron una disminución (C, E, L) y 3 asistentes (A, B, G) no mostraron algún cambio.

Figura 7

Puntajes de la Escala de Bienestar Subjetivo

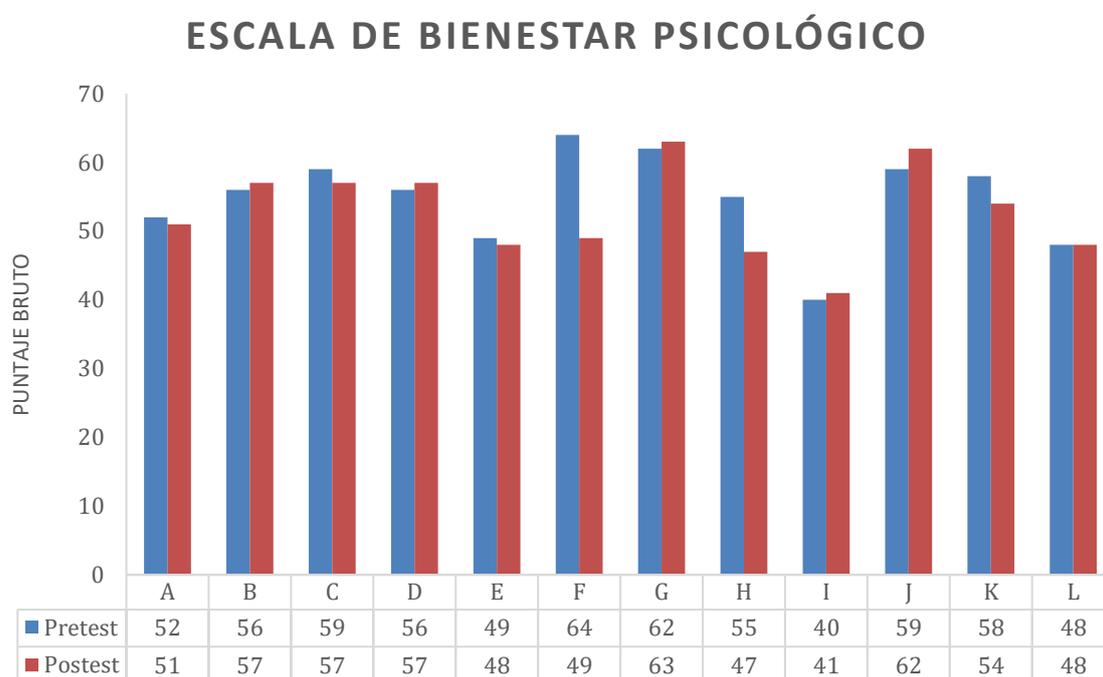


En la figura 8, se muestran los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos Mayores, en la cual se puede observar una puntuación mínima de 16 y una puntuación máxima de 64. Mientras mayor es la puntuación obtenida mayor es el grado de dominio personal y ambiental que posee el participante; así como presenta mayor grado de seguridad física y mental; y también muestra un mayor grado para mantener vínculos sociales confiables y duraderos; además de denotar un mayor grado de independencia personal y económica.

Se observa que 5 de los participantes (B, D, G, I, J) mostraron un aumento en el nivel de bienestar psicológico presentado, 6 casos (A, C, E, F, H, K) mostraron una disminución y 1 asistente (L) no mostró un cambio.

Figura 8

Puntajes de la Escala de Bienestar Psicológico

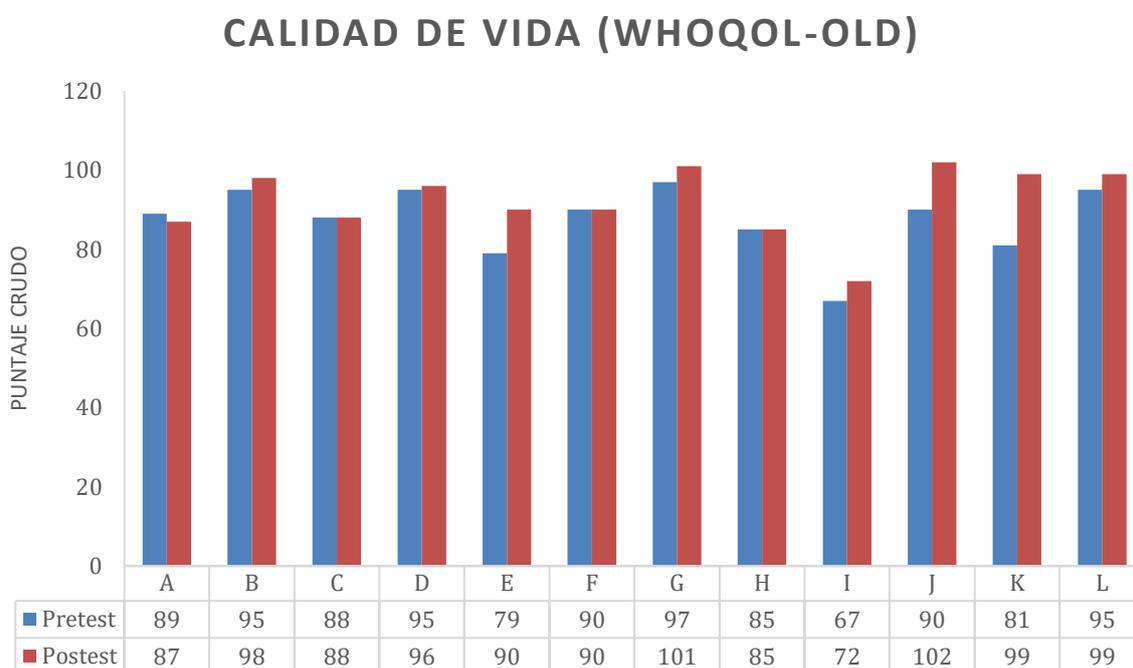


En la figura 9, se observan los resultados del instrumento WHOQoL-OLD, donde la suma de todas las respuestas varía de 24 a 120, donde entre más alta sea la puntuación, mejor es la percepción de la calidad de vida del individuo, específicamente en cuanto a lo referente a la muerte y morir; satisfacción con actividades; intimidad; habilidades sensoriales; participación en actividades; y autonomía.

Se observa que 8 de los participantes (B, D, E, G, I, J, K, L) mostraron un aumento en el nivel de calidad de vida reportado, 1 caso (A) presentó una disminución y 3 asistentes (C, F, H) no mostraron algún cambio.

Figura 9

Puntajes del instrumento WHOQoL-OLD



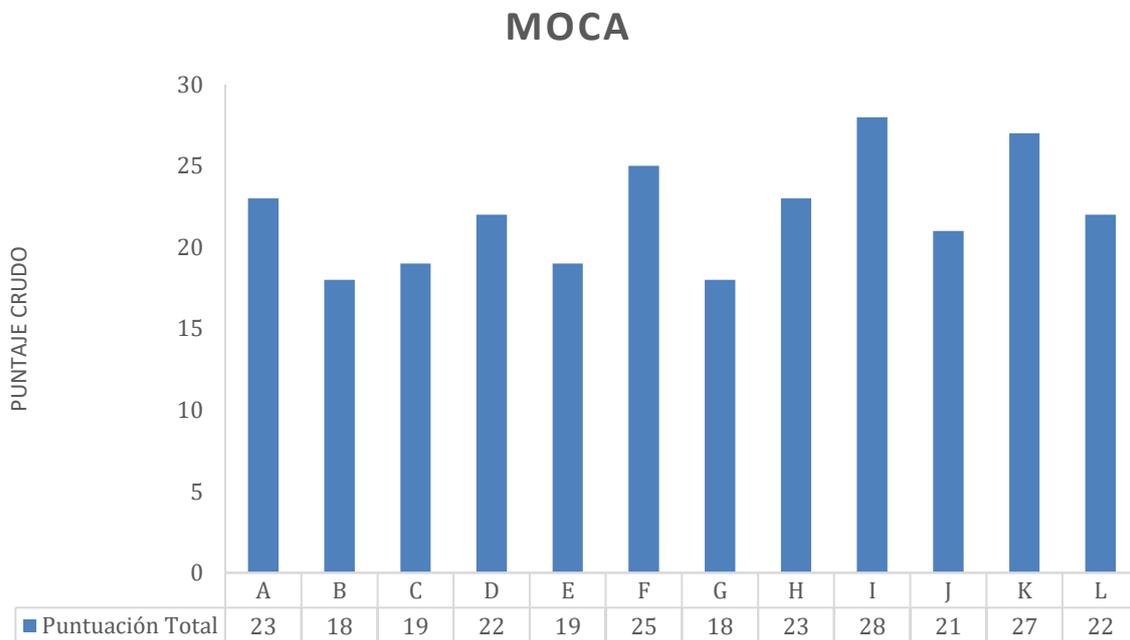
En la figura 10, se observan los resultados del Montreal Cognitive Assessment (MoCA), donde la puntuación tiene una gama de 0 a 30 puntos y se suma 1 punto a la puntuación total a los participantes con escolaridad ≤ 12 años. De tal modo que aquellos participantes que reflejan un puntaje ≥ 26 se consideran dentro de la normalidad para los dominios de memoria; capacidad visuoespacial; función ejecutiva; atención/concentración/memoria de trabajo; lenguaje; y orientación. Es importante señalar que con un punto de corte < 24 , se ha mostrado sensibilidad del 98% y especificidad del 93% para el diagnóstico de demencia. Así mismo, para detectar deterioro cognitivo leve (DCL), se ha observado una sensibilidad del 80% y una especificidad del 75% con un punto de corte < 26 puntos.

Cabe señalar que en 5 casos (B, C, E, G, I, J) se llevó a cabo la corrección por analfabetismo. Se observa que 9 participantes (A, B, C, D, E, G, H, J, L) obtuvieron un puntaje < 24 , lo que muestra la presencia probable de diagnóstico de demencia y 1 caso (F) tuvo un puntaje < 26 lo que indica

probable deterioro cognitivo leve (DCL). Por su parte, 2 asistentes (I, K) mostraron un puntaje ≥ 26 y por lo tanto se encuentran dentro de la normalidad, sin riesgo aparente de deterioro cognitivo.

Figura 10

Puntajes del Montreal Cognitive Assessment (MoCA)



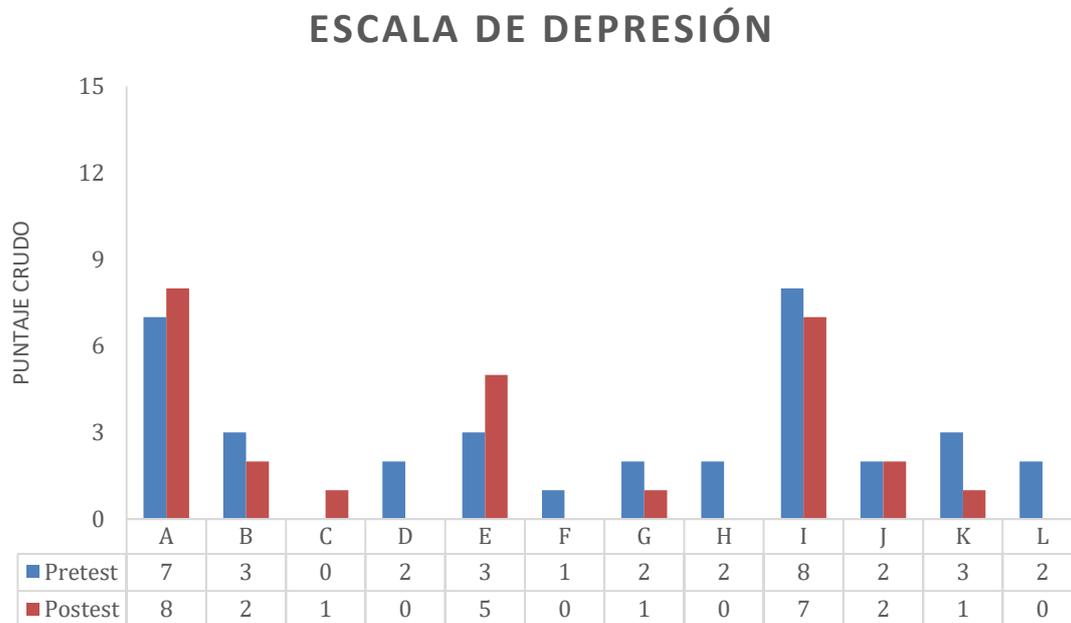
En la figura 11, se observan los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), donde la suma de todas las respuestas varía de 0 a 15, con un punto de corte de 5 o más, que indica presencia de sintomatología de depresión leve, así como a partir de 10 se considera moderada.

Se observa que 8 participantes (B, D, F, G, H, I, K, L), mostraron una disminución en el puntaje de depresión reportada, en 3 casos (A, C, E) se denotó un aumento y en 1 asistente (J) no se mostró algún cambio.

Cabe señalar que 2 participantes (A, I) presentaban sintomatología de depresión leve, misma que disminuyó en 1 punto en 1 participante (I) y aumentó en 1 punto en 1 asistente (A); sin embargo, se encontraban en el mismo punto de corte correspondiente a sintomatología de depresión leve.

Figura 11

Puntaje de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS)



Análisis estadístico

Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE).

Al tratarse de una muestra con una distribución normal se llevó a cabo una prueba T de Student (Tabla 8), la cual reflejó una t de 2.074 y un valor de significancia (bilateral) de .062, lo que denota que no existen diferencias significativas entre el pretest y el posttest en cuanto al nivel de estereotipos negativos hacia la vejez en los participantes del taller. Del mismo modo, se observó un tamaño del efecto de 0.54 lo que indica un tamaño del efecto grande y un poder de 0.32; es decir, para obtener un poder de 0.82 se requeriría de una muestra de 35 participantes.

Tabla 8

Prueba T de Student con base en el Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)

| 95% Intervalo de confianza para la diferencia | | t | Gl | Sig. (bilateral) |
|---|----------|-------|----|------------------|
| Inferior | Superior | 2.074 | 11 | .062 |
| -.225 | 7.558 | | | |

Con base en los factores que comprende el Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE); es decir, salud, motivacional-social y carácter-personalidad, se resaltaron dentro del discurso de los participantes los siguientes cambios en torno a la percepción de estereotipos negativos hacia la vejez antes y después del taller (Tabla 9).

Tabla 9

Discurso de los participantes en torno a los cambios en la percepción de estereotipos negativos hacia la vejez antes y después del taller

| PRETEST | POSTEST |
|---|--|
| <p><i>“Yo entiendo que la vejez es una etapa del ser humano y vamos a pasar por ahí, pero envejecer es también deteriorar nuestro cuerpo, pienso en los jóvenes que toman mucho, los vemos después y decimos se hizo viejito, se deterioró tanto el organismo que ya envejeció y tienen 30, 20 y 40 años, no son ancianos”.</i></p> | <p><i>“Cuando uno está solito como que piensa que la única persona adulta mayor es uno, pero no, realmente tenemos muchas personas que estamos en esta etapa”.</i></p> |
| <p><i>“Yo pienso que también es el trato de la familia, con la que convive uno, porque yo me he dado cuenta que hay personas que las miman mucho y ya se sienten inútiles, <u>viejitas</u> y siento que no lo están y yo siento</i></p> | <p><i>“Respeto al <u>adulto mayor</u>, no hablar en diminutivos”.</i></p> <p><i>“Yo ya estoy muy <u>vieja</u>, pero si aprendo lo que explica”.</i></p> |

PRETEST

que es como los tratan en su casa y como ellos quieren que los traten”.

“Yo veo a esta persona que está en la silla de ruedas, lo veo muy triste, veo que no puede caminar, que está atado a esa silla de ruedas, está solo. Y la otra imagen, a pesar de que es una persona mayor y anda con su bastoncito caminando, no se ve así como el señor, no se ve esa tristeza o soledad. Pienso que este señor pues está viendo esa área y siempre ha de ver lo mismo, las fotografías, los muebles y aquella señora cómo anda fuera ya ve otras cosas”.

“Y se ve que va contenta con ganas de vivir porque va caminando. El señor se ve resignado a su soledad”.

“El señor se ve resignado de que está enfermo y a la señora la vemos bien, no muy enferma, con su bastón y se ve tranquila”.

“La persona en la silla de ruedas está sola en su habitación imagino yo que abandonada y la otra persona es una persona mayor también pero que todavía tiene bastante fuerza”.

“Veo al señor serio cómo que a la lejanía percibe algo, pero no le motiva. Está tapadito y solo. La señora adulta mayor que va caminando también se ve que va sola, nadie la acompaña, su paso se ve lento, pesado, como cansancio, eso percibo, el abandono y el sentirse desprotegidos los dos”.

“No sé la persona que está en la silla, no sé qué pasará, si no tendrá ganas de caminar su silla o estará descansando. A la señora la veo paradita y a lo mejor está cansada, está descansando pero ella lucha por poder caminar”.

“Luego yo si digo ahí está el abuelito o abuelita”.

“Viejo es despectivo, así como desprecio”.

POSTEST

“A veces pareciera qué abuelito o abuelita implica más ternura, más cuidado al decirlo”.

“Muchas personas no les gusta es más si les dicen abuelitos dicen, - se están burlando de mí-, así lo han comentado y otras al contrario dicen, - no me digan en diminutivo- y pues hay diferentes sentimientos en las personas”.

“Falta mucha sensibilidad y conocimiento porque si no se conoce no lo vamos a poder cambiar, meditar o reflexionar sobre el respeto, viejismo, todo eso”.

“No saben también qué es discriminación jurídica y pues nada más lo que hacen es callarse, ofenderse”.

“Hoy me doy cuenta de la discriminación y la verdad sí hemos sido agredidos, somos agredidos cuando nos dicen -vieja, tú qué sabes, ignorante-. La persona adulta mayor no vale menos que otras, sino que somos iguales, todos como jóvenes y adultos merecemos respeto”.

“Tengo una mamá de 93 años, ella tiene deseos de algunas cosas, de ser ella, moverle a la sopa, nos da miedo, pero quiere bajar los platos, pero hay que respetarla. Creo que estoy más afectada que ella, a pesar de todo ello yo quiero salir, yo quiero ser libre y yo quiero caminar, yo quiero bordar. Entonces pienso en ella y digo ella también quiere”.

“Seguimos aprendiendo desde que nacemos hasta que nos vamos a morir, yo creo eso”.

“Reflexionando me parece como cuando nosotros le decimos al niño -qué tonto eres, no te fijas, ya te caíste, eso no se hace- y se lo vamos pegando, es una frase que se nos pegó desde años que se dice y se dice y pues se queda”.

“Lo que nos hace falta es sensibilidad, realmente nos falta mucha preparación y

PRETEST

“Yo soy abuela por dos lados, por un lado, pues porque tengo nietos y por otro lado, pues porque yo siento que estoy en la ancianidad”.

“Hay veces que aunque tengamos la necesidad no somos capaces de aceptar que lo necesitamos”.

“La sexualidad es una relación entre hombres y mujeres, bueno ahora ya no podemos decir qué es entre hombres y mujeres, inclusive dos mujeres o dos varones que imagino se llama igual, pero en nuestros tiempos era increíble”.

“La sexualidad se refiere a amistad”.

“Yo no sé definir a la sexualidad”.

“La sexualidad podría ser un placer, siempre hemos tenido la idea de que es algo incorrecto, a veces a las mujeres se nos cierra la posibilidad de tener una nueva pareja”.

“Yo no tengo esposo, tengo mucho que se me murió entonces yo no tuve esa fortuna de tenerlo hasta esta edad, yo no puedo opinar”.

POSTEST

educación para vencer todos esos prejuicios, sensibilizarnos y hacer un esfuerzo, nosotros también como personas, nuestro autoconocimiento y decir qué puedo hacer para mejorar, para cada día estar mejor”.

“La verdad es que hay muchos estereotipos que están muy equivocados y ya tenemos otra idea, muchos estereotipos que uno tiene son como decretos, yo soy una viejita o yo estoy muy viejita y ya no puedo hacer eso, cuando en realidad estamos bien”.

“Dicen bueno pues todos esos de 60 y más para allá, estos no, y que es 60 años y más pues toda la acumulación de vivencias, experiencias y lo desechan”.

“Somos importantes aún en esta etapa”.

“A veces pienso que porque soy vieja ya no sirvo para nada pero estas pláticas me han ayudado y las he valorado mucho”.

“Ya mejor no me veo en el espejo, pero luego digo no pues es normal que me salgan estás arrugas”.

“Antes decían sexualidad y pues se referían a tener sexo y pues como dicen ahorita, son tantas cosas que no solo se refiere eso”.

“Hay mucho tabú al hablar de sexualidad y eso también es cultural, todos somos seres humanos y valemos lo mismo sea cuál sea su género y sea cuál sea su preferencia, es un ser humano”.

“Entiendo qué el erotismo es el deseo, la excitación y el orgasmo y hay gente que le emociona otras cosas, tanto, qué es como si tuviera un orgasmo, tal vez a quién le gustan las pinturas o les gusta un artista o algo”.

“La sexualidad sí tiene que estar presente, justamente en las edades mayores puede ser un masaje, puede ser besos, abrazos, cuidados, caricias, quizá te doy tu medicina. Solo es cambiar las formas no el fondo, no tiene uno que cancelar esa sexualidad, al

PRETEST

POSTEST

contrario, puede ser orientado a la salud, al bienestar físico y emocional de ambos”.

“Por ejemplo hablar de una sexshop es inconcebible, juguetes sexuales y yo creo que sería bueno porque muchos no lo vivimos en nuestra juventud toda esa parte y digamos no tiene nada de malo”.

“También pensar que los hijos ya hicieron su vida y que uno puede hacer la vida de uno, debería de haber un respeto”.

“Al principio decía yo no puedo describirlo porque son muchas cosas y yo no había entendido. Si tenemos la oportunidad de retomarlo en todos los aspectos no solo lo que teníamos en la vida sexual de la pareja sino en todo sentido amplio que tiene la sexualidad”.

“El hecho de mis arrugas, de mis canas, de mi aspecto físico que subí de peso eso implica un caminar y ese caminar es importante”.

“Antes no podíamos expresarnos sobre la sexualidad, aunque soy enfermera tenía ese tabú”.

Escala de Bienestar Subjetivo (Philadelphia Geriatric Center, PGC).

Al tratarse de una muestra con una distribución normal se llevó a cabo una prueba T de Student (Tabla 10), la cual reflejó una t de -1.809 y un valor de significancia (bilateral) de .098, lo que denota que no existen diferencias significativas entre el pretest y el posttest en cuanto al nivel de bienestar subjetivo que presentaron los asistentes al taller. Así mismo, se observó un tamaño del efecto de 0.4 lo que indica un tamaño del efecto mediano y un poder de 0.22; es decir, para obtener un poder de 0.86 se requeriría de una muestra de 60 participantes.

Tabla 10

T de Student con base en la Escala de Bienestar Subjetivo (Philadelphia Geriatric Center, PGC)

| 95% Intervalo de confianza para la diferencia | | t | Gl | Sig. (bilateral) |
|---|----------|--------|----|------------------|
| Inferior | Superior | -1.809 | 11 | .098 |
| -3.140 | .307 | | | |

Por su parte, tomando de base los factores que comprende la Escala de Bienestar Subjetivo (Philadelphia Geriatric Center, PGC); es decir, agitación, actitud hacia su propio envejecimiento y soledad/insatisfacción, se resaltaron dentro del discurso de los participantes los siguientes cambios en torno al bienestar subjetivo antes y después del taller (Tabla 11).

Tabla 11

Discurso de los participantes en torno a los cambios relativos al bienestar subjetivo antes y después del taller

| PRETEST | POSTEST |
|--|--|
| <i>“Yo creo que es algo a lo que le tememos todos, pasar de un punto a otro, cuando yo tenía como 20, tenía un amigo que me preguntaba ¿cuántos años tienes? y le decía 20 y le preguntaba ¿y tú? y me decía ¡ay, a mí no me preguntes!”</i> | <i>“Aprendí que aún puedo salir y no sentir miedo a estar sola en la calle”.</i> |
| <i>“Cuando me preguntan mis compañeras ¿cómo estás? Les digo bien, pero es como parte de nuestra cultura, pero estos altos y bajos afectan emocionalmente”.</i> | <i>“Hay que reconocer que somos el resultado de nuestras acciones, de nuestras decisiones, si estamos como estamos es porque todo lo que hicimos es una decisión que tomamos en cada momento”.</i> |
| | <i>“Ya no lloro, me ayudó a tener mayor estabilidad emocional”.</i> |
| | <i>“Los aprendizajes que considero más importantes del taller son la estabilidad emocional y a partir de eso hacer cosas nuevas, mejor estado de ánimo”.</i> |
| | <i>“Ciertamente yo vivía con mucho miedo y yo una vez hasta me puse a llorar con usted</i> |

PRETEST

“A veces uno no valora lo que tiene, no valora la vida, no valora las cosas que Dios nos da”.

POSTEST

porque sentía mucha angustia, mucho miedo; sin embargo, ahorita ya vamos avanzando, vamos mejorando”.

“Me siento con más fuerza de echarle ganas a la vida”.

“Una cosa que no he valorado mucho es que una vez hice una estrategia increíble. Nunca lo había valorado, pero ahorita salió a tema y fue un obstáculo fuerte, importante, que no valoré en ese momento”.

“Nos vamos con el recorrido de lo que hemos hecho en la vida y pues eso nos enriquece mucho”.

“Me siento con más fuerza, ánimo porque me da gusto reconocer los valores que tenemos, aunque estemos viejos”.

“Reconocer virtudes del otro y decírselas, nunca lo decimos o nos lo dice alguien y es muy importante el reconocimiento porque nos hace sentir bien, que estamos siendo reconocidos”.

Escala de Bienestar Psicológico para Adultos Mayores.

Al tratarse de una muestra que no presenta una distribución normal se llevó a cabo la prueba Wilcoxon (Tabla 12), la cual reflejó un valor de significancia (bilateral) de .320, lo que denota que no existen diferencias significativas entre el pretest y el posttest en cuanto al nivel de bienestar psicológico que presentaron los asistentes al taller. Del mismo modo, se observó un tamaño del efecto de 0.3 lo que indica un tamaño del efecto mediano y un poder de 0.13; es decir, para obtener un poder de 0.80 se requeriría de una muestra de 95 participantes.

Tabla 12

Prueba de Wilcoxon con base en la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos Mayores

| | |
|---------------|--------------------|
| Z | -.995 ^a |
| Sig. asintót. | .320 |

a. Basado en los rangos positivos

Con base en los factores que comprende la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos Mayores (grado de dominio personal y ambiental; grado de seguridad física y mental; grado para mantener vínculos sociales confiables y duraderos; grado de independencia personal y económica), se resaltaron dentro del discurso de los participantes los siguientes cambios en torno al nivel de bienestar psicológico presentado antes y después del taller (Tabla 13).

Tabla 13

Discurso de los participantes en torno al nivel de bienestar psicológico presentado antes y después del taller

| PRETEST | POSTEST |
|---|---|
| <i>“Mi interés es mejorar mi salud porque ando bajo de salud, a veces me preocupo demasiado porque no me siento en las condiciones de cuando tenía 30, 40 años, ahorita ya bajé, lo más importante para mí es mejorar mi salud para que siga contento con mi familia y por lo tanto también aprender nuevas cosas”.</i> | <i>“Algo que yo quiero hacer como una meta es estar más saludable, yo tengo el problema de la obesidad. La meta es lograrlo con pasos cortitos para hacer ejercicio, siempre digo tengo que hacer ejercicio, pero al otro día no me levanto, entonces ese es un paso, levantarme un poquito más temprano para que 10 o 15 minutos pueda hacerlo”.</i> |
| <i>“Mi preocupación es venir de un papá que murió de una enfermedad de riñón y fuimos 9 hermanos y 7 tenemos la enfermedad y ya fallecieron mis hermanas mayores”.</i> | <i>“Mi meta es seguir trabajando para seguir haciendo realidad todo lo que hicimos antes, seguir trabajando, pero ahorita ya con más calma, más tranquilidad y ser felices con lo que nos gusta, vivir contentos con todo lo que Dios nos ha dado”.</i> |
| <i>“El primer obstáculo que resolví fue venir aquí porque como estoy con mis papás y me</i> | <i>“Es importante que yo ponga más atención a mi persona y me faltan muchas cosas que no</i> |

PRETEST

hago cargo de las cosas y me dicen - ¿A dónde vas ahora? -".

"En cuanto a la preocupación pues coincidimos, los hijos, la familia, la salud de mis papás porque ya están bastante grandes, están en los 90".

"Nos sentimos un poquito aislados de los demás y pues necesitamos tener amistad con los demás, a lo mejor aislados de nuestros hijos porque cada quien tiene su hogar, pero nosotros necesitamos de la demás gente que nos rodea".

"Regularmente ya estamos alejados de los trabajos y pues necesitamos platicar de nuestras alegrías y preocupaciones a alguien".

"Pero también es muy criticado que una mujer tenga amistad con un hombre porque piensan que tienen otro tipo de relación, todavía no nos acostumbramos a ese tipo de cosas".

"A veces también los hijos nos critican porque pues yo trabajé en el hospital y cuando los llevo a ver pues yo los abrazo y pues me da gusto verlos y a mí me encanta abrazarlos y luego me regañan".

"Yo trabajaba durante la mañana, y saliendo de ahí las compañeritas -ven, vamos a cenar algo y nos íbamos a tomar algo- pero ahorita ya no es lo mismo, pero se conservan, y creo que es difícil buscar amigos, pero a la vez creo que mis amigos me buscan".

POSTEST

las hago y decir no importan mis canas, mis arrugas, estar alegre siempre y vestirme con lo que a mí me gusta y si tengo deseos de maquillarme y si me dicen que no me queda, te ves mal o qué ya no está bien, eso pues no importa, yo trato de arreglarme y tomar ese tiempo para mí".

"Y esto, por ejemplo, mi esposo me hubiera dicho que haces allá en el chisme, pero se está uno fortaleciendo para tantas cosas que necesitamos".

"Me siento con planes para superar nuestras preocupaciones por esta etapa de la vida".

"Si sabemos que su esposo está mal, pues luego ya nada más le pregunta uno - ¿cómo se ha sentido, cómo sigue tu esposo, te puedo ayudar en algo?-, aunque tal vez uno no puede ayudar en mucho pero en el ánimo sí, a lo mejor mandar alguna imagen de fe, de esperanza o de todo va a estar bien".

"Importante que es comunicarse porque si queremos ayudarlo, no solo es darle una moneda, sino también escuchando a las personas y eso es muy importante porque esa persona me fortalece".

"Estamos ocupados en lo que estamos haciendo y cuando nos quieren decir algo decimos - sí sí, ahorita, estoy lavando los trastes-, pero no estamos estableciendo contacto visual que dijimos que es muy importante".

"Muchas veces con las personas no sabemos escuchar, a veces como dicen estamos pensando en otras cosas y se nos van palabras o cómo expresarnos con ellas, pero ahorita ya voy a poner más atención y darles tiempo para saber escuchar".

"Ahora puedo relacionarme mejor con mi familia y con otros adultos mayores".

"En el taller aprendí sobre el respeto, la comunicación, solidaridad y escucha".

PRETEST

“Yo creo que si se reducen (las amistades) porque ya no podemos participar en muchas cosas”.

POSTEST

“Aprendí formas de relacionarse con los demás”.

“Aprendí el saber escuchar porque antes no sabía escuchar, interrumpía a las personas”.

“Voy a ser más paciente y comprensiva, ser atenta con los demás en mis posibilidades”.

Calidad de vida (WHOQoL-OLD).

Al tratarse de una muestra con una distribución normal se llevó a cabo una prueba T de Student (Tabla 14), la cual reflejó una t de -2.685 y un valor de significancia (bilateral) de .021, lo que denota que existen diferencias significativas entre el pretest y el posttest en cuanto al nivel de calidad de vida que presentaron los asistentes al taller. Así mismo, se observó un tamaño del efecto de 0.54 lo que indica un tamaño del efecto grande y un poder de 0.32; es decir, para obtener un poder de 0.82 se requeriría de una muestra de 35 participantes.

Tabla 14

T de Student con base en el instrumento WHOQoL-OLD

| 95% Intervalo de confianza para la diferencia | | T | GI | Sig. (bilateral) |
|---|----------|--------|----|------------------|
| Inferior | Superior | -2.685 | 11 | .021 |
| -8.492 | -.842 | | | |

Con base en los factores que comprende el instrumento WHOQoL-OLD; es decir, muerte y morir; satisfacción con actividades; intimidad; habilidades sensoriales; participación en actividades; y autonomía, se resaltaron dentro del discurso de los participantes los siguientes cambios en torno al nivel de calidad de vida presentado antes y después del taller (Tabla 15).

Tabla 15

Discurso de los participantes en torno al nivel de calidad de vida presentado antes y después del taller

| PRETEST | POSTEST |
|--|--|
| <i>“Precisamente yo estaba haciendo bicicleta fija y me preocupa que vaya a ver algún problema, pero estoy teniendo cuidado de hacer un mínimo sin sentirme mal, también he hecho un poquito de caminadora y pesas pero no aguanto mucho en total hago como 20 minutos de las tres cosas”.</i> | <i>“De los aprendizajes más importantes para mí fueron la importancia de hacer ejercicio para mantener un cuerpo lo más sano posible, lo mismo que la alimentación, pero sobre todo valorar mi persona integralmente con todas sus capacidades y limitaciones, siempre viendo hacia adelante”.</i> |
| <i>“Estoy haciendo (levantamiento de pesas con brazos) hasta 50 veces o 30 veces más o menos”.</i> | <i>“Ahora comprendo que he estado abusando de los ejercicios de los brazos”.</i> |
| | <i>“A veces cuando estoy haciendo mi quehacer me pongo a bailar y me dice - estás loca -, pero no, en realidad es ejercicio bailar”.</i> |
| | <i>“Lo de la sístole y diástole, todo eso, muy bien, como que eso nadie nunca no lo explica paso por paso, estuvo muy interesante”.</i> |
| | <i>“Me ayudó, anoté ejercicios y los hice, algunos los voy a hacer, voy a repasar y recordar”.</i> |
| | <i>“Yo no tenía lentes cuando entre con usted, pero ahora con el curso ya sé que debo de ponerme lentes, que si no estoy bien de mis pies, debo de cuidarlos”.</i> |
| | <i>“Yo encontré otros ejercicios para adultos mayores”.</i> |
| <i>“Ahorita me integro al movimiento que es una parte de lo social, de buscar el bien común y bueno eso me interesa”.</i> | <i>“Una de las metas es invitar a más personas jóvenes aquí, que poco a poco se vayan interesando en ese objetivo común y el objetivo es mejorar colectivamente”.</i> |
| <i>“Me gusta, bueno me gustaba porque ya no puedo bailar y también disfrutaba mucho los encuentros familiares”.</i> | <i>“Continuar con la formación que nos están dando en la comunidad, eso me ayuda mucho a estar leyendo, a estar reflexionando y los comentarios de los demás es una de las cosas bien importantes porque es fortalecimiento para nuestra alma, para nuestro espíritu”.</i> |
| <i>“Me gusta aprender, platicar y la terapia”.</i> | |
| <i>“Me gusta visitar a los enfermos y orar para que la familia no fuera descuidada con su vida”.</i> | |

PRETEST

“Otra de las cosas es que me gusta mucho bordar, tejer, yo elaboro mis manteles, las servilletas, todo elaboró yo”.

“Y otra de las cosas que me gusta son las plantas y entre las plantas las flores y entre las flores las rosas y entre las frutas los mangos”.

POSTEST

“A veces pensaba que ya no tenía caso las cosas que me gustan hacer, ya había perdido el interés, pero con todas las enseñanzas pensé que aún en lo que pueda todavía lo puedo hacer”.

“Mi meta es buscar espacios para realizar mis gustos, bailar, cantar, leer, dibujar y es que además pienso que si es necesario”.

“Cuidar también a nuestros congéneres y compañeros como seres humanos ya sea en la religión, en lo social, en lo económico”.

“Yo voy a seguir bordando, eso es lo que me distrae, me gusta, ya le pedí a la señora que me ayuda que el martes vaya y traiga mis telas, que la lleve el señor que nos presta el servicio”.

“Lo que yo creo que es prioritario es lo de la pandemia, cuidar la ecología, cuidar los residuos, hacer la separación que nos dicen de la basura”.

Por su parte, es de importancia mencionar que se denotaron cambios en el discurso de los participantes antes y después del taller en torno a temáticas vinculadas a la dinámica grupal dentro del taller; al impacto de la pandemia por COVID-19 en su vida diaria; a su experiencia con respecto al aprendizaje de habilidades de atención plena, de respiración diafragmática y de relajación muscular progresiva; y a la confusión conceptual entre vejez y envejecimiento (Tabla 16).

Tabla 16

Discurso de los participantes antes y después del taller en torno a otras temáticas

PRETEST

“Quiero disculparme porque perdí el oído, entre muchas otras cosas que perdí, hay cosas que entiendo y hay otras cosas que no”.

“Cuando salía mucho me gustaba mucho visitar a los enfermos, tenía muchas

POSTEST

“Apenas en estos días ya he estado componiendo y algunos ya les puse tono con la guitarra”.

“Ambas (refiriéndose a sus compañeras) son personas importantes en mi vida porque

PRETEST

amistades, pero ahora como ya no salgo, solo con mi familia”.

“Este confinamiento me vino afectar porque no puedo salir a caminar, tengo un espacio afuerita, pero con tanta contaminación no se podía”.

“No tengo aún visita, vinieron mis nietas, pero de lejos, todo lo demás lo recibo por la ventana, es una situación difícil la que estamos pasando”.

“No se los señores, pero nosotras como amas de casa a veces nos pasa, nuestro pensamiento está en que tengo que ir acá, tengo que ir allá, todas las cosas que uno

POSTEST

me enseñan de su vivencia y eso me da lucidez para seguir”.

“Si ella veía que era difícil que fuéramos amigas yo creo que ya somos amigas, son niveles, pero ya estamos muy encaminadas, estamos aprendiendo algo en común”.

“Ahorita me he sentido como en familia con todos ustedes, yo soy muy callada y no hablo mucho y ahorita me siento muy contenta, es el mejor grupo con el cual he participado”.

“Me siento muy contenta, soy muy poco expresiva, me desconocí y me expresé”.

“Nos escuchamos mucho y compartimos muchas cosas lindas, la confianza, la cercanía, el afecto, el cariño, cosas bonitas, muy positivas”.

“Nos dimos redes mutuamente y yo creo que es importante”.

“Esto nos ha ayudado a recuperar un poquito de confianza, pues con esta situación ya no nos hemos visto, no hemos convivido”.

“Hemos decidido tomar todas las precauciones necesarias para no contribuir a contaminarnos, ya nos vacunamos, salimos poco al patio. Por otro lado, pues yo estoy contenta de continuar con la comunicación con mis hijos vía virtual no hay de otra, a través de la ventana”.

“Estamos en una época de encierro, pero por ejemplo, ahorita que nos estamos reuniendo poco a poco nos vamos conociendo”.

“En este encierro por la pandemia pues usar el teléfono y mandar por mensaje, si tenemos el WhatsApp y si no tenemos ese medio a través de alguna persona -oye, ¿cómo está?, me saludas a la familia- para que les llegue el mensaje”.

“Yo estaba pensando que ahorita como mis hijos se pusieron a pintar, está toda la casa tirada y que iba a regresar, se me vino a la

PRETEST

tiene que hacer, lo hacemos tan automático, a veces, que ya no se concentra uno en eso (en los detalles)".

"A mí sí me costó trabajo dejar ir los pensamientos, también me pasa cuando estoy rezando lo que ya me sé, y ya estoy pensando, y vuelvo a empezar para volver a decirlo bien".

"Al principio me mareo pero ya conforme va pasando, va disminuyendo. Me sentí relajada"

"Vamos afinando más la técnica de la respiración en tres momentos, entonces se nos va a ser más fácil aplicarlo porque estamos aprendiendo más".

"Estamos en una sola postura y hacer esto me hizo sentir bien".

"Yo traía dormidas las manos, pero ya no al hacer el ejercicio".

"Creo que sentí dolor en la espalda, cuello".

"Sentí dolor en la espalda alta, en los pies".

"Yo siempre me encorvo y tengo dolor de espalda entonces esto me ayuda a ponerme derecha y mover el músculo, relaja".

POSTEST

mente eso, pero ya dije ahorita en lo que estoy".

"Se olvida uno de todo y no llega algún pensamiento, a mí no me interrumpió ningún pensamiento".

"A mí me quería venir (un pensamiento) pero ya con el ejercicio fue diferente".

"No estuve enjuiciando, ni viendo lo bueno, lo malo de las cosas y pues se mete uno en otra frecuencia, no está uno con ese pensamiento obsesivo de porque le dije, no le dije, sino que entra uno en paz".

"A pesar de que vengo corriendo logré relajarme".

"Me ayuda mucho, bastante, hacer un espacio breve porque he estado muy atareada desde la mañana, todo el día y ese ratito me ayuda a detenerme un ratito y es muy bueno".

"Estaba un poco nerviosa pero sí me ayudó la respiración a ponerme un poco más relajadita".

"Me sentí tranquila. Se siente muy rico respirar".

"Yo me sentí en paz".

"El taller muy interesante y las exponentes nos dieron oportunidad de relajarnos y sentirnos bien".

Finalmente, los participantes mostraron una alta satisfacción en el cuestionario aplicado al concluir el taller, el cual fue administrado a cada uno de los asistentes, incluyendo a quien no fue evaluado por los instrumentos seleccionados (Figura 12, Figura 13).

Figura 12

Resultados de la escala de satisfacción

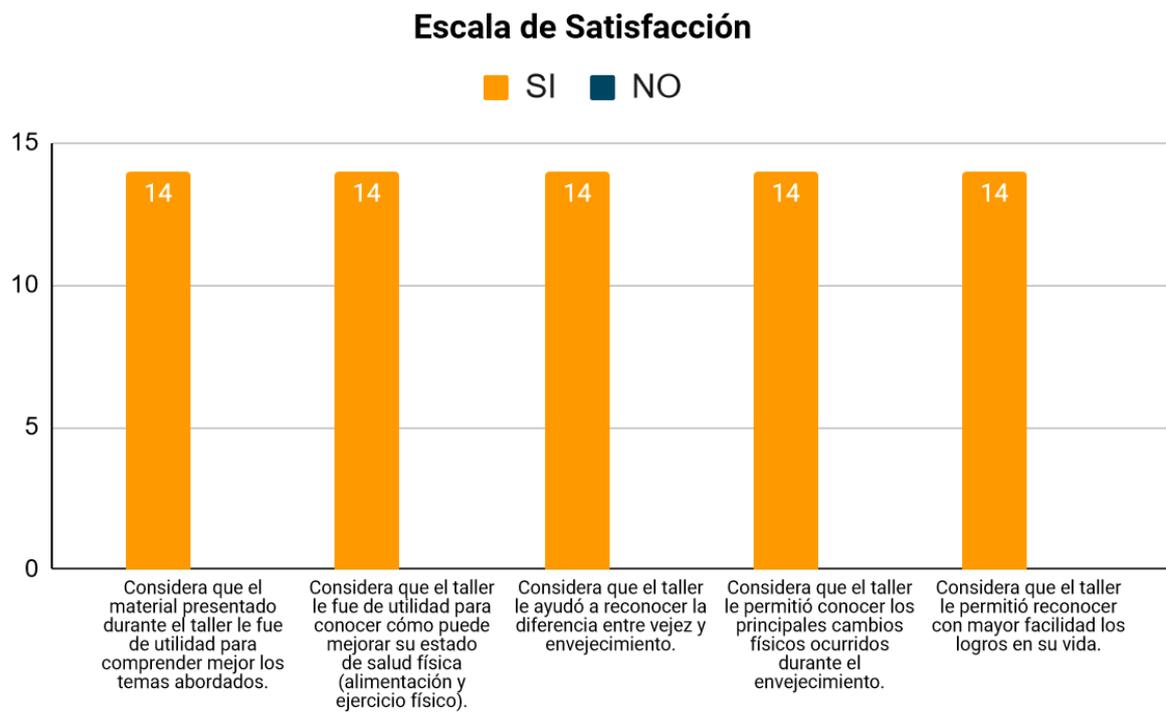
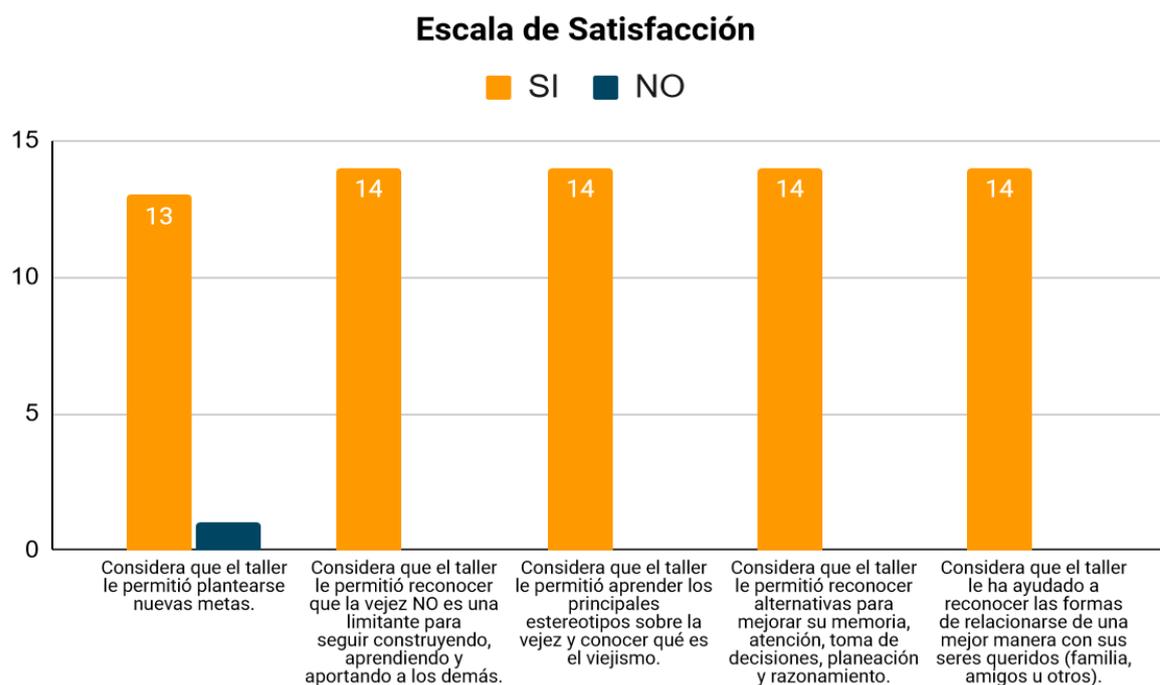


Figura 13

Resultados de la escala de satisfacción



Del mismo modo, a través del discurso se pudieron resaltar algunos elementos importantes en torno al nivel de satisfacción: *“Me siento satisfecha porque he aprendido cosas nuevas y agradecida porque fue un taller agradable bien planeado, que nos hace saber que somos importantes aún en esta etapa”*; *“Agradezco haber participado en este taller tan importante donde aprendí que sí importamos”*; *“El taller muy interesante y las exponentes muy preparadas y amables tanto que nos dieron oportunidad de relajarnos y sentirnos bien y con planes para superar nuestras preocupaciones por esta etapa de la vida”*; *“Me gustaría que otros tomarán el taller, es muy bueno”*; *“Nuevamente gracias por lo que nos ha enseñado en este valioso taller, las felicito por su dedicación y acciones para favorecer y conocer más sobre la vejez”*; *“Me gustó todo lo que nos compartieron, para mí fue un gran regalo, gracias”*; *“Que se vuelva a realizar para invitar a más personas, así como otras temáticas”*.

Posteriormente, al realizar el seguimiento a los 6 meses de que los asistentes acudieran al taller, se logró contactar a 7 de ellos, los cuales reflejaron un impacto prolongado del aprendizaje adquirido en el taller: *“Antes me sentía mal por ser vieja, ya no me dejaban vestirme como yo quería pero lo superé”*; *“A mí me gusta escuchar música y me pongo a cantar aunque me digan -son de tus tiempos-, amarro una cuerda en la escalera y ya me pongo a bailar”*; *“Me gusta bailar y bailo normalmente, confirmo que puedo hacer de todo y tomar precauciones cuando hay peligro”*; *“Aprendí a que no nos digan viejito, pido respeto a como me llamen, que sea con cariño o amor”*; *“Estoy aprendiendo a tocar guitarra, me gusta y no me siento cansado”*; *“Tenía la intención de un cambio y lo hice, de alimentación y de estabilidad emocional”*; *“Sino hubiera tomado el taller seguiría en mi globo”*; *“Estoy pasando por un momento de tranquilidad, aceptando limitaciones”*; *“He estado más estable, activa, a mí se me iba mucho en llorar y ahora lo hago menos”*; *“Me siento en paz, con tranquilidad, no somos un estorbo o inútiles, hay varias cosas que llenan de alegría, podemos hacer ejercicio y cuidar la alimentación”*; *“He tenido el proyecto de vivir en otro lugar para tener un jardín”*; *“Juego con pelota y digo -no importa, tenemos que hacer cosas que nos agradan”*.

En términos generales se puede resaltar que se logró promover la reconstrucción de la identidad en la vejez y la práctica de empoderamiento en personas adultas mayores a través de la participación en el taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades, titulado *Nunca es tarde para vivir con mayor plenitud*, para generar cambios en su nivel de bienestar y calidad de vida los cuales se mantuvieron durante al menos 6 meses.

Discusión

A partir de la impartición del taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades, *Nunca es tarde para vivir con mayor plenitud*, conjunto a los resultados obtenidos pretest y postest a través de los instrumentos de evaluación seleccionados, se puede observar que dicho taller facilitó la disminución de los pensamientos negativos en torno a la vejez a través de un cambio en la forma en cómo la persona adulta mayor visualiza su propia vejez, reflejado en la disminución de la presencia de estereotipos hacia su propia vejez en la mayoría de los participantes, medido por el Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE), cuyos resultados se mostraron como no estadísticamente significativos probablemente al tener una muestra pequeña.

Por su parte, en el discurso de los participantes se reflejó, al término del taller, que observaban la diferencia entre vejez y envejecimiento, donde la vejez es vista como una etapa única para cada persona que la vive en la cual se hace presente el viejismo el cual, si se desconoce, limita a la persona adulta mayor, pero por el contrario si se tiene conocimiento de dicha discriminación, se puede ejercer un mayor ejercicio de los roles, derechos y deberes por parte de las personas adultas mayores, posicionando a la vejez como una etapa importante del ser humano, como lo es cualquier otra, al verse como personas más que como un rango etario, reconfigurando la identidad a través del cuestionamiento de diversos estereotipos de la vejez que tiene la población mexicana (Giraldo, 2015).

Los estereotipos de la vejez se derrocaron con la experiencia personal de los participantes del taller, anulando la fragmentación del ciclo vital, viendo hacia el futuro a partir de un pasado y un presente vivido. Es decir, tal como lo menciona Muchnik (2005) definir a la vejez como un momento del ciclo vital en el que el ser humano puede, de acuerdo con las condiciones de vida que tenga en el momento, renovar y redefinir su proyecto de vida, a través del cuestionamiento de las premisas deterministas que retoma Marrufo (2020) donde se plantea que la vejez es únicamente una etapa de

las pérdidas físicas como mentales, aunque en realidad las pérdidas son parte de esta etapa del ciclo vital (Gutiérrez e Ibarra, 2018).

Dicha conceptualización se terminó de derrocar al resaltar la experiencia personal de los participantes y de sus pares, de cada uno de los asistentes al taller, quienes mencionaron ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria o semidependientes, activos laboralmente, independientes económicamente y dueños de propiedades, lo que concuerda con lo reportado por la literatura (Iacub, 2011; Molina, 2015; Moreno-Crespo et al., 2018) vinculado a la concepción errónea de la vejez como una etapa improductiva o incluso conceptualizada como una etapa de retorno a ser niño. Lo anterior se anuló debido a la capacidad observable de toma de decisiones y de productividad en cualquier ámbito en la vida de los participantes.

No es menos cierto que los roles de género se vinculan a una marcada desigualdad social que va en detrimento de la calidad de vida, donde por ejemplo, se tiende a la anulación del derecho de la mujer adulta mayor a planear y disfrutar de su tiempo libre, puesto que se le asignan responsabilidades que culturalmente ha introyectado por el hecho de ser mujer (Bruno y Acevedo, 2016; Flores et al., 2018; López et al., 2014), lo cual se reflejó en las participantes del taller al ver el cuidado de los padres, hijos, nietos y esposo como un deber u obligación más que como una elección.

Por su parte, se puede observar que el ser hombre culturalmente también tiene diversas connotaciones que llevan a que tengan una menor tasa de afiliación a los servicios de salud o a que busquen ayuda cuando tienen un malestar físico o mental al temer convertirse en una persona carente de fuerza y autonomía, dependiente de ser cuidada (Villasana y Reyes, 2017), tal como se pudo observar al ver menor cantidad de participantes hombres con respecto al número de participantes mujeres en el taller.

En dicho sentido, no se debe omitir que, al favorecer la práctica de empoderamiento y la deconstrucción de estereotipos hacia la propia vejez en la vida cotidiana de las personas adultas mayores, se promueve el bienestar y la calidad de vida.

Es decir, en primer lugar, el bienestar subjetivo se encuentra limitado por factores del contexto social, de tal modo que las personas mayores tienen la tendencia a tomar definiciones negativas de ellos mismos lo que los limita y condiciona a un modo de ser y de comportarse (González-Celis, 2002; Orozco-Campos y López-Hernández, 2016). En los participantes se observó a través del discurso, en un primer momento, que pensaban que la vejez era homogénea, la cual se veía como temida por todos sin excepción, una vejez oculta y sin libre expresión, donde por ejemplo, la sexualidad en cada uno de sus factores se observaba anulada, invisibilizada e invalidada, donde se consideraba a la vejez como una etapa del ciclo vital en donde pareciera que el cansancio, soledad, abandono, descuido, seriedad, tristeza, resignación, enojo, sufrimiento, preocupación, frustración y dificultad predominaba en las personas adultas mayores.

Sin embargo, al cuestionar los estereotipos hacia la vejez, anular la vejez fragmentada y empoderar a las personas adultas mayores se comenzó a flexibilizar la perspectiva de dicha etapa vital considerando, por parte de los participantes, que no sólo es una etapa de pérdidas sino también de ganancias, una etapa de redescubrimiento, con posibilidad para seguir aprendiendo, dando prioridad al descanso y a lo que es valioso para cada persona, anulando el pensamiento de considerarse como una carga para los demás y creando la planeación de nuevos proyectos a partir de lo que es importante para cada persona, observando sus propias posibilidades y limitaciones, a través de estrategias de selección, optimización y compensación (Baltes y Baltes, 1990), sin la imposición de un tercero que intenta anularlo como ser humano, sino valorando aquél que fue, reconociendo a las arrugas o a las canas como el reflejo de un camino recorrido, importante y significativo.

Así mismo, se puede observar que lo plasmado anteriormente, vinculado al análisis cualitativo, se vio reflejado también en el análisis cuantitativo al mostrarse un aumento en el nivel de bienestar subjetivo en 6 de los 12 participantes, medido por la Escala de Bienestar Subjetivo (Philadelphia Geriatric Center, PGC), cuyo resultado no se mostró como estadísticamente significativo probablemente debido a tener una muestra pequeña; sin embargo, a través del discurso, se observaron cambios relevantes en torno a este aspecto.

En dicho sentido, cabe señalar también que el funcionamiento neuropsicológico se asocia de forma positiva al bienestar subjetivo y éste último, se asocia de forma negativa con la depresión, lo cual es consistente con lo reportado por González-Celis (2002) y que pudo influir en el nivel del bienestar subjetivo que presentaron los participantes al término del taller, considerando que 9 participantes fueron identificados con probable diagnóstico de demencia en donde 3 mostraron una disminución en el nivel de bienestar subjetivo al término del taller y 3 no mostraron ningún cambio, así mismo de los 2 participantes identificados con sintomatología de depresión leve, el participante que mostró una disminución en el nivel de sintomatología de depresión reflejó un aumento en el nivel de bienestar subjetivo después del taller y el participante que mostró un aumento en el nivel de sintomatología depresiva no mostró ningún cambio en el nivel de bienestar subjetivo después del taller, aunado a ello se pudo observar que dicho participante mostró dificultades para integrarse a las actividades dentro del taller, favoreciendo la presencia de sintomatología depresiva, tal como lo resaltan Segura-Cardona et al. (2015) quienes señalan que aquellas personas adultas mayores que muestran poco interés en la realización de actividades que involucren estrategias de socialización tienden a presentar más síntomas depresivos que quienes cuentan con una significativa red de apoyo.

Por su parte, el bienestar psicológico, vinculado a la autorrealización y a tener un propósito en la vida (Otero et al., 2017; Ryff, 1995) no es expresado cuando la persona tiene la sensación de estar en un estancamiento personal donde no perciben que están progresando con el transcurso del

tiempo (González et al., 2010), o bien, visualizan metas que consideran difíciles de alcanzar, donde no hay un plan de acción que les permita cumplir su objetivo y que en consecuencia les genera un gran malestar emocional vinculado principalmente a la preocupación por no saber cómo conseguirlo, donde se muestran dependientes a otros, y sin posibilidad de elegir, como se pudo apreciar con los participantes antes del taller.

Al término del taller, mediante el análisis cuantitativo, se observó que 5 de 12 de los participantes mostraron un aumento en el nivel de bienestar psicológico presentado, medido por la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos Mayores, cuyos resultados no se mostraron estadísticamente significativos probablemente debido a tener una muestra pequeña.

Dichos resultados también pudieron verse afectados debido a diversos acontecimientos vitales identificados en los participantes que mostraron una disminución o nulo cambio en el nivel de bienestar psicológico, dentro de los cuales se encuentra la condición de salud, desgaste por cubrir el rol de cuidador, padecimiento de COVID-19 propio y de seres queridos, así como percepción de soledad; sin embargo, el discurso denotó a los participantes esforzándose por continuar creciendo y desarrollando sus capacidades, a través de, por ejemplo, la implementación de una comunicación más asertiva, también la creación de un plan de acción para lograr sus metas que implica a su vez una mejor resolución de problemas, así como un fortalecimiento del autoconcepto, de la autoestima y autoeficacia de manera continua, a través del autocuidado, del empoderamiento y de la reconstrucción de la identidad.

Lo antes señalado, retoma la importancia de colocar a la presencia de sintomatología depresiva de los participantes como un factor central que se vincula con el nivel de bienestar debido a que las personas que se sienten limitadas en la forma de comportarse por las creencias negativas impuestas por la sociedad en torno a la vejez, generan cambios en su autoestima, autoconcepto y autoeficacia, contribuyendo a la aparición de factores de riesgo que precipitan la aparición de depresión, llevando a la persona adulta mayor a desvalorizar su vida y su aportación a los otros

(Orozco-Campos y López-Hernández, 2016; Torres Palma y Flores Galaz, 2018). Por lo que, probablemente, al reducir la presencia de estereotipos, en los participantes, en torno a su propia vejez, el nivel de sintomatología depresiva disminuyó en la mayoría de los participantes.

Así mismo, no se puede minimizar el nivel de educación que presentaban los participantes, ya que especialmente las mujeres sin educación formal son más propensas a presentar sintomatología depresiva, posiblemente tal como lo menciona De los Santos y Carmona (2018) a una diversidad de expresiones de desigualdad reflejadas en la pobreza, en la falta de acceso al empleo, a los sistemas de salud y a la protección social, vinculados intrínsecamente con la falta de educación. Lo anteriormente mencionado, a su vez se vincula con la dificultad que algunos participantes presentaron durante el proceso de enseñanza-aprendizaje que pudo impactar con el nivel de bienestar presentado después del taller, lo cual es consistente con lo resaltado por Ihle et al. (2020) al mencionar que una menor reserva cognitiva (educación, nivel cognitivo del trabajo, actividades de ocio o estimulantes, idiomas hablados, etc.), se relaciona significativamente con un menor bienestar.

Por lo que se resalta el considerar una intervención más prolongada e incluso considerar un proceso de intervención individual conjunto a la asistencia al taller para obtener resultados más favorables ya que además de la dificultad presentada en el proceso de enseñanza-aprendizaje motivada por una menor reserva cognitiva, la presencia de sintomatología depresiva puede mostrarse con una tendencia a ser más prolongada y resistente en las personas adultas mayores (Matusevich et al., 2012).

Finalmente, en cuanto a la variable de calidad de vida se pudo denotar que la mayoría de los participantes mostraron un aumento en el nivel de calidad de vida, medido por el instrumento WHOQoL-OLD, donde se observa que dicho cambio además, es estadísticamente significativo; es decir, que los participantes aumentaron su satisfacción con la vida, mostraron un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por ellos mismos a través de una evaluación objetiva realizada sobre sus condiciones de vida (Meeberg, 1993).

Cabe señalar que aquellos participantes que no mostraron un cambio se encuentran vinculados a padecer COVID-19 y a observar a sus familiares transcurrir por la enfermedad durante la misma temporalidad en la que se realizó la evaluación; así como se observó que son participantes que fungen como cuidadores primarios de sus padres. Así mismo, se pudo observar que el único participante que mostró una disminución en el nivel de calidad de vida no logró incrementar su participación, expresión e integración al grupo lo cual es de importancia para favorecer la calidad de vida tal como lo señala Schwartzmann (2003). También puntuó con sintomatología de depresión leve lo cual en conjunto con la percepción de soledad son los principales motivos por los cuales las personas adultas mayores descuidan su calidad de vida (Aponte, 2015).

De igual manera, aquellos participantes que no mostraron un cambio o bien denotaron una disminución en el nivel de calidad de vida reportado, son participantes que puntuaron como probable demencia; o bien, posible deterioro cognitivo leve lo cual es consistente con Hussenoeder et al. (2020) al observar que el estado cognitivo tiene un impacto significativo en el nivel de calidad de vida reportado. A pesar de que algunos otros participantes presentaban probable demencia o posible deterioro cognitivo leve, no reflejaron un impacto directo en la calidad de vida debido a que se presentaban otros factores protectores como lo es la participación, expresión, paz, dignidad y amor (Schwartzmann, 2003).

De la misma manera, la religión tomó el rol de un factor protector en los participantes, debido a que representa una fuente de apoyo social, preserva un estilo de vida saludable, reduce el estrés y actúa como una forma de control de la vida a través de la oración, además, a través de la religión se resalta la fe en Dios como una vía de interpretar la mala fortuna (Seybold y Hill, 2001): *“Hemos estado platicando mucho acerca de los años que llevamos de vida, de dar gracias a Dios, de estar viviendo esta etapa”; “Ser felices con lo que nos gusta, vivir contentos con todo lo que Dios nos ha dado”.*

Otro de los elementos importantes a considerar al medir el nivel de calidad de vida que presenta una persona adulta mayor, y que fue relevante en cuanto a los participantes del taller, es el nivel de capacidad sensorial y la presencia del Síndrome de Privación Sensorial, esta condición de salud se pudo observar en uno de los participantes que no fue evaluado con los instrumentos utilizados en dicha investigación, al presentar una disminución del sentido del oído y haber sufrido un Evento Cerebrovascular (EVC). El participante tuvo dificultades para identificar cambios en su calidad de vida ya que al verse limitado uno de los sentidos, se genera una disfunción en la esfera biológica, psicológica y social (Acosta et al., 2013; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013; Salcedo, 2018).

En dicho sentido, se puede observar que el cambio en el bienestar y en la calidad de vida a través de la reestructuración de la identidad y del empoderamiento en dichos participantes que no fueron evaluados por los instrumentos seleccionados, debido a su condición de salud física y su nivel de deterioro cognitivo, fue notorio a través de su discurso: *“Apenas en estos días ya he estado componiendo y algunos ya les puse tono con la guitarra, algunos no, pero me encanta mucho leer y escribir”*; *“Ya no me agüito por la falta de fuerzas porque a mí me gustaba hacer muchas cosas como visitar a los enfermos, ahora ya no puedo, pero estoy contenta porque lo hice cuando podía”*; *“Me siento con más ganas de luchar por poder hacer las cosas, me siento con más fuerza de echarle ganas a la vida”*; *“Me siento con más fuerza, ánimo, porque me da gusto reconocer los valores que tenemos aunque estemos viejos”*; *“Todavía nos podemos esforzar por vivir mejor, por tratar mejor a las personas y valorar lo que tenemos”*.

En general, se puede observar que el grupo formado a través del taller fungió como un respaldo social donde los participantes se han apoyado: *“Ahorita me he sentido como en familia con todos ustedes, yo soy muy callada y no hablo mucho y ahorita me siento muy contenta, es el mejor grupo con el cual he participado”*; *“Nos dimos redes mutuamente y yo creo que es importante”*. En dicho sentido, los participantes recibieron aceptación, socialización, identificación, afirmación y

seguridad lo cual es consistente con lo reportado por Díaz (2000) al observar a un individuo como miembro activo de un grupo.

De igual manera, Díaz (2000) resalta la importancia de trabajar con grupos reducidos ya que los participantes inhibidos, menos autoafirmativos y agresivos tienen menor posibilidad de expresarse entre más grande sea el número de participantes. Por esa razón, los resultados observados fueron favorables al no exceder el número de integrantes: *“Me siento muy contenta, soy muy poco expresiva, me desconocí y me expresé”*.

Es importante resaltar en dicho sentido que la formación de un grupo en sí mismo contribuye a la formación identitaria tal como lo resalta Aguirre (1999), principalmente debido al intercambio de hablar y escuchar; dar y recibir: *“Nos escuchamos mucho y compartimos muchas cosas lindas, la confianza, la cercanía, el afecto, el cariño, cosas bonitas, muy positivas”*.

En dicho sentido, se puede observar que se cumplieron los objetivos planteados por Zacarías et al. (2018) en cuanto a lo que compete al grupo reflexivo; es decir, promover la participación del grupo en la discusión y análisis de las diferentes temáticas.

Así mismo, se cumplió el desarrollo de mecanismos que ayuden a la libre expresión de ideas (*“En el taller aprendí sobre el respeto, la comunicación, solidaridad y escucha”*; *“Aprendí el saber escuchar porque antes no sabía escuchar, interrumpía a las personas”*).

Finalmente, fue funcional para despertar el interés por la solución de problemas cotidianos, familiares y/o comunitarios.

Por su parte, el entrenamiento en habilidades se llevó a cabo, principalmente, a través de entrenamiento cognitivo tal como lo sugiere Jaskilevich (2009) cuando se trabaja con personas adultas mayores. Dicho entrenamiento cognitivo tuvo un carácter preventivo en los diferentes dominios que este compete (memoria, atención, razonamiento, toma de decisiones, entre otros), a través de la ejecución de actividades, durante las sesiones, que comprendían desde la propia

escritura, libre organización de lo escrito en la hoja, libre expresión de ideas, ejercicios prácticos durante las sesiones vinculados a ejercicio físico y de potenciación de habilidades cognitivas, generación de situaciones hipotéticas donde pudieran implementar recursos cognitivos que poseen pero no habían tenido la oportunidad de desplegar en la vida cotidiana.

Es importante señalar, hasta este momento que todo lo antes mencionado con respecto al dominio de entrenamiento en habilidades y en cuanto al aspecto reflexivo, no se llevó a cabo con facilidad, en un primer momento, ya que los participantes no mostraron en un principio libre expresión, se encontraban en una posición de expectativa y de conocimiento entre cada uno de los participantes lo cual es consistente con la primera fase del proceso grupal, nombrado como exploración, apertura, orientación o serialidad (Chacoma, 2017; Corey, 1995; Hartley y Hartley, 1959; Rosenfeld, 1971).

Posteriormente, comienzan a interactuar en mayor medida, los participantes comienzan a tener un rol activo dentro del grupo, comienzan a mirarse entre los participantes y dejan de orientar su mirada exclusivamente al coordinador del grupo lo que concuerda con lo referente al segundo momento de un proceso grupal (Centro de Integración Juvenil, A. C., 2013; Chacoma, 2017).

Cabe señalar que, dentro del grupo, se observó la presencia de la etapa fraternidad-terror que menciona Rosenfeld (1971) donde algunos participantes emiten una opinión que el grupo mira como diferente a los demás lo cual ocasiona incomodidad que se resolvió a través de la práctica de validación lo que fomenta la presencia de la etapa de organización, mencionada por el mismo autor, en donde se reconocen las diferencias, se toleran, se trabaja con ellas y se valora la diversidad.

Finalmente, se observa la etapa de cierre donde se logró exponer los resultados y logros alcanzados por parte de los participantes como se mostró en los resultados de la encuesta de satisfacción del taller, lo cual coincide con lo reportado en la literatura (Centro de Integración Juvenil, A. C.: 2013; Chacoma, 2017).

En todo proceso grupal la presencia de fenómenos intersubjetivos e intrasubjetivos se hacen notorios en diferente medida. En este caso, la presencia de transferencia y contratransferencia fue regulada gracias a que dicho proceso grupal fue llevado a cabo por 2 facilitadoras, que de acuerdo con lo reportado en la literatura (Pascual, 2011; Robertazzi, 2005) es un auxiliar para descentralizar los procesos de transferencia idealizada sobre el coordinador y al mismo tiempo enriquecer con una nueva mirada sobre el grupo.

Por otro lado, la presencia de proyección (Laplanche y Pontalis, 1996; Baltazar, 2003), se vio reflejada cuando se abordó el tema de sexualidad, donde se observaron silencios, por parte de los participantes, que resaltaban ansiedad, temor a exponerse a los demás y donde predominaba el miedo a ser atacado, generando una división entre lo bueno (lo conocido) y lo malo (lo desconocido) donde lo malo se proyectó en los otros: *“Yo no tengo esposo, tengo mucho que se me murió entonces yo no tuve esa fortuna de tenerlo hasta esta edad, yo no puedo opinar”*.

De tal manera, como lo menciona Ricoeur (1999), es proyectarse en una imagen falaz detrás de la que nos ocultamos, es un medio de engañarse o de huir de uno mismo, en donde incluso se ve a la vejez desde afuera, como si no fuera una etapa vital por la que se está transitando: *“Si llegamos hasta viejos vamos a sentir todo esto”*; *“Pienso que muchos ancianos están en asilos porque ya supuestamente no son útiles”*.

Del mismo modo, al hablar de sexualidad y del concepto de vejeísmo se pudo observar la presencia de resistencia (Laplanche y Pontalis, 1996), debido a que se denotaron defensas pasivas (Anzieu, 1998) como la no implicación, el desinterés y la huida del pensamiento. Algunos participantes se quedaban callados, sin emitir alguna opinión, algunos otros salieron frecuentemente al sanitario y algunos otros manifestaban no tener conocimiento alguno sobre la temática (*“Yo no sé definir a la sexualidad”*).

Las resistencias en el grupo se disolvieron al propiciar una cultura en la que todos los integrantes del grupo pudieran sentirse libres para compartir sensaciones, tal como lo resaltan

Brienza et al. (2012); es decir, al fomentar una cultura de apertura voluntaria, no forzada, fomentando la comunicación. En donde, por ejemplo, se comenzó a realizar una reflexión en torno al término sexualidad que le permitió a los participantes modificar su visión reduccionista hacia el término, donde se asociaba únicamente con el área reproductiva o de pareja, y se empezó a tener una visión más amplia, deslindada de estereotipos, que incentivaba a tener una participación más colaborativa de los participantes. Situación similar ocurrió con la reflexión fomentada a partir del término viejismo, en un primer momento, los participantes se denotaban envueltos de forma constante en verbalizaciones consistentes con la presencia de viejismo implícito (Levy y Banaji, 2004) que al incrementarse la participación voluntaria pudo disolverse.

En dicho sentido, cabe señalar que el participante (A) tuvo dificultades de integrarse al grupo y formar espacios de comunicación, se sentó en un espacio aislado y se mantenía con verbalizaciones escasas a pesar de que se le invitó a hacerlo con libertad y confianza por parte de los coordinadores y de sus compañeros. Lo anterior pudo haber limitado su aprendizaje durante el taller, pero a su vez esto pudo deberse al nivel de depresión que presentaba antes y después del taller dicho participante. Además, pudo deberse a que tal como lo denota Podcamisky (2006) el participante (A) pudo reproducir el lugar donde fue mirado y reconocido, donde el rol que ejerció en las primeras sesiones se cristalizó y se resistió al cambio, donde dicho rol corresponde al del miembro denominado por Díaz (2000) como silencioso al tener temor a descubrir sus pensamientos y deseos que considera criticables; al tener temor a que su sensibilidad se tome como expresión de debilidad; y al beneficiarse del grupo sin hablar ni arriesgarse a recibir interpretaciones desestructurantes.

Así como la depresión es una variable importante que se relacionó con el nivel de aprendizaje durante el taller, también otros acontecimientos vitales como la presencia de la contingencia por COVID-19 impactaron en el proceso de aprendizaje y en los resultados observados en el postest, debido a que algunos familiares de los participantes se encontraban contagiados por

COVID-19 e incluso uno de los participantes (F) en la última sesión tuvo que abandonar el taller por alerta de posible contagio ya que su familia había dado positivo a la enfermedad.

La presencia de la contingencia por COVID-19 impactó en diversas áreas de la vida de los participantes, desde la parte social donde se anuló la convivencia, en algunos casos, incluso con su propia familia (“No tengo aún visita, vinieron mis nietas pero de lejos, todo lo demás lo recibo por la ventana, es una situación difícil la que estamos pasando”) e incluso, en algunos otros participantes, tuvo impacto en las actividades recreativas que realizaban, por motivo del confinamiento (“Este confinamiento me vino afectar porque no puedo salir a caminar, tengo un espacio afuerita pero con tanta contaminación no se podía”).

Sin embargo, el taller fungió como un facilitador para reactivar sus actividades cotidianas bajo la perspectiva de cuidado frente a la inminente presencia de COVID-19, adaptándose a una nueva normalidad a través de la selección, optimización y compensación (Baltes y Baltes, 1990): *“Esto (el taller) nos ha ayudado a recuperar un poquito de confianza, pues con esta situación ya no nos hemos visto, no hemos convivido”; “Hemos decidido tomar todas las precauciones necesarias para no contribuir a contaminarnos, ya nos vacunamos, salimos poco al patio. Por otro lado, pues yo estoy contenta de continuar con la comunicación con mis hijos vía virtual no hay de otra, a través de la ventana”.*

En términos generales, los demás participantes reflejaron un nivel alto de cohesión grupal (Carron et al., 1998), por una parte, al favorecer la confianza y participación voluntaria, pero también al anular la rotación de los integrantes del grupo como lo resalta Pascual (2011) y mantener un grupo cerrado. Una forma de poder evidenciar un alto nivel de cohesión es a través de verbalizaciones que incluyan la palabra “nosotros” (Pascual, 2011) lo cual se reflejó en los participantes del taller: *“Agradezco mucho que tenga ese interés porque nosotros aprendamos, porque nos hace mucha falta”, “Yo sí siento que aquí nos reflejamos nosotros”; “Lo que pasa es que a veces nosotros tenemos contacto en el entorno con personas adultas que la verdad sí están*

abandonadas y sí es cierto que tendemos más a lo negativo”; “Agradecerle la paciencia y el entusiasmo que ponen para estar aquí con nosotros enseñándonos todos esto”; “Nosotros nos lo comprobamos de qué podemos hacer muchas cosas por ejemplo en el caso de xxx que yo la veo que es muy lúcida, en el caso de xxx también, o sea que se mueve muy bien”.

Es importante señalar, en este sentido, que los participantes se han desenvuelto bajo una cultura de convivencia vinculada a ser una comunidad, incluso antes de asistir al taller (“A esta organización yo le debo bastante”; “La participación que he tenido en la comunidad ha sido una de las cosas más importantes, lo he disfrutado y me gusta mucho”; “He encontrado a xxx en diferentes lugares luchando por mejorar este país”), lo cual pudo favorecer al nivel de cohesión grupal presentada, además en la vida cotidiana, los participantes reconocen a la comunidad como un medio para favorecer la relación con el otro, fortaleciendo sus redes de apoyo, mismas que son elegidas por los participantes de manera estratégica y adaptativa, donde la interacción con un grupo selecto de personas importantes se vuelve cada vez más valiosa tal como lo menciona la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1987, 1991), donde incluso esta red de apoyo se torna como un factor protector frente al síndrome del nido vacío, la jubilación y otros factores estresantes como la presencia de la contingencia por COVID-19.

Finalmente, en cuanto a los factores referentes al ámbito grupal, cabe señalar que se pudieron observar diferentes aspectos, entre los participantes que asistieron de manera presencial al taller y aquellos que asistieron de manera virtual. Los participantes que asistieron de manera virtual denotaron dificultades de movilidad o traslado a la sede donde se impartió el taller por motivos de salud, distancia de su casa a la sede y por contar con poco apoyo social que les facilitara la llegada a la sede de impartición del taller.

En términos generales, el taller fue aceptado por los participantes y se mostraron satisfechos al asistir. Cabe señalar que con respecto al objetivo de poder identificar la satisfacción que los participantes mostraron frente al taller, se llevó a cabo un cuestionario escrito, así como la apertura a participar y comentar su experiencia, de forma voluntaria, donde se pudo observar que los

participantes reflejaron un alto grado de satisfacción con el taller, cuyas verbalizaciones lo constatan.

De igual manera, resaltaron la funcionalidad de haber practicado habilidades de atención plena, así como la técnica de respiración diafragmática y de relajación muscular progresiva de Jacobson (Jacobson, 1964; Payne, 2002).

Dichos aprendizajes adquiridos en el taller y el nivel de satisfacción por el mismo se mantuvieron por 6 meses, momento en el cual se llevó a cabo un seguimiento telefónico a cada uno de los participantes, de los cuales solo 7 pudieron ser localizados nuevamente, quienes denotaron la presencia de empoderamiento y reconstrucción de la identidad, el cuestionamiento a los estereotipos en torno a la vejez lo que impacta en su bienestar y calidad de vida.

Conclusiones

El trabajo grupal en personas adultas mayores pone énfasis en el desarrollo de las fortalezas y capacidades, más que en las debilidades y carencias; fomentando la participación y teniendo un carácter preventivo. La técnica de taller como medio de aprendizaje es una herramienta que promueve la reflexión-acción, a la vez que permite el análisis de situaciones reales, de problemáticas comunes y potencia la construcción, así como el desarrollo de alternativas de solución (Zacarías et al, 2018).

Es por ello que el taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades, *Nunca es tarde para vivir con mayor plenitud*, facilitó la disminución de los pensamientos negativos en torno a la vejez, reconstruyó su identidad e incrementó la práctica de empoderamiento lo cual favoreció a su bienestar y calidad de vida.

Es decir, al cuestionar los estereotipos hacia la vejez, anular la vejez fragmentada y empoderar a las personas adultas mayores se comienza a flexibilizar la perspectiva de dicha etapa vital considerando que no sólo es una etapa de pérdidas sino también de ganancias, una etapa de redescubrimiento fomentada a través del relato y del sentido de continuidad entre el pasado y el presente, anulando el pensamiento de considerarse como una carga y creando la planeación de nuevos proyectos a partir de lo que es importante para cada persona, observando sus propias posibilidades y limitaciones, valorando aquél que fue, reconociendo a las arrugas o a las canas como el reflejo de un camino recorrido, importante y significativo.

La presente investigación es una aportación que buscó favorecer la calidad de vida y el bienestar en personas adultas mayores. Adicionalmente, se deben generar estrategias y políticas públicas que favorezcan una perspectiva más positiva de la vejez desde los hechos y no únicamente desde una perspectiva subjetiva sino a partir de la creación de un ambiente seguro y digno para el envejecimiento. Por ejemplo, a través de dar seguimiento a acciones vinculadas a la propuesta realizada por motivos de la década del envejecimiento saludable (2021-2030); es decir, haciendo valer los cuatro ejes de acción propuestos: cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos

hacia la edad y el envejecimiento; asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores; ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores; y brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Además, no se debe dejar de dar a conocer y ofrecer educación a toda la población, sin importar edad, sobre los cambios que son esperables debido a la edad ya que de ese modo se buscaría reducir los estereotipos en torno al envejecimiento y así favorecer la reducción de los pensamientos negativos sobre la vejez, impactando en su calidad de vida y bienestar (Molina, 2015).

Sugerencias y limitaciones

Algunas de las consideraciones en esta investigación que son relevantes de mencionar están vinculadas a la actual pandemia debido a COVID-19, dicha emergencia sanitaria limitó a los asistentes en cuanto a su participación en el taller ya que algunos decidieron tomarlo desde casa al tener comorbilidades que pudieran ponerlos en un mayor riesgo referente a su salud, así mismo se observó a través del discurso que el confinamiento derivado de la contingencia sanitaria, así como padecer la enfermedad o ver a sus seres queridos enfermar, generó un cambio en el nivel de autoeficacia, autoestima y autoconcepto de los asistentes lo cual pudo influir en el nivel de calidad de vida y bienestar de las personas adultas mayores.

Como se mencionó, algunos participantes tomaron el taller en modalidad virtual y otros de forma presencial lo cual resalta ambas opciones como viables y denota a la tecnología como un recurso adicional para aquellas personas que por alguna condición de salud no pudieran salir de casa para tomar el taller, se observó que en algunos casos se requirió orientación personalizada para el manejo de dichas herramientas digitales pero que al término de la misma las personas adultas mayores pudieron manejar las herramientas sin dificultad y en caso de haber alguna falla técnica, los facilitadores pudieron brindar dicho apoyo.

Es importante observar que, tal como se resaltó anteriormente, algunos participantes presentaban comorbilidades por lo que es importante considerarlas y hacer las modificaciones pertinentes en el proceso, pero no en el contenido del taller, de tal modo que la persona adulta mayor se sienta en un entorno de confianza y de libre participación al mismo tiempo que se vincula en el proceso de enseñanza-aprendizaje, sin relegarlos, anularlos o vulnerando su dignidad.

Finalmente, se sugiere poder ampliar el tiempo en el que se imparte el taller ya que en algunas ocasiones los participantes se mostraron cansados, principalmente durante la evaluación. Referente a esta última, es importante considerar en futuras investigaciones una post evaluación del estado cognitivo ya que a pesar de ser un taller breve podría haber un cambio en este constructo, mismo que podría constatarse con una post evaluación.

Referencias

- Abaunza, C., Mendoza, M., Bustos, P., Paredes, G., Enriquez, K., y Padilha, A. (2014). *Adultos mayores privados de la libertad en Colombia*. Editorial Universidad del Rosario, Instituto Rosarista de Acción Social. <https://doi.org/10.7476/9789587385328.0007>
- Acosta, C., Vales, J., Echeverría, S., Serrano, D., y García, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2)241-250. <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>
- Acuña, M. (2012). *Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores* [Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Acuña, M. (2019). *Perspectiva de Envejecimiento y Vejez en Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales*. Alcaldía Mayor de Bogotá; Secretaría Distrital de Planeación.
- Agar, L. (2001). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos sociodemográficos y reflexiones éticas. *Acta bioethica*, 7(1), 27-41. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v7n1/art03.pdf>
- Agudo, S. (2008). La educación social y las personas mayores: reconstruyendo identidades. *Revista de educación social*, 8, 8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2904578>
- Aguilar, S., Mimenza, A., Palacios, A., Samudio, A., Gutiérrez, L., y Ávila, J. (2018). Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. *Rev Colomb Psiquiat*, 47(4), 237-243. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.003>
- Aguirre, A. (1999). La identidad cultural. *Anthropologica: Revista de etnopsicología y etnopsiquiatría*, 3, 1-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1455946>

- Ahmed, A., y Tollefsbol, T. (2001). Telomeres and Telomerase: Basic Science Implications for Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(8), 1105-1109. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49217.x>
- Aldana, G., Fonseca, C., y García, L. (2013). El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. *Revista Digital Universitaria*, 14(4), <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num4/art37/index.html>
- Alfonso, L. (2014). *Nos vamos volviendo viejos, ¿cómo se configura la identidad al envejecer?* [Tesis de grado, Universidad de la República (Uruguay)]. Colibri: Conocimiento Libre Repositorio Institucional.
- Allevato, M., y Gaviria, J. (2008). Envejecimiento. *Act Terap Dermatol*, 31, 154-162. http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Rinehart & Winston.
- Alonso, M., y Montes de Oca, V. (2017). La protección económica de las mujeres adultas mayores en México. La pobreza tiene cara de mujer anciana. En G., Villagómez (Ed.), *Género y vejez en México* (pp. 111-131). Universidad Autónoma de Yucatán; Senado de la República LXIII Legislatura.
- Alvarado, A., y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Álvarez, M. (1998). El concepto de vejez. En G., Ferrero (Ed.), *Envejecimiento y vejez* (pp.18-48). Atuel.
- Andrade, J. (2011). La intervención grupal: Una lectura de los conceptos de Enrique Pichón Riviere: Artículo de reflexión investigativa. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 14(3), 194-228. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num3/Vol14No3Art11.pdf>
- Anzieu, D. (1998). *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Biblioteca Nueva.
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 13(2), 152-182. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545456006>

- Ardila, A. (2012). Neuropsicología del envejecimiento normal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 1-20.
<https://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/2012-ardila-neuropsychologc3ada-del-envejecimiento-normal.pdf>
- Árraga, M., y Sánchez, M. (2006). Orientación gerontológica desarrollo humano y calidad de vida en la vejez. Ediciones Astro Data.
- Artavia, C., y Fallas, M. (2012). La orientación en la calidad de vida de las personas adultas mayores: Creando espacios de acción. *Revista electrónica educare*, 16, 39-45.
<https://doi.org/10.15359/ree.16-Esp.5>
- Atchley, R. (1991). *The Social Forces in Later Life: An Introduction to Social Gerontology*. Wadsworth Publishing Company.
- Auer, A. (1997). *Envejecer Bien. Un estímulo ético-teológico*. Editorial Herder, S.A.
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B., Neupert, S., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., y Wahl, H. (2021). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 76(2), e49–e52.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Ballesteros, S. (2009). Memoria implícita en el envejecimiento normal y en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque desde la neurociencia cognitiva. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 44(5), 235-237.
https://www.researchgate.net/profile/Soledad_Ballesteros/publication/250774436_Memoria_implicita_en_el_envejecimiento_normal_y_en_la_enfermedad_de_Alzheimer_un_enfoque_desde_la_neurociencia_cognitiva/links/5b15449f4585150a0a6751ae/Memoria-implicita-en-el-envejecimiento-normal-y-en-la-enfermedad-de-Alzheimer-un-enfoque-desde-la-neurociencia-cognitiva.pdf

- Baltazar, R. (2003). El trabajo grupal como una estrategia preventiva para disminuir el malestar docente en las y los educadores de personas jóvenes y adultas [Tesis de doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona]. EFORA.
- Baltes, P., y Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge University Press.
- Baltes, P. y Staudinger, U. (2000). Wisdom: A Metaheuristic (Pragmatic) to Orchestrate Mind and Virtue Toward Excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-136.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.122>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Baró, S., Petrongolo, M., y Rochman, E. (2009). Estrategias desde la psicología de la salud con los adultos mayores. En R., Iacub (Ed.), *El Rol del Psicólogo en Mediana Edad y Vejez* (pp.14-21). Universidad de Buenos Aires; Cátedra de Tercera Edad y Vejez.
- Barros, C., y Muñoz, M. (2003). Relaciones e intercambios familiares del adulto mayor. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, 8(12), 63-72. http://biblioteca-digital.ucsh.cl/greenstone/collect/revista1_old/index/assoc/HASH0115.dir/Relaciones%20e%20intercambios%20familiares%20del%20adulto%20mayor..pdf
- Bazo, M., y Maiztegui, C. (1999) Sociología de la Vejez. En M., Bazo (Ed.), *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva internacional* (p.48). Ciencias de la Salud Panamericana.
- Beal, G., Bohlen, J., y Raudabaugh, J. (1990). *Conducción y acción dinámica del grupo*. Kapelusz.
- Bejarano, A. (1978). Resistencia y transferencia en los grupos. En D., Anzieu (Ed.), *El trabajo psicoanalítico en los grupos* (pp.119-227). Siglo XXI.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. Paraninfo.

- Bengtson, V., Burgess, E., y Parrott, T. (1997). Theory, Explanation, and a Third Generation of Theoretical Development in Social Gerontology. *Journal of Gerontology*, 52B(2), 72-88.
<https://doi.org/10.1093/geronb/52B.2.S72>
- Berkman, L. (2000). Social Support, Social Networks, social Cohesion and Health. *Social Work in Health Care Settings*, 31(2), 3-14. https://doi.org/10.1300/J010v31n02_02
- Bion, W. (1965). *Recherche sur les petits groupes*. Presses Universitaires Françaises.
- Blanca, M., Sánchez, C., y Trianes, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Rev Mult Gerontol*, 15(4), 212-220.
https://www.researchgate.net/publication/28125856_Cuestionario_de_evaluacion_de_estereotipos_negativos_hacia_la_vejez
- Blanck-Cereijido, F. (1999). En H., Aréchiga, y M., Cereijido (Eds.), *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas* (p.41). UNAM-Siglo XXI.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3149>
- Blazer, D., y Steffens, D. (2010). *Tratado de psiquiatría geriátrica*. Elsevier.
- Bluck S., y Levine, L. (1998). Reminiscence as a autobiographical memory: A catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18, 185-208.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X98006862>
- Boggs, J., Dickman, J., King, D., Wright, L., Helander, K., Retrum, J., y Gozansky, W. (2017). Perspectives of LGBTQ Older Adults on Aging in Place: A Qualitative Investigation. *J Homosex*, 64(11), 1539–1560. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1247539>
- Bonifacio, A., y Jaskilevich, J. (2011). *Módulo: deterioro cognitivo y demencias*. Cátedra de Tercera Edad y Vejez; Universidad de Buenos Aires.
- Bordignon, N. (2005) El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. *El diagrama epigenético del adulto* *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.
<https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

- Brandtstädter, J. (1984). Personal and social control over development: Some implications of an action perspective in life-span developmental psychology. En P., Baltes y O., Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp.1-32). Academic Press.
- Brandtstädter, J., y Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review, 14*, 52-80. <https://doi.org/10.1006/drev.1994.1003>
- Brandtstädter, J., y Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review, 22*, 117–150. <https://doi.org/10.1006/drev.2001.0539>
- Brandtstädter, J., Rothermund, K., y Schmitz, U. (1997). Coping resources in later life. *European Review of Applied Psychology, 47*(2), 107-114. <https://psycnet.apa.org/record/1997-43680-001>
- Brandtstädter, J., Wentura, D., y Rothermund, K. (1999). Intentional self-development through adulthood and later life: Tenacious pursuit and flexible adjustment of goals. En J., Brandtstädter y R., Lerner (Eds.), *Action & self-development: Theory and research through the life span* (pp. 373–400). Sage Publications, Inc.
- Brienza, H., Castaño, A., De Santis, M., Kuttel, M., Osoreo, P., y Rusch, D. (2012). Hospital de día. Una alternativa terapéutica para pacientes gerontes. En C., Finkelsztein y D., Matusevich (Eds.), *Psicogeriatría clínica*. Del hospital ediciones.
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida*. Fondo de cultura económica.
- Bruno, F., y Acevedo, J. (2016). Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. *Forum Sociológico, 29*, 7-20. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1453>
- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Siglo XXI.
- Buendía, J. (1997). *Gerontología y salud. Perspectivas actuales*. Biblioteca Nueva.
- Burlingame, G., McClendon, D., y Yang, C. (2018). Cohesion in Group Therapy: A Meta-Analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 384 –398.

- Butler, R. (1963). The Live Review: an interpretation of reminiscence in old age. *Psychiatry. Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 26, 65-76.
<https://doi.org/10.1080/00332747.1963.11023339>
- Butler, R. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246.
https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Butler, R. y Lewis, M. (1988). *Amor y sexualidad después de los 40*. Editorial Martínez Roca.
- Caballero, J. (2010). Aspectos generales de envejecimiento normal y patológico: fisiología y fisiopatología. En P., Durante, y P., Tarrés (Eds.). *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica* (94-135). ELSEVIER MASSON.
- Cahuich, M., y Escobedo, J. (2017). Vida en pareja, separación y sexualidad entre mujeres mayores campechanas del siglo XXI. En M., Cuecuecha y A., Díaz-Tendero (Eds.), *Género y vejez* (pp. 103-118). Universidad Nacional Autónoma de México; Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe; Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered.* 29(3), 182-191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Campos, S, y Pérez, J. (2007). Autoeficacia y Conflicto Decisional Frente a la Discusión del Peso Corporal en Mujeres. *Rev. Chilena Nutrición*, 34 (3), 213-214.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000300004
- Cardona D., y Agudelo, H. (2006). *La Flor de la vida. Pensemos en el adulto*. Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública.
- Cardona, D., y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957014>

- Carron, A., Brawley, L., y Widmeyer, W. (1998). The measurement of cohesiveness in sport groups. En J., Duda (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 213-226). Fitness Information Technology.
- Carstensen, L. (1987). Age-related changes in social activity. En L., Carstensen y B., Edelman (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 222-237). Pergamon Press.
- Carstensen, L. (1991). Socioemotional selectivity theory: Social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217.
https://books.google.com.mx/books?hl=en&lr=&id=sZTRGr78mV4C&oi=fnd&pg=PA195&dq=info:Yh0MjkwWJ1oJ:scholar.google.com&ots=Hx6u6oOhAL&sig=Dgv0-7is9Cy6yzW5DD3ykPllenU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Carstensen, L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331–338. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L., Isaacowitz, D., y Charles, S. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>
- Carstensen, L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G., Brooks, K., y Nesselroade, J. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and aging*, 26, 21-33.
<https://doi.org/10.1037/a0021285>
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2013). *Manual de Técnicas y Dinámicas Grupales . Volumen II*.
- Chacoma, A. (2017). *Envejecer formando parte de un grupo. Una mirada desde el trabajo social* [Tesina de grado, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco]. Margen.
- Chapot, S. (2009). Recreación, creatividad y el rol del psicólogo. En R., Iacub (Ed.), *El Rol del Psicólogo en Mediana Edad y Vejez* (pp.34-40). Universidad de Buenos Aires; Cátedra de Tercera Edad y Vejez.

- Charles, S. y Carstensen, L. (2007). Emotion Regulation and Aging. En J., Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 307–327). The Guilford Press.
- Clark-Carter, D. (2010). *Quantitative Psychological Research*. Psychology Press.
- Cohler B. (1982). Personal narrative and life course. En P., Baltes y O, Grimm (Eds.), *Life-Span development and behavior* (pp.205-241). Academic Press.
- Cohler, B. (1993). Aging, Morale and Meaning: The Nexus of Narrative. En T., Cole, W., Achenbaum, P., Jakobi y R., Kastembaum (Eds.), *Voices and visions of aging. Toward a Critical Gerontology* (pp. 107-134). Springer Publishing Company.
- Cole, T. (1997). *The Journey of Life: A Cultural History of Aging in America*. Cambridge University Press.
- Connell, R. (1987). *Gender and power. Society, the person and sexual politics*. Stanford University Press.
- Corey, G. (1995). *Teoría y Práctica de la Terapia Grupal*. Desclée de Brouwer.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall.
- Cutler, R. (1991). Recent progress in testing the longevity determinant and dysdifferentiation hypotheses of aging. *Arch Gerontol Geriatr*,12(2), 75-98. [https://doi.org/10.1016/0167-4943\(91\)90021-H](https://doi.org/10.1016/0167-4943(91)90021-H)
- D'Hyver de las Deses, C. (2017). Valoración geriátrica integral. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 60(3), 38-54. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un173h.pdf>
- De la Fuente, M. (2009). Teorías del envejecimiento. En G., Varela y E., Alonso (Eds.), *Retos de la nutrición en el siglo XXI ante el envejecimiento poblacional* (pp. 29-48). Instituto Tomás Pascual Sanz para la nutrición y la salud; Universidad San Pablo Ceu.
- De León, C. (2018). *Factores de protección asociados al bienestar psicológico en adultos mayores: Un modelo predictivo* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.

- De los Santos, P. V., y Carmona Valdés, S. E. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), artículo 5. <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
- De Miguel, A. (1986). Los viejos en la sociedad actual. En *Sociedad y sociología* (p. 1243). Salvat.
- De Simone, C., y Castagnola, G. (2012). Trastornos de ansiedad. En C., Finkelsztein, y D., Matusevich (Eds.), *Psicogeriatría clínica* (137-164). Delhospital ediciones.
- De Sousa, A. (2014). Psychology of Old Age: a general review. *Indian Journal of Applied Research*, 4(12), 499-504.
https://www.researchgate.net/publication/273710818_Psychology_of_Old_Age_a_holistic_review
- Deví Bastida, J., Puig Pomés, N., Jofre Font, S., y Fetscher Eickhoff, A. (2016). La depresión: un predictor de demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(2), 112-118.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.008>
- Díaz, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. Pax.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf>
- Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., y Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Social Indicators Research*, 87, 473-479. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9174-7>
- Dietz, B. (1996). The relationship of aging to self-esteem: The relative effects of maturation and role accumulation. *International Journal of Aging and Human Development*, 43(3), 249-266.
<https://doi.org/10.2190/BHYN-XQM2-RMAB-HD4P>
- Dittmann-Kohli, F. (1995). *Das persönliche Sinnsystem: Ein Vergleich zwischen frühem und spätem Erwachsenenalter*. Hogrefe.

- Dittmann-Kohli, F. (2005). Middle Age and Identity in a Cultural and Lifespan Perspective. En S., Willis y M., Martin (Eds), *Middle Adulthood. A Lifespan Perspective* (319-353). SAGE.
- Duran-Badillo, T., Maldonado, M., Martínez, M., Gutiérrez, G., Ávila, H., y López, S. (2020). Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores. *Enfermería global*, 58, 287-295.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.364291>
- Erickson, E. (1950). *Childhood and society*. Norton.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Paidós.
- Esparcia, T. (2019). *Identidad grupal y conformación de roles como procesos explicativos de la conducta violenta perteneciente a bandas juveniles* [Trabajo final de grado, Universitat Jaume I]. Repositori Universitat Jaume I.
- Estes, C., y Binney, E. (1989). The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas. *Gerontologist*, 29(5), 587-596. <https://doi.org/10.1093/geront/29.5.587>
- Estrada, M. (2018). Calidad de Vida en el Envejecimiento, Salud y Redes Sociales. *Revista electrónica de educación especial y familia*, 9(1), 36-50.
https://www.academia.edu/36945341/_Viejas_ancianas_y_momias_de_40_An_os_Ge_nero_y_vejez_a_finales_del_siglo_XIX_y_principios_del_XX_en_la_Ciudad_de_Me_xico?email_work_card=view-paper
- EULEN Sociosanitarios S.A. (2018). *Personas mayores y sexualidad*.
- Fajardo, E. (2017). Mitos sobre la sexualidad de los adultos mayores. Un desafío para el cuidado de enfermería. *Revista Edu-Física*, 9(20), 35-42.
<http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/1188/952>
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E., Fernández-Abascal, F., Palmero, M., Chóliz y F., Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción* (pp. 189-206). Pirámide.

- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of Life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2, 57 - 65.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1045.2341&rep=rep1&type=pdf>
- Fernández, J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba* [Tesis doctoral, Universitat de València]. Tesis Doctorals en Xarxa.
- Figuerola, L., Soto, D., y Santos, N. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1), 47-53.
<http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2339>
- Finlay, L. (2009). Debating Phenomenological Research Methods. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 6-25. https://doi.org/10.1007/978-94-6091-834-6_2
- Flores, C., y Flores, K. (2021). Pruebas para comprobar la normalidad de datos en procesos productivos: Anderson-Darling, Ryan-Joiner, Shapiro Wilk y Kolmogórov-Smirnov. *Societas. Revista de Ciencias Sociales y Humanísticas*, 23(2), 83-97.
<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/341/3412237018/3412237018.pdf>
- Flores, J., Alonso, M., y Aguirre, A. (2018). La Inequidad de Género en el Envejecimiento Activo, una Constante de las Mujeres Mexicanas. *Integra 2 Revista Electrónica de Educación Especial y Familia*, 9(1), 62-76.
https://www.academia.edu/36945341/_Viejas_ancianas_y_momias_de_40_An_os_Ge_nero_y_vejez_a_finales_del_siglo_XIX_y_principios_del_XX_en_la_Ciudad_de_Me_xico?email_work_card=view-paper
- Formiga, F., Ferrer, A., Pérez-Castejón, J., Olmedo, C., Henríquez, E., y Pujol, R. (2006). Relación entre la pérdida sensorial y la capacidad funcional en personas mayores de 89 años. Estudio NonaSantfeliu. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 41(5), 258-263. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(06\)72970-5](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(06)72970-5)

- Fortuna, F. (2016). *Reminiscencia en adultos mayores no institucionalizados de República Dominicana: Seguimiento de una intervención* [Tesis doctoral, Universitat de València]. RODERIC.
- Foulkes, S., y Anthony, E. (1957). *Group Psychotherapy. The psychoanalytic Approach*. Penguin books.
- Franco, M., Villarreal, E., Vargas, E., Martínez, L., y Galicia, L. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Rev Med Chile*, 138, 988-993. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n8/art07.pdf>
- Fredrickson, B., y Carstensen, L. (1990). Choosing social partners: How old age and anticipated endings make people more selective. *Psychology and Aging*, 5(3), 335-347. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2242238/>
- Freire, C., Piñeiro, I., Ferradás, M., y Souto, A. (2010). Las relaciones sociales en las personas mayores. El sentimiento de soledad. En R., González, A., Valle, R., Arce, F., Fariña (Eds.), *Calidad de vida, bienestar y salud* (pp. 99-116). Psicoeduca.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.
- Freixas, A. (1997). Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario de Psicología*, 73, 31-42. <https://core.ac.uk/download/pdf/39049976.pdf>
- Freud, S. (1910). *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. Amorrortu.
- Freund, A., y Baltes, P. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531-543. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.13.4.531>
- Freund, A., y Baltes, P. (2002). Life-Management Strategies of Selection, Optimization, and Compensation: Measurement by Self-Report and Construct Validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642-662. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.4.642>
- Fuentes, J., y Navarro, N. (2010). Los mitos y estereotipos sobre la vejez en los medios de comunicación y la importancia de la educación intergeneracional. En Confederación

- Española de Organizaciones de Mayores (Ed.), *IX Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores "El arte de envejecer"* (pp. 451-455). CEOMA.
- Fundación Cáritas Bienestar del Adulto Mayor IAP. (2013). Manual de Género y Vejez.
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/267>
- Gala, F., Lupiani, M., Raja, R., Guillen, C., Gonzáles, J., Villaverde, M., y Sánchez, A. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50. <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn30/original4.pdf>
- Gallie, W. (1964). *Philosophy and Historical Understandings*. Schoken Brooks.
- Gamboa, J. (2017). Las representaciones sociales de las mujeres adultas mayores en los medios masivos de comunicación. En G., Villagómez (Ed.), *Género y vejez en México* (pp.249-270). Universidad Autónoma de Yucatán; Senado de la República LXIII Legislatura.
- García, A., Marín, M., y Bohórquez, M. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235124455026>
- García, D. (2003). *El grupo. Métodos y técnicas participativas*. Espacio.
- García, J. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*. Plaza y Valdez.
- García, J. (2005). *La bioética ante la enfermedad de Alzheimer (EA)*. Desclée de Brouwer, S.A.
- García, J., y Flores, S. (2017). *Gerontología para la vida activa. Una propuesta regional*. Universidad Alas Peruanas.
- Garita, G. (2004). Envejecimiento y sexualidad. Alrededor de la historicidad de su vivencia y sus determinaciones psicosocioculturales. *Revista de Ciencias Sociales*, 3(105), 59-79. <https://www.redalyc.org/pdf/153/15310505.pdf>
- Gaviria, D. (2007). Envejecimiento: teorías y aspectos moleculares. *Revista Médica de Risaralda*, 13(2), 1-6. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiYy5>

[yYyvrUahULY6wKHRk1An0QFjABegQIARAD&url=https%3A%2F%2Frevistas.utp.edu.co%2Findex.php%2Frevistamedica%2Farticle%2Fview%2F959%2F517&usg=AOvVaw3664kXQms3DIJoYQ-tBBzN](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwuj1-L31rPuAhVFhq0KHcUbB_cQFjACegQIAxAC&url=http%3A%2F%2F190.169.94.12%2Ffojs%2Findex.php%2Frev_ti%2Farticle%2Fdownload%2F3192%2F3057&usg=AOvVaw1xZ8uxql5OqbrRqtkep2xf)

Giraldo, L. (2015). Estereotipos y discriminación a las personas adultas mayores. En L., Gutiérrez, y L., Giraldo (Eds.), *Realidades y expectativas frente a la nueva vejez* (pp. 53-74). Universidad Nacional Autónoma de México.

Giusti L. (1991). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. Psicoeducativa.

González-Celis, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.

González-Celis, A. (2015). La autoeficacia en las actividades cotidianas. En L., Gutiérrez, y D., Kershenovich (Eds.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (pp. 179-191). Academia Nacional de Medicina de México; Academia Mexicana de Cirugía; Instituto Nacional de Geriátrica; Universidad Nacional Autónoma de México.

González, J. (2010). Teorías de envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 11(1-2), 42-66.

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwuj1-L31rPuAhVFhq0KHcUbB_cQFjACegQIAxAC&url=http%3A%2F%2F190.169.94.12%2Ffojs%2Findex.php%2Frev_ti%2Farticle%2Fdownload%2F3192%2F3057&usg=AOvVaw1xZ8uxql5OqbrRqtkep2xf

González, J., y De la Fuente, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 121-129. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.783>

González, M., y Martínez, M. (2014). *Desmitificando la vejez: heterosexualidad obligatoria y colectivos LGTTB*. Universidad Nacional de la Plata; Facultad de Trabajo Social.

- González, R., Freire, C., Piñeiro, I., y González, P. (2010). Calidad de vida, bienestar y salud. En R., González, A., Valle, R., Arce, F., Fariña (Eds.), *Calidad de vida, bienestar y salud* (pp. 5-22). Psicoeduca.
- González, S. (2012). *“Sexualidad en la Tercera Edad: Un espacio para reflexionar sobre los placeres de la cama en cabezas llenas de canas”*. [Trabajo final de graduación, Universidad Empresaria Siglo XXI]. Repositorio Institucional Universidad Siglo XXI.
- Gracia, D. (2003). Historia de la vejez. En *Ética de los confines de la vida* (pp.237-248). Editorial El Búho.
- Griffith, J. (1988). Measurement of group cohesion in U.S. Army units. *Basic and Applied Social Psychology*, 9, 149-171. https://doi.org/10.1207/s15324834basp0902_6
- Grinberg, L., Langer, M., y Rodrigué, E. (1957). *Psicoterapia del grupo*. Paidós.
- Guerrero-Castañeda, R., Lenise do Prado, M., Silveira, S., y Ojeda, M. (2017). Trascendencia, historicidad y temporalidad del ser adulto mayor: reflexión enfermera en Heidegger. *Rev Bras Enferm*, 70(4), 928-932. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0275>
- Guidano, V., y Liotti, G. (1983). *Cognitive proceses and emocional disorders*. Guilford Press.
- Guimón, J. (2010). Empatía, creatividad y psicopatología. *Norte de salud mental*, 8(36)131-142. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiupoLjm9TuAhUCRK0KHx0VAscQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4830419.pdf&usg=AOvVaw018OAdd7yTZdajsfe238Fw>
- Gutiérrez, J., e Ibarra, B. (2018). *“Viejismo” en la tercera edad y su relación con el autocuidado de la salud física* [Tesis de grado, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile.
- Gutiérrez, L. (1994). Concepción holística del envejecimiento. En P., Anzola, D., Galinsky, M., Morales, A., Salas, y A., Sánchez (Eds.), *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa* (pp. 34-41). OPS/OMS.

- Gutiérrez, L. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población*, 5(19), 125-147.
<https://www.redalyc.org/pdf/112/11201908.pdf>
- Gutiérrez, P. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral*, 26(75), 197-237. <http://orcid.org/0000-0003-0063-5658>
- Ham, R. (2014). *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Ham-Chande, R. (1996). Las Reformas a la Seguridad Social: De la solidaridad intergeneracional a la privatización de las pensiones. *Demos*, 9, 36–37.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/dms/article/view/6683>
- Hartley, E., y Hartley, R. (1959). *Fundamental of Social Psychology*. Knoopf.
- Hassing, L. (2020). Gender Differences in the Association Between Leisure Activity in Adulthood and Cognitive Function in Old Age: A Prospective Longitudinal Population-Based Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 75(1), 11-20. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbx170>
- Havighurst, R., Neugarten, B., y Tobin, S. (1968). Disengagement and patterns of aging. En B., Neugarten (Ed.), *Middle age and aging* (pp. 161-172). University of Chicago Press.
- Heimann, P. (1950). Acerca de la contratransferencia. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84. <https://es.scribd.com/doc/248721063/Paula-Heimann-1950-Acerca-de-la-Contratransferencia-pdf>
- Herrera, A. (2003). Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 68(2), 150-162. <http://doi.org/10.4067/S0717-75262003000200011>
- Hussenöeder, F., Jentzsch, D., Matschinger, H., Hinz, A., Kilian, R., Riedel-Heller, S., y Conrad, I. (2020). Depression and quality of life in old age: a closer look. *European Journal of Ageing*, 18, 75-83. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-020-00573-8>
- Iacub, R. (2001). *Proyectar la vida. El desafío de los mayores*. Ediciones Manantial SRL.
- Iacub, R. (2006). *Erótica y Vejez: Perspectivas de Occidente*. Paidós.

- lacub, R. (2009). Deconstrucción de la erótica de la vejez en occidente. *Revista Kairós Gerontologia*, 12, 23-43. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2665/1710>
- lacub, R. (2009). *Desafíos y logros frente al bienestar en el envejecimiento*. Eudeba.
- lacub, R. (2010). El envejecimiento desde la identidad narrativa. *Rev. Arg. de Psiquiat.*, 21, 298 - 305. <https://docer.com.ar/doc/nsns0s>
- lacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Paidós.
- lacub, R. (2013). Identidad social y variaciones del sí mismo en la vejez, entre los discursos moderno y posmoderno. En V., Montes de Oca (Ed.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe : enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (pp.75-94). Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- lacub, R. (2014). Masculinidades en la vejez. *Voces en el Fénix*, 5(36), 38-47. <https://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/5lacub%20Web.pdf>
- lacub, R. (2015). Configuraciones vinculares en los adultos mayores. En R., Da Silva y P., Scortegagna (Eds.), *Universidade Aberta Para Terceira Idade: o idoso como protagonista na extensão universitária* (pp. 51-84). UEPG.
- lacub, R., y Arias, C. (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 25-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221720003>
- lacub, R., y Sabatini, B. (2013). *Psicología de la Mediana Edad y Vejez*. Universidad Nacional de Mar de Plata; Ministerio de Desarrollo Social Presidencia de la Nación.
- Ihle, A., Oris, M., Sauter, J., Spini, D., Rimmele, U., Maurer, J., y Kliegel, M. (2020). The relation of low cognitive abilities to low well-being in old age is attenuated in individuals with greater cognitive reserve and greater social capital accumulated over the life course. *Aging & Mental Health*, 24(3), 387-394. <http://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531370>
- Instituto de Geriatria. (2010). *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*. Instituto de Geriatria.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *México*.

<http://www.healthdata.org/mexico?language=149>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). Detección y Manejo del Síndrome de Privación

Sensorial en el Adulto Mayor. [https://www.actuamed.com.mx/informacion-](https://www.actuamed.com.mx/informacion-medica/deteccion-y-manejo-del-sindrome-de-privacion-sensorial-en-el-adulto-mayor)

[medica/deteccion-y-manejo-del-sindrome-de-privacion-sensorial-en-el-adulto-mayor](https://www.actuamed.com.mx/informacion-medica/deteccion-y-manejo-del-sindrome-de-privacion-sensorial-en-el-adulto-mayor)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (30 de septiembre de 2019). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1º de octubre). Datos nacionales.*

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (9 de julio de 2020a). *Estadísticas a propósito del día mundial de la población (11 de julio). Datos nacionales.*

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Poblacion2020_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020b). *Población.*

<https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>

Instituto Nacional de Geriátrica (INGER). (2016). Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México.

Instituto Nacional de Geriátrica (INGER). (2017). *Envejecimiento.*

<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (20 de julio de 2020). *Discriminación en tiempos de COVID.*

[https://www.gob.mx/inapam/articulos/discriminacion-en-tiempos-de-](https://www.gob.mx/inapam/articulos/discriminacion-en-tiempos-de-covid?idiom=es)

[covid?idiom=es](https://www.gob.mx/inapam/articulos/discriminacion-en-tiempos-de-covid?idiom=es)

Inverno, S. (2012). *Contribuciones para una mejor comprensión del cuadro de salud mental en los adultos mayores, en su proceso de envejecimiento* [Trabajo final de Máster, Universidad de León]. [https://es.slideshare.net/orionhome/una-mejor-comprension-del-cuadro-de-salud-](https://es.slideshare.net/orionhome/una-mejor-comprension-del-cuadro-de-salud-mental-en-adultos-mayores)

[mental-en-adultos-mayores](https://es.slideshare.net/orionhome/una-mejor-comprension-del-cuadro-de-salud-mental-en-adultos-mayores)

- Jaskilevich, J. (2009). Estimulación en memoria. En R., Iacub (Ed.), *El Rol del Psicólogo en Mediana Edad y Vejez* (pp.22-33). Universidad de Buenos Aires; Cátedra de Tercera Edad y Vejez.
- Jayne, M. (1999). La identidad de género. *Revista de psicoterapia*, 10(40), 5-22.
<https://tienda.revistadepsicoterapia.com/la-identidad-de-genero.html>
- Kamin, S., Beyer, A., y Lang, F. (2020). Social support is associated with technology use in old age. *Z Gerontol Geriat*, 53, 256–262. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01529-z>
- Klein, A. (2013). Promesa extinguida o promesa en estado de fluido. Continuidades y discontinuidades de los adultos mayores hoy. En V., Montes de Oca (Ed.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (pp. 95-113). Instituto de Investigaciones Sociales; Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kohlenberg, R., y Tsai, M. (2007). *Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Universidad de Málaga.
- Krzemien, D., Monchietti, A., y Urquijo, S. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la Ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria*, 22(2), 183-210.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18022204>
- Krzemien, D., y Urquijo, S. (2009). Estilos y estrategias de afrontamiento a eventos de vida críticos y estilos de personalidad en mujeres adultas mayores. En M., Richaud y J., Moreno (Eds.), *Investigación en Ciencias del Comportamiento. Avances Iberoamericanos* (pp. 1-46). CIIPME-CONICET.
- Kuhn, M. (1976). Sexual myths surrounding the aging. En W., Oaks, G., Melchiode., I., Filcher (Eds.), *Sex and the life cycle* (pp. 117-124). Grune and Startton.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología. El Arte de Envejecer*. Herder.
- Laplanche, J., y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.

- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center morale scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89. <https://doi.org/10.1093/geronj/30.1.85>
- Lawton, M. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of old people. En M., Lawton y T., Byerts (Eds.), *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 33-59). Springer.
- Lawton, M., y Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. En C., Eisdorfer y M., Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619–674). American Psychological Association.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lazarus, R., y Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En L., Pervin y M., Lewis (Eds.), *Perspectives in Interactional Psychology* (pp.287-327). Plenum.
- Lehr, Ú., y Thomae, H. (2003). *Psicología de la Senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Herder Editorial.
- Levy B., y Banaji, M. (2004). Implicit ageism. En T., Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). The Mit Press.
- López, D., Pimentel, B., Iglesias, A., Islas, H., y Dorantes, H. (2014). *Salud, sociedad y vejez: estudios multidisciplinarios*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30, 123-145. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Magai, C. (2001). Emotions over the life span. En J., Birren y K., Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 399–426). Academic Press.
- Mancilla, B. (2017). *Proceso psicoanalítico: Asociación libre, resistencia, transferencia, contratransferencia e interpretación*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Mansinho, M., y Pochintesta, P. (2011). *Hacia un análisis crítico de las imágenes de la vejez en los mensajes publicitarios*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en

Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

- Mantovani, E., De Lucca, S., y Neri, A. (2015). Negative self-rated health in the elderly in cities with different levels of economic well-being: data from FIBRA. *Cien Saude Colet.*, 20(12), 3653-3668. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.20492014>
- Marrero, R., y Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33(1), 39-46.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100005
- Marrufo, B. (2020). *Repensar la vejez. Una mirada sistémica en el trabajo psicoterapéutico con personas adultas mayores* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. Van Nostrand.
- Master, W., y Johnson, V. (1978). *Respuesta sexual humana*. Editorial Intermédica.
- Matusevich, D., Ruiz, M., Vairo, M., y Pedace, M. (2012). Trastornos afectivos. En C., Finkelsztejn, y D., Matusevich (Eds.), *Psicogeriatría clínica* (165-174). Delhospital ediciones.
- McAdams, D. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100-122.
<https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>
- Meeberg, G. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32– 38.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x>
- Meléndez, A., Albers, U., Pedrero, R., López, O. (2011). Aspectos sociológicos del envejecimiento. En J., Casajús, y G., Vicente-Rodríguez (Eds.), *Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales. EXERNET* (pp. 101-121). Consejo Superior de Deportes.
- Mendoza, V., y Martínez, M. (2015). Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En L., Gutiérrez, y D., Kershenobich (Eds.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (pp. 261-277). Academia Nacional de Medicina de México;

- Academia Mexicana de Cirugía; Instituto Nacional de Geriátría; Universidad Nacional Autónoma de México.
- Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. Planeta.
- Miquel, M. (2002). Envejecimiento celular y molecular: teorías del envejecimiento. En A., Salgado, F., Guillén, y I., Ruipérez (Eds), *Manual de Geriátría* (pp.29-42). Masson S.A.
- Miranda, C. (2005). Aproximación a un Modelo Evaluativo de la Formación Permanente del Profesorado Chileno. *Estudios Pedagógicos*, 31(2),145-166.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052005000200010
- Mishara, B., y Riedel, R. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Morata.
- Molina, D. (2015). *Orígenes infantiles del viejismo*. Universidad de Granada.
- Montes de Oca, V. (1996). La Tercera Edad: Situaciones sociales de los viejos. *Demos*, 9, 34–35.
<http://revistas.unam.mx/index.php/dms/article/viewFile/6682/6202>
- Montes de Oca, V., y Hebrero, M. (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. *Pap. poblac*, 12(50), 97-116.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252006000400006
- Montes de Oca, V., y Macedo, L. (2015). Las redes sociales como determinantes de la salud. En L., Gutiérrez, y D., Kershenobich (Eds.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (pp.163-177). Academia Nacional de Medicina de México; Academia Mexicana de Cirugía; Instituto Nacional de Geriátría; Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morales, B. (2013). *La psicoterapia de grupo: fenómenos transferenciales, contratransferenciales e intertransferencia* [Tesina de grado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Moreno, A. (2010). Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 19. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/101/75>

- Moreno-Crespo, P., Moreno-Fernández, O., Cejudo-Cortés, A., y Corchuelo-Fernández, C. (2018). *Envejecimiento activo. Un reto socioeducativo*. Octaedro.
- Moreno, M., y Alvarado, A. (2007). Aplicación del modelo de adaptación de Roy para el cuidado de enfermería en el anciano sano. En M., Gutiérrez (Ed.), *Adaptación y cuidado en el ser humano: una visión de enfermería* (pp.233-270). Manual Moderno, Universidad de la Sabana.
- Moscovici, S. (2000). *Social Representations, Explorations in Social Psychology*. Polity Press.
- Muchnik, E. (2005). *Envejecer en el siglo XXI. Historia y perspectivas de la vejez*. Lugar Editorial.
- Murillo, J. (2003). *Talleres Recreativos para Personas Mayores*. Editorial San Pablo.
- Naciones Unidas (2003). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Herder.
- Neugarten, B., y Neugarten, D. (1996). The changing meanings of age. En *The Meanings of Age* (pp. 72-80). The university chicago press.
- Nina, R. (2013). Nuestros años dorados: las relaciones de pareja ante el envejecimiento. En V., Montes de Oca (Ed.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (115-140). Instituto de Investigaciones Sociales; Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=C6A61409B559BF2A445E28D37F219E1E?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada- Versión 2.0. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&v>

ed=2ahUKEwjOmLfusbXrAhVLQ80KHcwlA4oQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Firis.paho.org%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665.2%2F34071%2F9789241549790-spa.pdf%3Fsequence%3D11%26isAllowed%3Dy&usg=AOvVaw0Z5e-s3fWe24FDI4RzJoW0

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Década de Envejecimiento Saludable (2020-2030)*.
<https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-2020-2030>

Orozco-Campos, N., y López-Hernández, D. (2016). Viejismo y empoderamiento. Los prejuicios de la vejez y la visión del propio envejecimiento. *Rev REDNUTRICIÓN*, 7(19), 245-250.
https://www.researchgate.net/publication/301963351_Viejismo_y_empoderamiento_Los_prejuicios_de_la_vejez_y_la_vision_del_propio_envejecimiento_Ageism_and_empowerment_Prejudices_of_old_age_and_vision_of_aging_itself

Otero, I., López, Y., Matos, A., Díaz, F. (2017). Bienestar psicológico en adultos mayores que conviven en familias extensas. *Geroinfo*, 12(3), 1-22.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2017/ger173b.pdf>

Palmore, E. (1990). *Ageism: Negative and positive*. Springer.

Papalia, D., Sterns, H., Duskin, R., Camp, C. (2009). Salud mental, afrontamiento y adaptación al envejecimiento. En *Desarrollo del adulto y vejez* (pp. 431-475). Mc Graw Hill.

Parker, I. (1995). El retorno de lo reprimido: complejos discursivos y el complejo -psi. En A., Gordo y J., Linaza. *Psicologías, discursos y poder* (pp. 253-268). Visor.

Pascual, A. (2011). *Las distintas fases en la Psicoterapia de Grupos* [Trabajo final de integración, Universidad de Palermo]. Repositorio de la Universidad de Palermo.

Paúl, C. (2009). Los muy mayores: principales resultados actuales de la investigación y de la aportación europea. En R., Fernández-Ballesteros (Ed.), *PsicoGerontología. Perspectivas europeas para un mundo que envejece* (pp. 181-200). Pirámide.

Payné, R. (2002). *Técnicas de relajación. Guía Práctica*. Paidotribo.

Peña, J., Macías, N., y Morales, F. (2011). *Manual de práctica básica del adulto mayor*. Manual Moderno.

- Peñuela, A., y Álvarez, L. (2005). Complejidad: Grupos y Procesos de Comunicación. *Razón y palabra*, 46, Artículo e1605-4806. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520647019>
- Pérez, A. (2005). *Guía de cuidados de personas mayores*. Editorial síntesis.
- Pérez, L. (2018). Abuelas universitarias: Roles y funciones en la vida profesional y familiar. *Interdisciplinaria*, 35(1), 35-68. <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v35n1/v35n1a02.pdf>
- Pfeiffer, E. (1977). Psychopatology and social pathology. En E., Birren y K., Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 650-671). Van Nostrand Reinhold.
- Pichon-Rivière, E. (1983). *El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Nueva Visión.
- Pierce M., y Timonen, V. (2010). *A discussion paper on theories of ageing and Approaches to Welfare in Ireland, North and South*. Centre for Ageing Research and Development in Ireland.
- Plaza, M., Requena, C., y Álvarez, P. (2017). La narrativa gerontológica. Perspectiva subjetiva del conocimiento en la vejez. *INFAD Revista de Psicología*, 2(2), 57-66. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1079>
- Podcamisky, M. (2006). El rol desde una perspectiva vincular. *Reflexiones*, 85(1), 179-187. <https://www.redalyc.org/pdf/729/72920817012.pdf>
- Pont Geis, P. (1997). *Tercera Edad, Actividad Física y Salud. Teoría y Práctica*. Paidotribo.
- Quevedo, L. (2013). Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Cultura del Cuidado*, 10(2), 70-79. <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD18402.pdf>
- Quintero, M., Pinillos, Y., Herazo, A., Vidarte, J., Cardeño, G., y Morales, Y. (2017). *Ejercicio físico para la condición física funcional en el adulto mayor: Estrategias de intervención*. Universidad Simón Bolívar.
- Racker, H. (1960). Los significados y usos de la contratransferencia. En H., Racker (Ed), *Estudios sobre técnica psicoanalítica* (pp.222-295). Paidós.
- Ramírez, A. (1999). *Política Social y Vejez*. Fondo Editorial Tropicós.

- Ramos, F. (2001). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista pedagógica*, 16, 83-104. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587>
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M., y Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56. http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Ranzijn, R. (2002). The potential of older adults to enhance community quality of life: Links between positive psychology and productive aging. *Ageing International*, 27(2), 30-55. <https://doi.org/10.1007/s12126-002-1001-5>
- Ribera, J. (2009). ¿Qué es envejecer? En G., Varela y Alonso, E. (Eds.). *Retos de la nutrición en el siglo XXI ante el envejecimiento poblacional* (17-28). Instituto Tomás Pascual Sanz; Universidad San Pablo CEU.
- Ribera, J., Milán, A., y Ruiz, M. (2006). Conceptos esenciales del envejecimiento. *Medicine*, 9(62), 4003-4010. [https://doi.org/10.1016/S0211-3449\(06\)74369-7](https://doi.org/10.1016/S0211-3449(06)74369-7)
- Rico-Rosillo, M., Oliva-Rico, D., y Vega-Robledo, G. (2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*,56(3), 287-294. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im1831.pdf>
- Ricoeur, P. (1999). *Historia y narratividad*. Paidós.
- Ricoeur, P. (2006). *Sí mismo como otro*. Siglo XXI editores.
- Rivera Navarro, J., Benito-León, J., y Pazzi Olazarán, K. A. (2015). La depresión en la vejez: Un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy*, 71, 103-118. <https://doi.org/10.14201/alh201571103118>
- Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania*, 44, 241-257. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj-ke2RjM3uAhUIT6wKHTHjBIEQFjADegQIChAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4596298.pdf&usg=AOvVaw2O5Z7LsIB_6o2M8ks0RxxX

- Robertazzi, M. (2005). La Psicoterapia de grupos en la crisis vital de la edad avanzada. *Psicodebate*, 5,131-146. <https://doi.org/10.18682/pd.v5i0.457>
- Rodríguez, A., Rodríguez, N., y Hernández, A. (2014). Interacciones farmacológicas. En A., Hernández (Ed.), *Farmacología general. Una guía de estudio* (pp. 137- 148). Mc Graw Hill.
- Rodríguez, B. (2008). La vejez, patrimonio inmaterial de la humanidad. *Gerokomos*, 19(2), 79-82. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n2/79rincon.pdf>
- Rodríguez, C., y Obrador, G. (2013). Farmacocinética. Conceptos generales. En *Fichero farmacológico* (pp.797-802). Mc Graw Hill.
- Rodríguez, J. (1998). La ancianidad: aproximación ética y teológica [Tesis doctoral,Universidad Pontificia Comillas]. Universidad Pontificia Comillas Biblioteca.
- Rodríguez, M. (2009). Empoderamiento y promoción de la salud. *Red de Salud*, 14, 20-31. <https://xdoc.mx/documents/empoderamiento-y-promocion-de-la-salud-604c492e12023>
- Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. Aging: Age, Health, and Society Envelhecimento: Idade, Saúde e Sociedade Vieillissement: Âge, Santé et Société. *Horizonte sanitario*, 17(2), 87-88. <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00087.pdf>
- Rodríguez, S., García, G., y García, B. (2003). *Manual del técnico auxiliar de geriatría, Envejecimiento*. Editorial MAD.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin.
- Ronzón, Z., Baca, N., y Román, P. (2017). ¿Es posible el retiro para las “amas de casa”? En G., Villagómez (Ed.), *Género y vejez en México* (pp. 133-151). Universidad Autónoma de Yucatán; Senado de la República LXIII Legislatura.
- Rosell, J., Vergés, A., Torres, D., Flores, K., y Gómez, M. (2020). Adaptation and psychometric characteristics of a scale to evaluate ageist stereotypes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, 104179. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104179>
- Rosenfeld, D. (1971). *Sartre y la psicoterapia de grupos*. Paidós.

- Ruíz, J. (2013). Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional. *Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 52-58.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjOO-6iytPuAhUEUKwKHaKiB2EQFjABegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4766802.pdf&usg=AOvVaw2OWAS9hC6-tKldIDjDRlgY>
- Ruth, J., y Colernan, P. (1996). Personality and aging: coping and management of the Self in later life. En J., Birren y K., Schaie (Eds.)- *Handbook of the psychology of aging* (pp. 308-322). Academic Press.
- Ryan, R., y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104. <http://www.jstor.org/stable/20182342>
- Saavedra, E., y Varas, C. (2017). La importancia de las redes: características resilientes y de calidad de vida en adultos mayores. En I., Fergusson, y Rojas, C. (Eds.), *GERONTOLOGÍA. Actualizaciones y Temas Emergentes* (pp. 173-193). Universidad Católica del Maule.
- Salazar, M. (2003). Identidad personal y memoria en adultos mayores sin diagnóstico de demencia y con enfermedad de Alzheimer: características subjetivas, evolutivas y mnemónicas de su recuerdo autobiográfico [Tesis de grado, Universidad de Costa Rica]. Repositorio Kérwá.
- Salazar-Villanea, M. (2007). Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer. *Actualidades en Psicología*, 21(108), 1-37.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442007000100001
- Salcedo, J. (2018). Percepción de la 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 de especialidad en medicina familiar, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. Repositorio bibliográfico de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

- Salech, F., Jara, R., y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev. Med. Clin. Condes.*, 23(1), 19-29.
- https://www.researchgate.net/publication/272995040_Cambios_fisiologicos_asociados_al_envejecimiento
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría: Teoría y clínica*. Paidós.
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Paidós.
- Samanez-Larkin, G., y Carstensen, L. (2011). Socioemotional Functioning and the Aging Brain. En J., Decety y J., Cacioppo (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of social neuroscience* (pp. 507–521). Oxford University Press.
- Samanez-Larkin, G., Robertson, E., Mikels, J., Carstensen, L., y Gotlib, I. (2014). Selective attention to emotion in the aging brain. *Motivation Science*, 1, 49-63. <https://psycnet.apa.org/buy/2014-30721-005>
- Samite, L. (2016). *Flexibilidad cognitiva y reserva cognitiva en adultos y adultos mayores* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata]. Repositorio RPsico.
- Sanabria, M. (2016). *Calidad de vida e instrumentos de medición*. [Tesis de grado, Universidad de La Laguna]. RIULL.
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas* [Tesis doctoral, Universidad de Málaga]. Repositorio de la Universidad de Málaga.
- Sánchez, C. (2005). *Gerontología Social*. Espacio.
- Sánchez, M., y Árraga, M. (2007). Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio comparativo. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*, 16(4), 737-756. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12216405>

- Schwartzmann L.(2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencias y Enfermería IX*, 9(2), 9-21. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., y Matero, N. (2007). Imagen Corporal y Autoestima en mujeres con Cáncer de mama participantes en un Programa de Intervención Psicosocial. *Revista Ciencia y Salud*, 18(2), 137-161.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002
- Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A., y Garzón-Duque, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev. salud pública*, 17(2), 184-194. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
- Seybold, K., y Hill, P. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 21-24. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00106>
- Sinnot, J. (1998). Age Differences in Processes. En *The development of logic in adulthood: Postformal thought and its applications* (pp.147-160). Plenum Press.
- Slavson, S. (1953). Sources of Countertransference and Group Induced Anxiety. *International Journal of Group Psychotherapy*, 3(4), 373-388. <https://doi.org/10.1080/00207284.1953.11507963>
- Smith, C., Davies, G., y Hall, H. (1988). Langenscheidt Diccionario Internacional Español-Inglés, Inglés-Español. Langenscheidt.
- Sneed, J., y Whitbourne, S. (2005). Models of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61, 375-388. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00411.x>
- Sosa, A., y Acosta, G. (2015). La salud mental del adulto mayor. En M., Medina, E., Sarti, y T., Real (Eds.), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (pp. 101-109). Intersistemas S.A. de C.V.
- Sosa, A., Astudillo, C., y Acosta, G. (2017). Situación epidemiológica actual. En L., Gutiérrez, M., García, P., Roa, y A., Martínez (Eds.), *La Enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud* (pp. 19-36). Intersistemas S.A. de C.V.

- Sotelo-Alonso, I., Rojas-Soto, J., Sánchez-Arenas, C., y Irigoyen-Coria, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 5-13.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>
- Tamer, N. (2008). La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 91-110. <https://www.redalyc.org/pdf/269/26961007.pdf>
- Thomae, H. (2002). Haciéndole frente al estrés en la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 42-54. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534204.pdf>
- Torres Palma, W., y Flores Galaz, M. (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología*, 36(1), 9-48. <https://doi.org/10.18800/psico.201801.001>
- Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L., y Mejjide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin*, 72(1), 11-16. <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
- Uribe, A., Valderrama, L., y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80130809.pdf>
- Urzúa, A., y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- Vaillant, G., y Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 839-847.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.839>
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Idea books, S.A.
- Vázquez, E., Escoffí, E., y Rosado, M. (2015). La terapia desde el enfoque psicodinámico. En S., Álvarez, E., Escoffí, M., Rosado, y M., Sosa (Eds.), *Terapia en contexto. Una aproximación al ejercicio psicoterapéutico*. Manual Moderno.

- Villar, F. (2005). El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S., Pinazo y M., Sánchez (Eds.), *Gerontología : actualización, innovación y propuestas*. (pp. 147-184). Pearson Educación.
- Villar, F. (2013). Desafíos de la investigación interdisciplinaria en gerontología. En V., Montes de Oca (Ed.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (pp. 189-206). Instituto de Investigaciones Sociales; Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villar, F., Triadó, C., Resano, C., y Osuna, M. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Rev Mult Gerontol*, 13(3), 152-162.
- Villasana, S., y Reyes, L. (2017). El índice de masculinidad en población adulta mayor. México y Chiapas. En G., Villagómez (Ed.), *Género y vejez en México* (pp. 197-217). Universidad Autónoma de Yucatán; Senado de la República LXIII Legislatura.
- Vivaldo, J. (2018). "Viejas, Ancianas y Momias de 40 Años". Género y Vejez a Finales del Siglo XIX y Principios del XX en la Ciudad de México. *Integra 2 Revista Electrónica de Educación Especial y Familia*, 9(1), 8-20.
- Vizcaíno, J. (2000). *Envejecimiento y atención social. Elementos para su análisis y planificación*. Editorial Herder.
- Wettstein, M., Wahl, H-W., y Siebert, J. (2020). 20-year trajectories of health in midlife and old age: Contrasting the impact of personality and attitudes toward own aging. *American Psychological Association*, 35(6), 910–924. <https://doi.org/10.1037/pag0000464>
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)

- WHOQOL Group. (1998). The WHO quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.*, 46(12), 1569-1585. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4)
- Wilson, R., Yu, L., Lamar, M., Schneider, J., Boyle, P., y Bennett, D. (2019). Education and cognitive reserve in old age. *Neurology*, 92(10), 1041-1050. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000007036>
- Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. Tavistock.
- Wong R., y Espinoza, M. (9-12 de diciembre de 2002). *Bienestar económico de la población de edad media y Avanzada en México: Primeros resultados del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México* [Ponencia]. Reunión de Expertos en Redes Sociales de Apoyo a las Personas Adultas Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad, Santiago de Chile, Chile.
- World Health Organization. (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva.
- Yagosesky, R. (1998). *Autoestima en palabras sencillas*. Júpiter.
- Yalom, I. (1985). *The Theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., y Leiver, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zacarías, X., Uribe, J., y Gómez, R. (2018). Talleres reflexivos con mujeres: una estrategia participativa de investigación y diálogo en contextos comunitarios. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 24(47), 115-134. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31655797006>

Zamarrón Cassinelle, M. (2006). *El bienestar subjetivo en la vejez*. Portal Mayores; Informes Portal Mayores.

Zarebski, G. (2005). *El curso de la vida: diseño para armar*. Universidad Maimónides, Científica y Literaria.

Zea, M. (2012). *Metas evolutivas y representaciones del futuro en personas mayores sanas y con enfermedades crónicas*. [Tesis Doctoral, Universitat de València]. RODERIC.

Anexos

Taller: "Nunca es tarde para vivir con mayor plenitud".

Objetivo general:

Promover la reconstrucción de la identidad en la vejez y la práctica de empoderamiento en personas adultas mayores a través de la participación en un taller reflexivo y de entrenamiento en habilidades.

Sesión 1: Introducción.

Objetivo: Fortalecimiento de la identidad del grupo y contrato terapéutico. Aplicación de los instrumentos de evaluación (pre-intervención).

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------|------------------------------------|--|--|------------|
| 3 min. | Bienvenida y presentación. | Que los participantes del taller comiencen a sentir confianza dentro del grupo y que conozcan a quien impartirá el taller. | Dar la bienvenida al taller y presentación de facilitadores (nombre y profesión). | |
| 20 min. | Presentación de cada participante. | Que los participantes del taller se conozcan unos a otros. | Se les pedirá a los participantes formar un círculo grande en donde se incluyan también a los facilitadores. A continuación cada uno dirá su nombre mientras los demás estén atentos a esto. Terminado lo anterior se le pedirá a la persona que esté a la derecha de uno de los facilitados que trate de nombrar a cada integrante, cuando ya no se recuerde el nombre de alguno de los participantes, la siguiente persona | |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------------|--|--|--|-------------------|
| 3 min. | Objetivo del taller. | Dar a conocer el objetivo del taller de forma clara y entendible para todos los integrantes. | <p>a la derecha podrá ayudarlo y así sucesivamente hasta que todos los integrantes sean nombrados. En la sesión virtual únicamente se les solicita a los participantes presentarse como ellos así lo deseen.</p> <p>Mencionar el objetivo del taller: Conocer habilidades y estrategias que permitan a los participantes tener una mejor calidad de vida y bienestar durante la vejez.</p> | |
| 3 min. | Confidencialidad y reglas de convivencia. | Reconocer que el taller se regirá bajo confidencialidad. | <p>Informarles que todo lo que sea tratado y compartido por los participantes del taller será bajo un margen de confidencialidad, por lo que pueden compartirlo con confianza ya que en el grupo se buscará siempre un ambiente de respeto y comprensión al otro.</p> | |
| 3 min. | Acuerdos sobre la permanencia en el grupo. | Reconocer los acuerdos de participación y permanencia en el grupo. | Se indicará a los integrantes que la participación en el taller es un proceso de cambio que se vivirá en conjunto | |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------|--|--|--|---|
| 8 min. | Firma del consentimiento informado. | Reconocer la aceptación o rechazo del consentimiento informado por parte de cada participante. | entre todos los participantes y los facilitadores, y se recordará que como todos los procesos es importante mantener una secuencia en cada sesión para obtener mejores beneficios y es por ello que su participación en cada sesión del taller es muy importante. Dar lectura al consentimiento informado, resolver dudas y firmar su aceptación. | Lápiz con goma de borrar. |
| 80 min. | Aplicación de los instrumentos de evaluación (Pre-intervención). | Aplicar cada instrumento de evaluación a cada uno de los participantes. | Se aplicará a cada uno de los participantes las escalas de evaluación. | <p>WHOQoL-OLD (Acosta et al. 2013). (Anexo 1).</p> <p>Escala de Bienestar Psicológico para adultos mayores (De León et al., 2018). (Anexo 2).</p> <p>Philadelphia Geriatric Center (González-Celis, 2002). (Anexo 3).</p> <p>Cuestionario de Evaluación de Estereotipos</p> |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------------|---------------------------------------|---|--|--|
| 15 min. | Técnica de respiración diafragmática. | Aplicar la técnica de respiración diafragmática para disminuir el cansancio por la aplicación de las escalas de evaluación. | Se explicarán los beneficios, así como la forma correcta de llevar a cabo la técnica de respiración diafragmática. Posteriormente los participantes la realizarán con apoyo de la guía de alguno de los facilitadores. | Negativos hacia la Vejez (Blanca et al., 2005). (Anexo 4). |

Total: 120 min.

Sesión 2: Mitos sobre la vejez en torno a la salud física.

Objetivo: Reconocer los principales mitos que se han relacionado con las personas adultas mayores en torno a su salud física y establecer estrategias para mejorarla.

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------------|---|---|--|---|
| 10 min. | Práctica de Mindfulness y Técnica de Respiración Diafragmática. | Mejorar el desempeño y concentración dentro de la sesión. | Se explicarán los beneficios de realizar las técnicas, así como la forma correcta de llevar a cabo la técnica de respiración diafragmática y posteriormente se comenzará con su implementación. Se le pedirá a los participantes ponerse en una posición cómoda, cerrar sus ojos y posteriormente escuchar con atención una pista musical. Se | Fragmento de pista musical: Las 5 estaciones de Vivaldi (minuto 1 a minuto 8). https://www.youtube.com/watch?v=GRxofEmo3HA&t=105s |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------|---|---|---|--|
| 30 min. | Cambios físicos esperables en personas adultas mayores. | Reconocer la diferencia entre vejez y envejecimiento, así como los cambios físicos que son esperados en la vejez. | <p>les señalará que si llegara a surgir algún pensamiento u otro tipo de distracción, intenten regresar a poner atención a la pista musical. Se realizarán dos respiraciones profundas, se recordará el lugar en el que se encuentran, se les pedirá imaginarlo y finalmente se indicará que pueden abrir sus ojos poco a poco.</p> <p>Se generará una reflexión en torno a la diferencia entre vejez y envejecimiento. Se presentarán los principales cambios que ocurren en los órganos, sistemas y aparatos en las personas adultas mayores que no son consecuencia de una enfermedad sino producto del proceso normal del envejecimiento. Se dará apertura a la expresión de dudas, experiencias y comentarios por parte de los participantes sobre dicha temática.</p> | Recurso impreso y/o digital (anexo 5). |
| 25 min. | ¿La vejez es sinónimo de enfermedad? | Conocer los pensamientos e ideas de cada participante en torno a considerar a la vejez como | Brindar retroalimentación a las aportaciones de los participantes en torno a la perspectiva de considerar a la vejez | Recurso impreso y/o digital (anexo 6). Modelo SOC |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------|---|--|--|---|
| | | sinónimo de enfermedad. | como sinónimo de enfermedad. Brindar ejemplos para implementar el modelo SOC (Baltes y Baltes, 1990) en la vida cotidiana de los participantes como estrategia de afrontamiento frente a los cambios físicos presentes en la vejez. | (Baltes y Baltes, 1990). |
| 30 min. | ¿Qué ejercicios físicos puedo realizar para mejorar mi salud? | Identificar ejemplos de ejercicios físicos que no pongan en riesgo al adulto mayor y favorezcan su salud física. | Se presentarán a los participantes algunos ejemplos de ejercicios físicos que pueden realizar para mejorar su salud física. Se guiará a los participantes para realizar en ese momento una serie de ejercicios físicos que no pongan en riesgo su seguridad. | <p>Canal de YouTube “Fisioterapia Querétaro”: https://www.youtube.com/channel/UCZFpoc_i9VdLuFv-2nrSI9Q</p> <p>Guía para el cuidado de la salud. Adultos mayores, 60 años y más (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018). http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/2018/guia-salud-adulto-mayor-2018.pdf</p> |
| 25 min. | ¿Cómo puedo cuidar mi alimentación? | Conocer el plato del buen comer y la jarra del buen beber adaptada a personas adultas | Se explicarán las adecuaciones para personas adultas mayores en las porciones | Recurso impreso y/o digital (anexo 7) |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------------|-------------|-----------------|---|---|
| | | mayores. | recomendadas en el plato del buen comer y la jarra del buen beber. Se pondrán ejemplos de menús con costos accesibles pero acordes a una alimentación benéfica en la vejez. | Lista de precios estándar y actual de alimentos utilizados en los menús propuestos. |

Total: 120 min.

Sesión 3: Reminiscencia.

Objetivo: Favorecer la reconstrucción de la identidad en las personas adultas mayores.

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------------|---------------------------------|---|---|---|
| 20 min. | Relajación muscular progresiva. | Favorecer la concentración, desempeño y comodidad de los participantes durante la sesión. | <p>Se explicará a los participantes los beneficios de realizar la técnica.</p> <p>Posteriormente se comenzará con la práctica de la técnica. Se les pedirá a los participantes sentarse en una posición cómoda, descansando sus pies en el suelo y sus manos colocadas encima de sus piernas con las palmas hacia abajo. Se instruirá a los participantes para que puedan tensar y destensar los siguientes grupos musculares y obtengan los mayores beneficios de la realización de la técnica: pies, piernas, tronco, manos, brazos, cuello y</p> | Relajación muscular progresiva de Jacobson (1964, adaptado por Payné, 2002, pp. 55-70). |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------------|-----------------------------------|---|--|--|
| 50 min. | Reminiscencia. Pasado y Presente. | A través de la formulación de un relato se buscará un sentido de continuidad entre el pasado y el presente de la vida de cada participante. | <p>Se pedirá a cada participante que realicen un relato de su vida considerando desde el día actual hasta el día más antiguo como se desee, dicho relato debe tener los siguientes elementos y una extensión no mayor a 1 cuartilla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gustos / intereses. - El momento más feliz de mi vida. - Un obstáculo que resolví. - Una preocupación. - Nombrar a 3 personas importantes en mi vida y un momento o experiencia que recuerde con ellas. <p>Cuando los participantes terminen de elaborar dicho relato cada participante lo compartirá al grupo, sin emitir alguna reflexión adicional del ejercicio ya que la actividad aún no se ha concluido.</p> | <p>cara (respetando dicho orden). Al finalizar se realizarán 2 respiraciones profundas.</p> <p>Hojas de papel tamaño carta. Plumas de cualquier color.</p> |
| 50 min. | Reminiscencia. Futuro. | Reflexionar sobre las actividades, expresiones y deseos futuros que se vinculan al | Tomando como base el relato de la vida construido previamente, cada participante deberá escribir en el | Hoja de papel tamaño carta utilizada en |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|--------|------|---|---|---|
| | | relato de la vida construido previamente. | <p>reverso de la hoja que ha utilizado anteriormente la respuesta a la pregunta ¿Qué deseo hacer a partir de hoy? ¿Qué acciones me gustaría y considero que son necesarias para cumplir lo que deseo? (Por ejemplo, llamar mañana por teléfono a mi hermana que es una de las personas importantes en mi vida o inscribirme a un curso de tejido para aprender a tejer).</p> <p>La respuesta a las preguntas anteriores puede ser a corto plazo o a largo plazo. Sin olvidar que pequeñas acciones a corto plazo fortalecen el cumplimiento de una meta a largo plazo.</p> <p>Al finalizar la escritura de las respuestas a las preguntas planteadas, cada participante compartirá al grupo lo que haya escrito. En esta ocasión se pedirá a los participantes añadir una breve reflexión sobre el ejercicio de reminiscencia realizado en la sesión.</p> | <p>el ejercicio anterior.</p> <p>Plumas de cualquier color.</p> |

Total: 120 min.

Sesión 4: ¿Cómo puedo cuidar mi salud mental durante la vejez?

Objetivo: Reconocer que es el vejeísmo. Brindar estrategias y alternativas que permitan mejorar la salud mental y cognitiva en personas adultas mayores.

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------------|---|---|---|--|
| 15 min. | Respiración diafragmática y atención plena. | Favorecer el desempeño, concentración y comodidad de los participantes durante la sesión. | Se llevarán a cabo las técnicas con ayuda de la guía de los facilitadores hacia los participantes. | Fragmento musical (minuto 1 al minuto 10): https://www.youtube.com/watch?v=X12JEDTFNE |
| 30 min. | ¿Qué es el vejeísmo? | Reconocer el concepto de vejeísmo y ejemplos relativos a éste. | <p>Se presentará a los participantes la definición del concepto de vejeísmo, se abordará de forma específica al concepto de vejeísmo implícito. Ambos aspectos a través del análisis y reflexión en torno a dos imágenes de personas mayores. Se elaborarán y se reflexionará conjunto a los participantes algunos ejemplos relativos al concepto de vejeísmo.</p> <p>Finalmente, se resaltaré el impacto de los estereotipos en torno a la vejez en la autoeficacia, autoestima y autoconcepto de las personas adultas mayores, fortaleciendo de ese modo su identidad personal.</p> | Recurso impreso y/o digital (anexo 8). |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------------|-------------|--|---|--|
| 50 min. | Autoestima | Fortalecer la autoestima de los participantes, así como su identidad personal. | <p>Se le pedirá a los participantes que respondan a la pregunta ¿Quién soy?, escribiendo entre 5 y 10 aspectos positivos que observen en sí mismos.</p> <p>Posteriormente se les pedirá a los participantes formar un círculo para que puedan compartir con el grupo lo escrito, se elegirá a un participante para iniciar, continuará el participante que esté a la derecha y así sucesivamente. Se les indicará que deben poner especial atención a lo que menciona el participante que continuará después de ellos.</p> <p>Finalmente, los participantes mantendrán la formación del círculo con la finalidad de que cada uno exprese un reconocimiento (por ejemplo, admiro que cuides a tus nietos, admiro que sepas bailar, etc.) a la persona que esté a su derecha tomando como base lo expresado anteriormente por</p> | <p>Hojas de papel tamaño carta.</p> <p>Plumas de diversos colores.</p> |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|-----------------|-------------------------|--|--|--|
| 25 min. | Estimulación cognitiva. | Dar a conocer la importancia y ejemplos de diversas estrategias y alternativas para mejorar la memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas en personas adultas mayores. | <p>ellos. Nota: En la sesión virtual los turnos para hablar se tomarán con libertad.</p> <p>Se presentará a los participantes, la definición de memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas, su importancia en la vida cotidiana, además se mencionará la relevancia de llevar a cabo la estimulación cognitiva y se brindarán alternativas o estrategias para llevarla a cabo con la finalidad de obtener los mejores beneficios en la vida cotidiana de los participantes.</p> | <p>Recurso impreso y/o digital (anexo 8).</p> <p>Estimulación cognitiva. Cuaderno de actividades de la vida diaria (Instituto de Salud Pública, Madrid Salud; Ayuntamiento de Madrid, 2011).</p> <p>Guía para el cuidado de la salud. Adultos mayores, 60 años y más (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018). http://www.ims.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/2018/guia-salud-adulto-mayor-2018.pdf</p> |
| Total: 120 min. | | | | |

Sesión 5: El amor y la amistad en la vejez.

Objetivo: Reconocer los mitos y cambios ocurridos en la vejez en torno a las relaciones de pareja y los vínculos amistosos.

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------------|---|--|--|---|
| 10 min. | Práctica de Mindfulness | Mejorar el desempeño y concentración dentro de la sesión. | Se le pedirá a los participantes ponerse en una posición cómoda, cerrar sus ojos y posteriormente escuchar con atención una pista musical. Se les señalará que si llegara a surgir algún pensamiento u otro tipo de distracción, intenten regresar a poner atención a la pista musical. Se realizarán dos respiraciones profundas, se recordará el lugar en el que se encuentran, se les pedirá imaginarlo y finalmente se indicará que pueden abrir sus ojos poco a poco. | Fragmento de pista musical: Sinfonía 9 de Beethoven (minuto 1 a minuto 10). https://www.youtube.com/watch?v=t3217H8Jpp ! |
| 25 min. | Mitos y cambios sobre la amistad en la vejez. | Reconocer los principales mitos y cambios surgidos en torno a los vínculos amistosos durante la vejez. | Se dará a conocer a los participantes la importancia del apoyo social generado a partir de los vínculos amistosos, se describirán los principales mitos en torno a las relaciones | Recurso impreso y/o digital (anexo 9). Teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, 1987, 1991). |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------|------------------------------|--|--|--|
| 25 min. | Mi pareja y yo en la vejez. | Reconocer la presencia de la erótica en la vejez. | <p>amistosas surgidas o mantenidas durante la vejez, así mismo se reconocerán los cambios esperados en este ámbito durante esta etapa de la vida.</p> <p>Se presentarán a los participantes los principales cambios y mitos en torno a la erótica en la vejez.</p> <p>Del mismo modo, se darán a conocer las temáticas referentes a las nuevas parejas en la vejez, la viudez, matrimonio o relación amorosa después de los 60 años y la aceptación del propio cuerpo.</p> | <p>Recurso impreso y/o digital (anexo 9).</p> <p>Video “La vejez cuenta”: https://www.youtube.com/watch?v=0oyZUIwZxHk</p> <p>Video “El erotismo no envejece”: https://www.youtube.com/watch?v=o40GOog2fzY</p> <p>Video “El coito no es lo único”: https://www.youtube.com/watch?v=m63RZSZnltY&list=PL5aq_Cc_aQgBSsIHNZq1NAFwfdG5eWZ-dE&index=11</p> |
| 35 min. | Habilidades de comunicación. | Identificar las habilidades de comunicación para fortalecer los vínculos sociales en la vejez. | Se destacará la importancia de utilizar determinadas habilidades sociales para mejorar la forma | Habilidades sociales (Hinojo y Fernández, 2002). |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------|------------------|---|--|------------|
| 25 min. | Reflexión final. | Permitir la libre expresión de los participantes a partir de lo aprendido en la sesión. | <p>de relacionarse con otras personas. Posteriormente, se presentarán las diferentes habilidades de comunicación (iniciar conversaciones, saber escuchar, ofrecer entendimiento o empatía, asumir o compartir responsabilidad, ofrecer ayuda, solicitar apoyo, expresar desacuerdo, dar reconocimiento, recibir reconocimiento y compartir sentimientos).</p> <p>Se dará a los participantes la libertad de expresar dudas, inquietudes, comentarios y/o reflexiones a partir de lo aprendido en la sesión. Se brindará retroalimentación a cada una de las participaciones.</p> | |

Total: 120 min.

Sesión 6: Cierre

Objetivo: Reconocer el impacto del taller en la calidad de vida y bienestar en los participantes.

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|---------------|---------------------------------|--|---|---|
| 15 min. | Relajación Muscular Progresiva. | Favorecer la concentración, desempeño y comodidad de los participantes durante la sesión. | Se les pedirá a los participantes sentarse en una posición cómoda, descansando sus pies en el suelo y sus manos colocadas encima de sus piernas con las palmas hacia abajo. Se instruirá a los participantes para que puedan tensar y destensar los siguientes grupos musculares y obtengan los mayores beneficios de la realización de la técnica: pies, piernas, tronco, manos, brazos, cuello y cara (respetando dicho orden). | Relajación muscular progresiva de Jacobson (1964, adaptado por Payné, 2002, pp. 55-70). |
| 45 min. | Reflexión final del taller. | Permitir el intercambio final de aprendizajes, reflexiones, comentarios, inquietudes y/o preguntas referentes al taller. | Se le pedirá a los participantes formar un círculo, preferentemente sentados en sillas. Cada participante deberá decir al menos un comentario, reflexión y/o aprendizaje surgido a partir de la participación en el taller. Y podrá añadir alguna pregunta o inquietud surgida a partir de la asistencia al taller. Se dará la libertad de expresar su participación en el | Sillas. |

| Tiempo | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales |
|-----------------|---------------------------------|--|---|---|
| 60 min. | Evaluación (Post-intervención). | Identificar cambios en el bienestar y calidad de vida en los participantes después de la asistencia al taller. | orden que el grupo decida. Se aplicarán los mismos instrumentos de evaluación que al inicio de la intervención de manera individual. | Lápiz con goma de borrar. WHOQoL-OLD (Acosta et al. 2013). (Anexo 1). Escala de Bienestar Psicológico para adultos mayores (De León et al., 2018). (Anexo 2). Philadelphia Geriatric Center (González-Celis, 2002). (Anexo 3). Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (Blanca et al., 2005). (Anexo 4). Cuestionario de satisfacción. (Anexo 10). |
| Total: 120 min. | | | | |