



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AREÁ ACADEMICA DE PSICOLOGÍA

**“INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL Y DE
PSICOLOGÍA POSITIVA PARA LA PROMOCIÓN DEL
ENVEJECIMIENTO POSITIVO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ALINNE ESTRELLA MARTINEZ TREJO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTÍZ

CODIRECTORA DE TESIS

DRA. KARINA REYES JARQUÍN



Pachuca de Soto, Hidalgo, 2021



14 de enero de 2021
 Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
 Head of academic psychology area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante **ALINNE ESTRELLA MARTINEZ TREJO**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: **“Intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo”** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

“AMOR, ORDEN Y PROGRESO”

| Nombres de los Docentes Jurados | Cargo | Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal |
|--------------------------------------|---------------|--|
| Dr. Rubén García Cruz | Presidente | |
| Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz | Primer Vocal | |
| Dra. Karina Reyes Jarquín | Segundo Vocal | |
| Dra. Claudia M. González Fragoso | Tercer Vocal | |
| Dr. David Jiménez Rodríguez | Secretario | |
| Dr. Abel Lerma Talamantes | Suplente | |
| Dr. Christian Oswaldo Acosta Quiroz | Suplente | |



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N
 Carretera Pachuca Actopan
 San Agustín Tlaxiana, Hidalgo, México; C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Cxt. 4325, 4326, 4344 y 4313
 psicologia@uaeh.edu.mx

Agradecimientos

A mi madre Edith, mi abuela Margarita, mi padre Arturo, mi hermana y hermano por estar cada día a mi lado brindándome todo su amor y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida. A todos y todas las Trejo que han creído en mí y en este proyecto indudablemente. A Amir, que ha estado en cada etapa dándome su amor, apoyo y consejos. Gracias a todas y todos por enseñarme a dar lo mejor de mí.

A la Dra. Karina por ayudarme a iniciar este proyecto, dándome las bases y perspectivas necesarias para seguir adelante y a la Dra. Andrómeda por guiarme en la creación y el desarrollo de la intervención. Gracias por sus consejos y por enseñarme con paciencia y dedicación, les admiro su profesionalismo y pasión por lo que hacen.

A Diana por qué creyó en el taller desde el primer momento, por abrirme las puertas en su proyecto, por darme consejos, motivación y herramientas cuando las necesitaba. A Mike, Bren (y Emmanuel), Magali e Itzel por participar en este proyecto, por ayudarme en todo lo que podían, por las risas, por estar ahí en cada paso y aprender junto conmigo.

A todas las personas adultas mayores que participaron en esta investigación, es por ellos y ellas que esto es posible, gracias por todas sus vivencias compartidas, los consejos, y todos los momentos que sin lugar a dudas son lo mejor que me llevo de esta experiencia.

A las y los sinodales, las y los profesores y a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por qué son una parte fundamental para mi desarrollo tanto a nivel educativo como profesional. A Mau, Gus, Vicente, Ale, Karina y todas las del cubículo, gracias por sus consejos, compartir su conocimiento y por guiarme cuando necesitaba un rumbo.

El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza.

- André Maurois

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Resumen | 13 |
| Abstract..... | 14 |
| Introducción..... | 15 |
| Capítulo I: Adultez mayor y envejecimiento | 17 |
| 1.1 Longevidad y envejecimiento fisiológico | 19 |
| 1.2 Aspectos psicosociales del envejecimiento..... | 25 |
| 1.3 Significado de vida y muerte digna | 30 |
| 1.4 Envejecimiento patológico..... | 33 |
| 1.5 Envejecimiento normal | 36 |
| Capítulo II: Psicología positiva y envejecimiento positivo | 43 |
| 2.1 Emociones positivas | 44 |
| 2.2 Virtudes y fortalezas de carácter..... | 47 |
| 2.3 Bienestar psicológico y satisfacción con la vida..... | 55 |
| 2.4 Envejecimiento positivo..... | 61 |
| 2.5 Calidad de vida desde la psicología positiva..... | 65 |
| Capítulo III: Intervenciones cognitivo - conductuales desde la psicología positiva para la promoción y el mantenimiento de la salud..... | 73 |
| 3. 1 Prevención en personas adultas mayores | 73 |
| 3.2 Promoción, mantenimiento y educación para la salud en personas adultas mayores | 74 |
| 3.3 Intervenciones dirigidas a personas adultas mayores..... | 79 |
| 3.3.1 Técnicas conductuales | 79 |
| 3.3.2 Técnicas cognitivas..... | 81 |
| 3.3.3 Técnicas de Psicología Positiva..... | 82 |
| Método General | 86 |
| Justificación..... | 86 |
| Pregunta de investigación:..... | 87 |
| Objetivo general:..... | 87 |
| Objetivos específicos: | 87 |
| Método Fase I | 89 |

| | |
|---|------------|
| Pregunta de investigación | 89 |
| Objetivo general | 89 |
| Objetivos específicos | 89 |
| Tipo de estudio..... | 89 |
| Variables | 90 |
| Participantes | 91 |
| Instrumentos | 92 |
| Procedimiento | 92 |
| Análisis de datos | 93 |
| Criterios éticos | 93 |
| Resultados Fase I | 94 |
| Método Fase II | 108 |
| Pregunta de investigación | 108 |
| Objetivo general | 108 |
| Objetivos específicos | 108 |
| Alcance de la investigación | 109 |
| Diseño de la investigación | 109 |
| Variables | 109 |
| Hipótesis estadística de correlación..... | 112 |
| Hipótesis estadística de diferencia..... | 112 |
| Participantes | 113 |
| Instrumentos | 115 |
| Procedimiento | 116 |
| Análisis de datos..... | 116 |
| Criterios éticos | 117 |
| Resultados Fase II | 118 |
| Discusión y conclusiones | 196 |
| Referencias | 207 |
| Anexos | 218 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Modelos del bienestar psicológico..... | 57 |
| Tabla 2. Prevención, promoción, mantenimiento y educación para la salud. | 77 |
| Tabla 3. Técnicas de Psicología Positiva utilizadas para el desarrollo de habilidades socioemocionales..... | 84 |
| Tabla 4. Definición de las variables..... | 90 |
| Tabla 5. Características de las y el juez..... | 91 |
| Tabla 6. Objetivo por sesión de la intervención..... | 97 |
| Tabla 7. Materiales Psicoeducativos de Uso Clínico..... | 101 |
| Tabla 8. Indicadores y retroalimentación de las y el juez..... | 103 |
| Tabla 9. Objetivo por Sesión de la Capacitación..... | 105 |
| Tabla 10. Primera capacitación a las y el prestador de Servicio Social..... | 106 |
| Tabla 11. Asignación de tareas por Perfil Profesional..... | 107 |
| Tabla 12. Definición conceptual y operacional de las variables dependientes | 110 |
| Tabla 13. Definición conceptual y operacional de la variable independientes..... | 112 |
| Tabla 14. Distribución de los y las participantes por grupo, edad y sexo..... | 114 |
| Tabla 15. Medianas Pre y Post de la Calidad de Vida por Edad..... | 123 |
| Tabla 16. Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre hombres y mujeres de ambos grupos Pre y Post de la Calidad de Vida..... | 124 |
| Tabla 17. Medianas Pre y Post de la Calidad de Vida por Enfermedad..... | 125 |
| Tabla 18. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas del Grupo Experimental..... | 126 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 19. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas del Grupo de Réplica. | 127 |
| Tabla 20. Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre ambos grupos Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas | 128 |
| Tabla 21. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas de la muestra... | 129 |
| Tabla 22. Medianas Pre y Post del Bienestar Psicológico por Edad | 131 |
| Tabla 23. Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre hombres y mujeres en las mediciones Pre y Post del Bienestar Psicológico | 132 |
| Tabla 24. Medianas Pre y Post del Bienestar Psicológico por Religión | 133 |
| Tabla 25. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post del Bienestar Psicológico y por Subescalas del Grupo Experimental | 134 |
| Tabla 26. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post del Bienestar Psicológico y por Subescalas del Grupo de Réplica | 135 |
| Tabla 27. Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre ambos grupos Pre y Post del Bienestar Psicológico y por Subescalas | 136 |
| Tabla 28. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post del bienestar Psicológico y por Subescalas de la muestra | 137 |
| Tabla 29. Medianas Pre y Post de la Satisfacción con la Vida por Edad | 139 |
| Tabla 30. Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre hombres y mujeres de ambos grupos en las mediciones Pre y Post de la Satisfacción con la Vida.. | 140 |
| Tabla 31. Medianas Pre y Post de la Satisfacción con la Vida por Ocupación.... | 141 |
| Tabla 32. Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre ambos grupos Pre y Post de la Satisfacción con la Vida..... | 141 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 33. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Satisfacción con la Vida | 142 |
| Tabla 34. Medianas Pre y Post de las Virtudes por Grupos | 143 |
| Tabla 35. Medianas Pre y Post de las Fortalezas de Carácter por Grupos..... | 144 |
| Tabla 36. Medianas Pre y Post de la Virtud de Trascendencia por Edad | 147 |
| Tabla 37. Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre hombres y mujeres de ambos grupos en las mediciones Pre y Post de la Virtud de Trascendencia . | 148 |
| Tabla 38. Prueba de Kruskal Wallis para las diferencias entre religión en las mediciones Pre y Post de la Virtud de Trascendencia | 148 |
| Tabla 39. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Virtud de Trascendencia y Fortalezas de Carácter del Grupo Experimental | 149 |
| Tabla 40. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Virtud de Trascendencia y Fortalezas de Carácter del Grupo de Réplica | 150 |
| Tabla 41. Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre ambos grupos Pre y Post de la Virtud de Trascendencia y las Fortalezas de Carácter | 151 |
| Tabla 42. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Virtud de Trascendencia y Fortalezas de Carácter | 152 |
| Tabla 43. Medianas de la Línea Base y durante la Intervención de los signos vitales | 154 |
| Tabla 44. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre los promedios de la línea base y los promedios durante la Intervención del Grupo Experimental | 156 |
| Tabla 45. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas del Grupo de Réplica | 156 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 46. Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas de la muestra... | 157 |
| Tabla 47. Correlación de las Subescalas de Calidad de Vida y las Subescalas del Bienestar Psicológico | 160 |
| Tabla 48. Correlación de las Subescalas de Calidad de Vida y las Fortalezas de Carácter de la Virtud de Trascendencia | 161 |
| Tabla 49. Correlación de las Subescalas del Bienestar Psicológico y las Fortalezas de Carácter de la Virtud de Trascendencia | 162 |
| Tabla 50. Correlación de las Subescalas de Calidad de Vida con la Satisfacción con la Vida | 163 |
| Tabla 51. Correlación de las Subescalas del Bienestar Subjetivo con la Satisfacción con la Vida..... | 164 |
| Tabla 52. Correlación de las Fortalezas de la Virtud de Trascendencia con la Satisfacción con la Vida | 164 |
| Tabla 53. Número de participantes con cambios clínicamente significativos usando la Técnica de Partición de Mitades para la significancia clínica por en las variables de gratitud, cambios y habilidades socioemocionales..... | 166 |
| Tabla 54. Promedios de la variable Gratitud durante de la Intervención del Grupo Experimental | 167 |
| Tabla 55. Promedios de la variable Gratitud durante la Intervención del Grupo de Réplica | 168 |
| Tabla 56. Promedios de la variable Cambios durante la Intervención del Grupo Experimental | 171 |
| Tabla 57. Promedios de la variable Cambios durante la Intervención del Grupo de Réplica | 173 |
| Tabla 58. Comentarios de la variable cambios de las y los participantes durante la intervención | 174 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 59. Promedios de la variable Habilidades Socioemocionales durante la Intervención del Grupo Experimental | 178 |
| Tabla 60. Promedios de la variable Habilidades Socioemocionales durante la Intervención del Grupo Experimental | 180 |
| Tabla 61. Número de participantes con cambios clínicamente significativos usando la Técnica de Partición de Mitades para la significancia clínica por caso por signos vitales | 183 |
| Tabla 62. Promedios de la presión sistólica durante la intervención de ambos grupos | 184 |
| Tabla 63. Promedios de la presión diastólica durante la intervención de ambos grupos | 187 |
| Tabla 64. Promedios del pulso durante la intervención de ambos grupos | 190 |
| Tabla 65. Promedios de la frecuencia respiratoria durante la intervención de ambos grupos | 193 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Virtudes y fortalezas de carácter | 49 |
| Figura 2. Pilares del envejecimiento positivo..... | 63 |
| Figura 3. Fases de la investigación | 88 |
| Figura 4. Mapa Clínico de Patogénesis..... | 94 |
| Figura 5. Mapa Clínico de Fortalezas..... | 95 |
| Figura 6. Mapa de Alcance de Metas..... | 96 |
| Figura 7. Frecuencias por Edad | 118 |
| Figura 8. Frecuencias por sexo y por grupos | 119 |
| Figura 9. Frecuencias por estado civil..... | 119 |
| Figura 10. Frecuencias respecto con quién(es) viven | 120 |
| Figura 11. Frecuencias por enfermedades..... | 120 |
| Figura 12. Frecuencias por municipio donde radican..... | 121 |
| Figura 13. Frecuencias por grado de estudios | 121 |
| Figura 14. Frecuencias por religión | 122 |
| Figura 15. Frecuencias por ocupación | 122 |
| Figura 16. Medianas Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas de la muestra | 130 |
| Figura 17. Medianas Pre y Post de la Calidad de Vida por Grupos | 130 |
| Figura 18. Medianas Pre y Post del Bienestar Psicológico por Grupo | 138 |
| Figura 19. Medianas Pre y Post del Bienestar Psicológico por Subescalas..... | 138 |
| Figura 20. Medianas Pre y Post de la Satisfacción con la Vida por Grupo..... | 142 |
| Figura 21. Medianas Pre y Post de las Virtudes..... | 144 |
| Figura 22. Medianas Pre y Post de las Fortalezas de Carácter | 146 |
| Figura 23. Medianas Pre y Post de las Fortalezas de Carácter de la Virtud de Trascendencia..... | 153 |

| | |
|--|-----|
| Figura 24. Medianas de la línea base y durante la intervención de los signos vitales | 155 |
| Figura 25. Correlación de las puntuaciones totales de los instrumentos, antes de la Intervención..... | 158 |
| Figura 26. Correlación de las puntuaciones totales de los instrumentos, después de la Intervención | 159 |
| Figura 27. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E3. en la variable de gratitud | 169 |
| Figura 28. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R6 en la variable de gratitud | 170 |
| Figura 29. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E6 en la variable de cambios..... | 176 |
| Figura 30. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R7 en la variable de cambios..... | 177 |
| Figura 31. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E5 en la variable de habilidades socioemocionales..... | 181 |
| Figura 32. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R3 en la variable de habilidades socioemocionales..... | 182 |
| Figura 33. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E8 de la presión sistólica | 185 |
| Figura 34. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R7 de la presión sistólica | 186 |
| Figura 35. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E4 de la presión diastólica | 188 |
| Figura 36. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R9 de la presión diastólica | 189 |
| Figura 37. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E1 del pulso | 191 |

| | |
|---|-----|
| Figura 38. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R2 del pulso..... | 192 |
| Figura 39. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E5 de la frecuencia respiratoria | 194 |
| Figura 40. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R11 de la frecuencia respiratoria | 195 |

Resumen

El envejecimiento positivo genera factores protectores para enfrentar las pérdidas y valorar las ganancias que se encuentran en esta etapa de vida (Morales, 2014). La investigación y la práctica de la Psicología Positiva busca que las personas vivan momentos de esperanza, amor o diversión de manera que puedan seguir con sus vidas plenamente (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Por esto, el objetivo de esta investigación fue conocer la eficacia de una Intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del Programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, incluyendo en este concepto a las variables de calidad de vida, bienestar psicológico, satisfacción con la vida, fortalezas y virtudes de carácter, además de la toma de sus signos vitales, con un enfoque de derechos humanos. Se contó con una muestra de 24 personas adultas mayores de entre 60 y 83 años ($\bar{x}= 67.58$, $Me= 67$, $DE= 6.107$, $Rango= 37.29$). Se utilizó una metodología cuantitativa no paramétrica. Los resultados indicaron que, sí existen diferencias estadísticamente significativas en las variables antes y después de la intervención, además de que existen correlaciones entre los cuatro instrumentos utilizados, también se comprobó la significancia clínica en las variables de gratitud, cambios y habilidades socioemocionales durante la intervención. Se concluyó que la intervención cognitivo – conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo es confiable y eficaz para lograr dicho objetivo.

Palabras clave: envejecimiento positivo; intervención psicológica; enfoque cognitivo – conductual; psicología positiva.

Abstract

A positive aging generates protective factors to face the losses and value the gains found in this stage of life (Morales, 2014). The research and practice of Positive Psychology looks for people to live moments of hope, love or fun so that they can continue with their lives (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). The objective of this research was to know the efficacy of a cognitive – behavioral and positive psychology intervention for the promotion of positive aging in older adults within the Institutional Program “Grandeza Garza” of the Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, including in this concept the variables of quality of life, psychological well – being, satisfaction with life, strengths and virtues of character and vital signs, with a focus on human rights. There was a sample of 24 older adults between 60 and 83 years old ($\bar{x}= 67.58$, $Me= 67$, $DE= 6.107$, $Rank= 37.29$). A non-parametric quantitative methodology was used. The results indicate that there are statistically significant differences in the variables before and after the intervention, in addition, there are correlations between the four instruments used, the clinical significance of the variables of gratitude, changes and socio-emotional abilities during the intervention was also verified. It was concluded that the cognitive behavioral and positive psychology intervention for the promotion of positive aging is reliable and effective to achieve this objective.

Key words: positive aging; psychological intervention; cognitive-behavioral approach; positive psychology.

Introducción

El envejecimiento poblacional en México es un fenómeno relativamente nuevo que trae consigo la necesidad de mantener una buena calidad de vida de las y los ciudadanos durante sus propios procesos de envejecimiento. Se estima que para el 2030 habrán 15.6 millones de personas adultas mayores en nuestro país (INAPAM, 2010).

La importancia de la calidad de vida durante el envejecimiento tiene más relevancia debido al reconocimiento de sus necesidades durante esta etapa de desarrollo y al aumento en la esperanza de vida. Se trata de humanizar y valorizar sus realidades para mejorar las relaciones interpersonales de ellos y ellas con los nuevos entornos (Robles, Rubio, De la Rosa, & Nava, 2016).

Un envejecimiento positivo genera en las personas mayor satisfacción con la vida y bienestar psicológico, de manera que fungen como factores protectores para enfrentar las pérdidas y valorar las ganancias que se encuentran en esta etapa de vida, por esto se propone que las fortalezas de carácter sean estudiadas en dichas ganancias para mejorar el proceso de envejecimiento, de manera que las capacidades cognitivas y físicas puedan mejorar y mantenerse (Morales, 2014).

Tomando esto último, la investigación y la práctica de la Psicología Positiva busca que las personas vivan momentos de esperanza, amor o diversión de manera que puedan seguir con sus vidas plenamente. Si las emociones positivas y las fortalezas están presentes en los momentos más difíciles será más fácil superarlos. La gente no solo necesita curar su depresión, sino tener razones y pensamientos felices para vivir (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

La promoción del envejecimiento positivo se vuelve importante debido a que se puede lograr el mantenimiento, protección y fomento de la salud colectiva e individual de las personas adultas mayores, lo que tendrá un impacto a nivel interpersonal, social y en las políticas públicas (Safarcada, Lellis, & Mozobancyk, 2010).

Dentro del concepto de envejecimiento positivo se contempla a las personas adultas mayores en un enfoque de derechos humanos, considerándoles como sujetos y sujetas de los mismos, por lo que es importante que se instauren políticas públicas dirigidas a la promoción del envejecimiento positivo y a la protección de sus derechos (Calva, 2013).

Es por esto que en esta investigación se realizó una revisión teórica organizada en tres capítulos, el primero dedicado al envejecimiento y la adultez mayor; el segundo a la psicología positiva y el envejecimiento positivo y, por último, en el capítulo tres, se abordan las técnicas utilizadas basadas en el enfoque cognitivo – conductual y de psicología positiva.

Las variables utilizadas se incluyen en el concepto de envejecimiento positivo, las cuales son calidad de vida, bienestar psicológico, satisfacción con la vida, fortalezas y virtudes de carácter, y signos vitales. Se trata de una metodología cuantitativa con el objetivo de conocer la eficacia de una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, dividida en dos fases que se detallan en la metodología, y que se basa en un enfoque de derechos humanos.

Capítulo I: Adultez mayor y envejecimiento

Para abordar adecuadamente el tema de la adultez mayor se debe de especificar la definición de algunos conceptos que resultan claves para el entendimiento de dicha etapa, ya que a veces se tienen connotaciones negativas (Alvarado & Salazar, 2014). En este apartado se definirán conceptos tales como el envejecimiento, la vejez y la adultez tardía o mayor.

Envejecimiento

Para Alvarado y Salazar (2014), el envejecimiento es un proceso del ciclo vital de las personas, considerado como una experiencia única y heterogénea, que comprende todas las dimensiones de la vida. Asimismo, el significado de este proceso está permeado por la cultura.

Por otro lado, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2019), define al envejecimiento como un proceso donde surgen diversos cambios (biológicos, psicológicos y sociales) a través del tiempo y que se dan de forma natural, gradual, continua e irreversible. El proceso de envejecer está atravesado por la cultura, la historia de vida de la persona, la situación económica, entre otros factores.

El envejecimiento se refiere al proceso biológico, psicológico y social que resulta de la interacción entre la herencia, el ambiente y la conducta de las personas (Negredo, 2002). Según Belsky (2001), existen 3 tipos de envejecimiento; a) normal, cuando el deterioro es progresivo, b) primario, donde los cambios físicos son inevitables y universales; y c) secundario, donde el deterioro evitable se relaciona con la edad y es causado por el daño medioambiental, por ejemplo, el descuido de la salud.

Vejez

Es la última etapa de vida y se relaciona con la edad y con cómo se vivió desde el nacimiento hasta la adultez tardía. Para entender la definición propia de vejez es necesario tomar en cuenta la edad cronológica, física, psicológica y social (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2019).

Para Valdez, Alejo, Meza, y Ortega (2013), la vejez es una situación que se construye de manera personal y colectiva. En ella se encuentran las percepciones y significados que las personas tienen respecto al proceso de envejecimiento.

La vejez ha sido interpretada bajo perspectivas diferentes en cada contexto social, debido a que es la última etapa y está próxima a la muerte. Antes era más complicado que la mayoría de la población llegará a dicha etapa, durante la Edad Media llegar a la vejez era considerado como un castigo divino y representaba (físicamente) el pecado. Con el paso del tiempo el concepto de vejez fue cambiando, pero aún tiene una connotación negativa. Hoy en día existe marginación social hacia las y los adultos mayores, donde se van sintiendo más ajenos al mundo en el que viven. El aumento en la esperanza de vida ha convertido a la vejez en un fenómeno nuevo y complejo para la humanidad (Martínez, Polo, & Carrasco, 2002).

Actualmente no se cuenta con una buena cultura de la vejez por lo que las personas mayores se ven como personas cercanas a su fin y no se les reconoce el mérito de haber vivido tanto (Urrutia & Villarraga, 2010). Desde hace años han existido dos visiones respecto a la vejez; una positiva como la de Platón, que consideraba a la vejez como un periodo en que se logra la total plenitud de la prudencia, la discreción, la sagacidad y la capacidad del buen juicio. Mientras que la otra visión se consideraba negativa, como la consideraba Aristóteles, quien pensaba al envejecimiento como una enfermedad natural, que convertía a las personas en egoístas, cínicas y desconfiadas (Negredo, 2002).

Adulthood tardía o mayor

Se refiere al último periodo de las etapas de desarrollo de la adultez. Comprende de los 65 años hasta la muerte y se caracteriza por cambios físicos, como el retraso en el tiempo de respuesta; cambios cognitivos, como el deterioro de la memoria y la inteligencia; y por último cambios psicosociales como la jubilación, el enfrentamiento a las pérdidas y la búsqueda del significado de vida (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2009).

Es la última etapa del desarrollo que comprende cambios físicos que podemos observar y cuantificar (que en su mayoría son consecuencia de los estilos de vida en las etapas de la adultez media y la juventud), pero que también lleva consigo responsabilidades, un cambio en la percepción de vida, y sobre todo el entender que llegar a dicha etapa no es un sinónimo de inutilidad, sino de sabiduría y experiencia (Jiménez, 2012).

1.1 Longevidad y envejecimiento fisiológico

Anteriormente se definió a la vejez y el envejecimiento, pero un concepto muy relacionado es la longevidad, que es entendida como la máxima duración que una persona puede existir. No solo se refiere a los años de vida, sino a la buena salud y el grado de independencia de la persona (Riegel, citado en Alvarado & Salazar, 2014). Se entiende de manera general y no particular, es decir, que comprende la esperanza de vida de toda la población. Además de que destaca aún más aspectos de salud e higiene a diferencia de las otras etapas en las que se le da más peso a la genética o los estilos de vida (Jiménez, 2012).

En los siguientes apartados del capítulo se abordarán los cambios físicos, como la textura de la piel o las características del cabello; sensoriales y motores, por ejemplo, la vista o el oído; y por último de los cambios en los aspectos cognoscitivos como la inteligencia y la memoria.

Cambios físicos del envejecimiento

A pesar de que no todas las personas adultas mayores tienen el mismo cambio en su piel, los cambios en su apariencia física pueden llegar a afectar el trato hacia ellas y la percepción que tienen de ellas mismas. Entre los cambios a su apariencia se encuentran: la piel que se vuelve pálida y manchada con una textura apergaminada, tiene menos elasticidad y se cuelga en pliegues y arrugas. Las piernas que suelen tener venas varicosas. Su estatura puede disminuir debido a atrofiar en sus discos vertebrales y tienden a parecer más pequeñas por una postura encorvada (Papalia et al., 2009).

El cabello en ambos sexos se vuelve blanco (ya que va perdiendo pigmentación) y delgado, incluso llega a brotar en lugares que antes no se tenía, como en los oídos y barbilla (en caso de las mujeres). Las arrugas pueden presentarse desde los 28 o 29 años, aunque son debidas a la exposición del sol, o las expresiones faciales marcadas como el sonreír o fruncir el ceño (Papalia et al., 2009).

En el sistema cardiovascular también se encuentran cambios significativos como el aumento en el peso del corazón, se producen daños en la circulación que impiden que llegue toda la sangre al cuerpo y esto hace que se cansen con mayor facilidad, en situaciones de riesgo afecta a las personas en su capacidad de raciocinio. Los problemas de circulación pueden causar coágulos que a la vez produzcan infartos, accidentes cardiovasculares o derrames cerebrales. Dentro del sistema nervioso existen afectaciones, el cerebro disminuye su peso y tamaño de forma progresiva, las neuronas disminuyen en número y tamaño de las células. Además, los problemas vasculares ocasionan que menos proteínas lleguen a las células del cerebro que afectan principalmente al hipocampo dando como resultado dificultades en la persona adulta mayor para ver, oír, oler, caminar o mantenerse en pie, de prestar atención, recordar y responder con rapidez (Belsky, 2001).

Aunque el envejecimiento pareciera evidente físicamente, se requieren de biomarcadores para determinar la edad biológica: marcadores antropométricos (como el índice de masa corporal), marcadores psicológicos (como la velocidad en las respuestas a estímulos sensoriales), y marcadores fisiológicos (como el nivel de colesterol en la sangre) (Jiménez, 2012).

Funcionamiento sensorial y motor

Los cambios en el funcionamiento sensorial y motor son variables para las personas adultas mayores, pueden afectar de manera significativa en sus relaciones sociales e independencia además de limitarles en sus actividades diarias (Papalia & Martorell, 2017). Estos cambios pueden empezar desde los 20 hasta los 50 años, por ejemplo, el tener que usar lentes para poder ver letras pequeñas cuando antes

no se tenía esa necesidad (Papalia et al., 2009). Las pérdidas de estas funciones son unas de las más preocupantes en la vejez.

- *Vista*

Los problemas de vista en el envejecimiento son de los más notables, puede generar dificultades para leer las letras pequeñas o ver la hora en el reloj, aunque el cambio es gradual y sutil a partir de los 40 años. Uno de los principales problemas es en la agudeza visual que se refiere a ver con claridad objetos lejanos; la presbiopía (capacidad de ver con claridad objetos cercanos) también es frecuente en las personas adultas mayores. Igual se presentan problemas referidos a la dificultad para poder distinguir los colores y el deslumbramiento cegador por luces directas. El campo de visión es más estrecho, les dificulta seguir el movimiento determinado de los objetos. Todos estos factores producen distorsiones en su percepción del mundo (Belsky, 2001). Dentro de las enfermedades de vista más comunes están las cataratas, deterioro en la degeneración macular (pérdida de la retina de distinguir los detalles finos), glaucoma (daños en el nervio óptico) y la enfermedad corneal (Papalia & Martorell, 2017).

- *Oído y audición*

La disminución en la capacidad auditiva empieza aproximadamente a los 25 años, aunque las personas que lo padecen no notan los cambios durante su adultez joven y media, puesto que no afectan las frecuencias de su habla, este declive se percibe hasta los 70 años. Es común en las personas mayores que no escuchen los goteos o que escuchen un campanilleo en sus oídos (tinnitus) (Papalia & Martorell, 2017).

Los problemas relacionados con la audición son la tercera condición crónica más común en las personas adultas mayores, debido a la degeneración de las estructuras del oído interno. Dentro de las enfermedades más usuales está la pérdida auditiva sensorineural (daño en los nervios de oído interno) en ella se encuentra la presbiacusia, entendida como la dificultad para oír los tonos agudos (como la alarma contra incendios o el sonido de un silbato); otra enfermedad común

es la pérdida auditiva conductiva definida como el bloqueo del sonido exterior (por ejemplo, la cerilla). La combinación de ambas pérdidas es conocida como pérdida auditiva mixta (Papalia et al., 2009). Los problemas de audición están relacionados con la salud mental ya que nos impide utilizar el lenguaje, se encuentran privados del contacto con el mundo (Belsky, 2001). También pueden generar desorientación espacial o la pérdida del equilibrio al caminar (Jiménez, 2012)

- *Gusto y olfato*

A pesar de que la pérdida de gusto no es tan problemática como las anteriores, disminuye la capacidad de disfrutar de la comida y esto conlleva a una nutrición deficiente. Mientras que el olfato ayuda a estar en alerta, por ejemplo, oler una fuga de gas o fuego, convirtiendo a la vida más insegura (Belsky, 2001). Al perderse la mayoría de las papilas gustativas y el bulbo olfativo, la comida se vuelve menos apetecible y podría generar desnutrición (Jiménez, 2012) Por lo general estos sentidos se empiezan a degenerar en la adultez media, pueden deberse a enfermedades, al envejecimiento propiamente, tabaquismo, contaminación ambiental o la ingesta de algunos medicamentos (Papalia et al., 2009).

- *Funciones motoras*

Durante la adultez tardía o mayor los movimientos suelen ser más lentos y con menos seguridad, les cuesta más trabajo responder rápido (al cruzar la calle, caminar o conducir) lo que les impide desenvolverse al ritmo de los demás. Esta disminución en la velocidad contribuye a mantener prejuicios negativos a las personas adultas mayores. Los principales daños se encuentran en el sistema musculoesquelético, los músculos van perdiendo la capacidad de contraerse a partir de los 40 años y se expande por la disminución de masa corporal. En los huesos puede producirse osteoporosis, enfermedad que vuelve a los huesos más porosos, quebradizos y frágiles. Por último, la osteoartritis genera desgastes en la almohadilla encargada de proteger a las articulaciones (Belsky, 2001).

Uno de los principales problemas que enfrentan las personas adultas mayores son las caídas y fracturas, si no se tratan bien pueden llevarles a

hospitalizaciones. Son prevenibles con entrenamiento en fuerza muscular, equilibrio y si se eliminan factores de riesgo en los hogares (Papalia & Martorell, 2017). Por ello se cree que las personas adultas mayores se vuelven más “torpes” ya que el tiempo de respuesta de coordinación ante un estímulo requiere más tiempo (Jiménez, 2012)

Aspectos cognoscitivos

En la última etapa del ciclo de vida hay pérdidas y ganancias, entre estas últimas se habla de la inteligencia moral o la sabiduría. Existen diferentes intervenciones que ayudan a las personas adultas mayores a mantener por más tiempo sus capacidades cognoscitivas como la memoria, la inteligencia o la creatividad (Belsky, 2001).

- Inteligencia y sabiduría

Algunos aspectos relacionados a la inteligencia disminuyen, pero en gran parte se mantienen o mejoran de acuerdo a las experiencias. Existen diferentes instrumentos que ayudan a medir y predecir la inteligencia, entre ellos se encuentran la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) sin embargo, en este instrumento no se mide la sabiduría el juicio moral o el interés (Belsky, 2001).

La inteligencia comprende habilidades múltiples y las pruebas psicométricas solo evalúan algunas de ellas. Las tareas dependientes de las condiciones física declinan con el envejecimiento de los órganos, otras que depende del conocimiento y habilidades se mantienen e incluso aumentan. La pérdida en las habilidades relacionadas a la inteligencia se encuentra atravesada por la cultura, el género y la misma persona (Papalia et al., 2009).

Se entiende a la inteligencia como la capacidad de lidiar con los desafíos de la vida, en ese sentido los problemas interpersonales toman mayor importancia que los instrumentales (Papalia & Martorell, 2017).

Por otro lado, la sabiduría es definida como “amplitud y profunda excepcional de conocimiento acerca de las condiciones de vida y asuntos humanos, con un juicio reflexivo para la aplicación de ese conocimiento que puede conducir a la

trascendencia” (Kramer, 2003, citado en Papalia & Martorell, 2017). Aunque no es algo propio de la adultez mayor se le atribuye a ésta.

- *Memoria y demencia*

La teoría del procesamiento de la información dice que la memoria es el conjunto de sistemas y procesos de almacenamiento, donde los recuerdos son guardados por la codificación, almacenamiento y la recuperación, el cambio en alguno de ellos puede ser la causa del deterioro de la memoria. En esta concepción se incluyen tres tipos de memoria: sensorial, que parece ser la menos afectada con la edad; a corto plazo (operativa), sus cambios afectan a la realización de tareas complejas y algunas tareas; y a largo plazo, la información declarativa es procesada conscientemente, mientras que la información no declarativa es inconsciente y algunas veces no llega a la memoria operativa (Papalia et al., 2009).

El hipocampo, junto con los lóbulos frontales, son responsables de la codificación y recuperación de los recuerdos, un lento procesamiento en el sistema nervioso central podría cambiar la velocidad del procesamiento de la información. Aunque el cerebro humano es capaz de compensar esos pequeños fallos relacionados a la edad (Papalia & Martorell, 2017).

Dentro de la memoria de la persona adulta mayor se encuentran las experiencias que le ayudan a pensar y poder resolver sus problemas. El fallo en la memoria afecta en aspectos de la vida diaria, como la posibilidad de tener un trabajo. Aunque los problemas de memoria en las personas adultas mayores no representan necesariamente una demencia. Se pueden hacer sesiones de entrenamiento de memoria para retrasar las afecciones en ella (Papalia et al., 2009).

La memoria también ayuda a la formación de la identidad y la autonomía de las personas, como la memoria episódica (encargada de los acontecimientos de la propia vida), la memoria autobiográfica (conserva los recuerdos que están ligados a emociones significativas en las edades de entre 10 y 30 años) o la memoria prospectiva (recordar llevar a cabo metas o proyectos) (Izquierdo, 2007).

La demencia, por otro lado, es una enfermedad crónica caracterizada por el deterioro grave (algunas veces irreversible) de la cognición, que afecta a la composición del yo de la persona y que no necesariamente se presenta en las personas adultas mayores. Genera pérdidas en todas las funciones humanas: razonamiento, juicio, personalidad, caminar, vestirse, etc. El olvido llega a hacer que las personas ya no sean funcionales. Se empieza con la falta de recuerdos de cosas cotidianas, como el camino a casa, después cuando se llega a la fase media se reduce el lenguaje y el razonamiento además de actividades como ponerse los zapatos. En fases avanzadas las personas pierden el sentido del tiempo y de lugar, la incontinencia urinaria y fecal es común. Por último, en la fase terminal el paciente se vuelve una persona dependiente, pierde la capacidad de habla y de capacidades básicas como tragar o mover alguna extremidad, esta etapa lleva a la muerte de la persona (Belsky, 2001).

- *Creatividad*

Es definida en términos de actitudes, habilidades, procesos o proyectos. Es considerada como una forma de solucionar los problemas. Puede ser estudiada con pruebas psicométricas donde se examinan factores cognitivos y de personalidad. En ella se encuentran la motivación, detección de problemas, tensión, tolerancia al afecto (Papalia et al., 2009).

La creatividad nos ayuda a generar ideas diferentes a las de otras personas y solucionar problemas, pero cuando se combina con el arte y la cultura también ayuda a las personas adultas mayores a mantener un equilibrio entre su estado cognoscitivo y sus emociones para generar diferentes respuestas de adaptación a su cuerpo y al entorno que les rodea, potenciando así su calidad de vida y autoestima, e impulsándoles a la realización de sus metas u objetivos (Carrascal & Solera, 2013).

1.2 Aspectos psicosociales del envejecimiento

El proceso de envejecimiento no es el mismo en todas las personas, por lo que se deben considerar las diferencias a nivel personal y social (Izquierdo, 2007).

Por ello, en los siguientes apartados se abordarán algunas teorías de crisis normativas que permitan entender los cambios y adaptaciones psicosociales en la adultez tardía o mayor, además de aspectos como la familia, pareja y viudez, la jubilación y educación, y la identidad.

Teorías psicosociales del envejecimiento

Para Peck (citado en Izquierdo, 2007), la toma de decisión en la adultez joven es la base para la solución de conflictos en las etapas siguientes. Él propone cuatro etapas o retos en el periodo de la adultez, y tres dentro de la senectud, estas últimas son: 1) Trascendencia corporal, es decir, modificar las metas hacia el rendimiento mental o espiritual y en generar relaciones positivas más sanas. 2) Diferenciación del ego, ayuda a que las personas puedan sentirse valiosas por las actividades que realizan a parte de las que hicieron en su vida laboral, y las enseñanzas que estas les dejaron y contribuyeron a su personalidad. Y 3) Trascendencia del ego, es decir, mover el foco de atención al legado material o cultural más allá del temor a la muerte.

- Teoría de las crisis normativas

Según Erik Erikson (citado en Bordignon, 2006), las crisis son el paso de un estadio a otro en las etapas del ciclo vital. El correspondiente a la etapa de la adultez mayor es el estadio de la integridad, cuya crisis es conocida como el desespero - sabiduría. Se entiende por integralidad a la aceptación de uno o una misma, la integración emocional, la vivencia del amor, la historia de vida y la confianza. Cuando dicha integralidad no se logra en su totalidad genera el desespero (que puede verse como temor a la muerte), al contrario, cuando de la sabiduría, que se caracteriza por el juicio moral, maduro y justo el significado de vida, y el recuerdo positivo de las vivencias.

- Teoría de la Actividad

Fue formulada por Havighurs, y establece que el proceso de envejecimiento debería de incluir nuevas actividades, hobbies, clubs, etc., que sustituyan aquello que se realizaba en la adultez media. Además, se habla de una remuneración

económica para las personas adultas mayores por realizar nuevas actividades, debido a que se tienen necesidades que cubrir, además del valor simbólico que se le da al trabajo remunerado. Pretende la formulación de grupos con intereses o preocupaciones comunes que les ayuden a generar una visión más positiva respecto a su futuro (Belandó, s.f). Según Pinillos y Quintero (2017), la teoría de actividades se basa en el mantenimiento de roles y ocupaciones sociales de las personas adultas mayores, además de reforzar en ellos y en ellas su autoconcepto y aumenta las posibilidades de mantenerse como personas activas. Las actividades no versan sobre la importancia social, sino desde lo que para cada persona es significativo, tampoco se especifica una cantidad o dirección de las actividades, sino que sean satisfactorias para la persona (González, 2010).

Familia, pareja y viudez

El tener una familia que apoya a una persona adulta mayor le genera más emociones positivas que le ayudan a vivir con una buena calidad de vida durante el envejecimiento (Montes de Oca, 2011). La familia es considerada como una fuente de apoyo informal con reglas implícitas y actividades espontáneas, tiene un rol importante en el envejecimiento ya que les provee un sentido de vida, recursos para satisfacer sus necesidades, valor social y mantiene su autonomía. La familia y la pareja son los vínculos centrales que les aportan niveles de satisfacción más altos. Sin embargo, las personas adultas mayores que no tienen una buena vida social (y que no siempre es propiciado por ellos y ellas), el apoyo social que reciben de familia o amigos suele ser insuficiente. Los y las hijas de personas adultas mayores normalmente dan apoyo emocional pero también apoyo instrumental como apoyo económico y práctico (Arias, 2013). Los ambientes favorables de familia que incluyan afecto, cariño y atención ayudan a tener y mantener mejores condiciones de salud que aquellos contextos de desapego o desinterés. Para esto es necesario que las familias estén preparadas y sensibilizadas para la nueva etapa de las personas adultas mayores, en aspectos como la convivencia y atención. A pesar de que no todas las familias cuentan con esta preparación, en Latinoamérica es común

que familias intergeneracionales convivan en un mismo ambiente, siendo la familia la principal cuidadora del adulto o adulta mayor debido a causas como la falta de ingresos (Zapata, Delgado, & Cardona, 2017).

Por otro lado, tener una pareja les da apoyo emocional, orientación cognitiva, intimidad y confidencialidad (Arias, 2013). Durante una relación de pareja, que puede o no ser un matrimonio, se genera compañía en ambas y ambos adultos mayores, les da la sensación de vencer a la soledad, se cuidan mutuamente y le da sentido al envejecimiento ya que siguen siendo una pareja sexual y afectiva. Sentir el apoyo de una pareja es una situación emocional que le brinda a las personas adultas mayores una mejor calidad de vida, puesto que sentimientos de soledad extrema pueden afectar la salud mental o física. En el envejecimiento es importante considerar que siguen teniendo necesidades afectivas y sexuales, por esto una relación de noviazgo, de cohabitación o matrimonio puede prolongar la autonomía, independencia y felicidad (Montes de Oca, 2011).

La viudez puede tener un impacto diferente en cada persona, depende de dos grandes factores, el primero es la etapa histórica que experimenta la sociedad, es decir, no es lo mismo enviudar en el siglo XXI a causa de una enfermedad neurodegenerativa, a hacerlo durante la Segunda Guerra Mundial y que la pareja muriera en el campo de guerra a una edad temprana. Y el segundo factor es la etapa de desarrollo en la que se vive la viudez, en ella influyen factores como el tiempo en el que se tuvo a la pareja, el género, si hay o no descendencia, de la economía y de la memoria afectiva generada por la convivencia. Durante la vejez algunas veces ocurre un fenómeno de despersonalización (alteración en la percepción de uno o una misma), deviene el duelo y otras afecciones psicológicas como la depresión o estrés, en el último caso se podría llegar a la muerte de la otra persona. Sin embargo, existen estrategias de afrontamiento que ayudan a superar este evento y permiten enfrentar los momentos negativos de la vida mediante la adaptación y transformación de aspectos cotidianos (Montes de Oca, 2011). La viudez se considera mayormente como un factor de riesgo para los hombres, ya

que el sistema patriarcal les vuelve dependientes en cuestiones de cuidado y aspectos domésticos (Zapata et al, 2017).

Jubilación y Educación

La jubilación implica la pérdida de roles, de estatus y de algunas relaciones sociales. En algunos casos la jubilación sucede cuando el deterioro físico es evidente, es por esto que el papel de la gerontología es facilitar la adaptación prestando especial atención a las personas que tienen alguna incapacidad o deterioro evidente. Para algunas personas al principio puede verse como una situación eufórica, aunque con el paso esta emoción suele desaparecer. La sociedad debe de integrar a las personas adultas mayores jubiladas en el reconocimiento de su experiencia, servicio y atribución a su país (Alpizar, 2011).

Muchas personas adultas mayores llegan a la jubilación aún con ganas y fuerzas para trabajar, se encuentran listas para dejar la vida laboral y emprender nuevos proyectos, se centran en sus hogares y su nuevo estilo de vida con autonomía y buena autoestima (Urrutia & Villarraga, 2010).

Por otro lado, la educación para los y las adultas mayores aún no está preparada debido a los estereotipos y prejuicios negativos hacia el envejecimiento. Mientras que a los niños, niñas y adolescentes se les guía y educa, se debe de buscar formas nuevas de enseñar, y no se refiere a conocimiento académico, sino a una educación a lo largo de la vida, en donde las personas mayores puedan crecer, recrear, comunicar, transmitir sus experiencias, crecer en lo personal, enseñar y aprender en ambientes adaptados para sus necesidades (como la utilización de rampas o material didáctico). En este sentido, la educación para personas mayores se refiere a enseñarles a afrontar sus cambios, la soledad y darle significado a la vida y a la muerte. Su enfoque no es de producción sino de formación y esparcimiento, es decir, no se trata de solo “pasar el tiempo” sino de darles una actitud diferente hacia la nueva etapa de desarrollo que también les dé gratificación, enriquecimiento personal, felicidad, salud y bienestar mediante el intercambio y la actividad. Como educandos se les pueden brindar conocimientos que tal vez no tuvieron oportunidad de adquirir a lo largo de su vida ya sea por trabajo, porque no

había las condiciones para hacerlo, etc. Y como educadores transmiten conocimientos de vida adquiridos por su experiencia. La educación dirigida a un envejecimiento sano y positivo ilumina, ayuda y acompaña a las personas mayores en su nuevo proyecto de vida, en seguir-siendo a través de la creación, vivencias y actitudes (García, 2007).

Personalidad, identidad y participación

Aunque se ha estudiado mucho los cambios físicos y biológicos que se tienen en el envejecimiento, poco se les ha dedicado a las modificaciones en cuanto a la personalidad de las y los adultos mayores. En el Kansas City Study of Adult Life (citado en Urrutia & Villarraga, 2010), se proponen 4 tipos de personalidad: a) personalidades “integradas”, en ella se encuentran quienes han podido reorganizar su estilo de vida; b) personalidades “acorazadas o defensivas”, en donde están aquellas personas mayores que se resisten a las pautas de cambio; c) personalidades “pasivo-dependientes”, se distinguen a las y los adultos mayores que se vuelven apáticos y dependientes; y d) personalidades “desintegradas”, donde la identidad y el sentido del yo se ven afectados.

La identidad se genera a partir del sentido de pertenencia, la definición de límites sociales y personales, de las responsabilidades de cada persona y por último los roles asignados ya sea por un puesto laboral o el rol en las familias. En las personas adultas mayores este último puede afectar la percepción de identidad al preguntarse ahora quien soy o quien fui y quien seré mañana. A esto último se le conoce como identidad social. Por eso, se considera que la participación activa de las personas adultas mayores ayuda a mejorar su calidad de vida, compartiendo más allá de sus propias carencias y seguir desarrollando sus capacidades a través del contacto (Zapata, 2001).

1.3 Significado de vida y muerte digna

Hoy en día el tema de la muerte se evita por qué a algunas personas les genera miedo o ansiedad, y aunque nadie tiene seguro cómo morirá, ni la edad o el momento, la sola idea genera diferentes sensaciones (Uribe, Valderrama, & López,

2007). A continuación, se presentan temas como el propósito de vida, la confrontación de las pérdidas y la propia muerte.

Propósito de vida y muerte digna

El envejecimiento no deja de ser solo una etapa más en la vida, y es por esto que se debe de contar con metas, retos y sueños objetivos para encontrar un propósito nuevo de vida, que ayude a afrontar dicha etapa, aprovechando los recursos que se tienen, así se genera nuevamente un sentido de vida (Urrutia & Villarraga, 2010).

Los y las adultas mayores suelen sentirse más insatisfechos e insatisfechas con lo que han hecho en la vida, no con la vida en sí, que las personas más jóvenes (Jané & Gabilondo, 2008).

El propósito de vida se puede encontrar en el significado y sentido que se le da a la misma. Es una gran labor encontrar aquello que le da sentido a la vida porque es algo único y que se encuentra con base en la experiencia de vida de cada persona. Sin embargo, la búsqueda de ese significado le da un propósito a seguir viviendo, para hacerse cargo de las obligaciones y responsabilidades y sobre todo para ayudar a sobrellevar las situaciones difíciles o estresantes (Francke & colaboradores, s.f).

Por otro lado, el morir con dignidad o el bien morir, es que cada persona viva su propia muerte de manera plena para que quienes siguen vivos puedan tener una resolución. A veces morir de forma digna significa dejar procedimientos agresivos, por eso se opta por la calidad y no la duración de la vida (Márquez, Arenas, Feria, León, Barquero, Carrasco, & Macías, 2000).

Es importante destacar que cada persona tiene su concepto de morir con dignidad, dependiendo de sus creencias, contexto social, personalidad, intelectualidad, circunstancias personales o aspectos psicológicos. En algunas culturas la muerte significa nacer a una nueva vida. En específico en personas adultas mayores se hace de vital importancia la espiritualidad o la trascendencia (Carranza, Arrieta & Bautista, 2008).

Afrontamiento de las pérdidas

Cuando se habla de pérdidas normalmente se entiende como si se tratara de la muerte, y no siempre es así. Los y las adultas mayores sufren un aumento en la pérdida de su autonomía, de su trabajo (jubilación), de sus cónyuges y amigos o amigas cercanas, lo que los pone en un constante duelo que afecta en todos los ámbitos, principalmente en el afectivo, llevándoles a tener sentimientos de soledad (percepción que depende de las redes de apoyo social y las habilidades psicológicas que tenga, como la inteligencia emocional) (Urrutia & Villarraga, 2010).

El afrontamiento de estas pérdidas se centra en las soluciones y no en los problemas. Es decir, las y los adultos mayores toman sus experiencias para adaptarse emocionalmente a diferentes situaciones estresantes o adversas. Dentro de los estilos de afrontamiento más comunes en adultas y adultos mayores está la resiliencia. Este concepto se entiende como el proceso por el cual las personas mayores integran de manera positiva los cambios y dificultades propios de la edad para poder alcanzar la felicidad y la satisfacción con sus vidas. Ser un o una adulta mayor resiliente ayuda a mantener la identidad propia, una visión de ganancias y pérdidas positiva y a aceptar los cambios físicos, como la aparición de arrugas o la lentitud, además puede ayudar a mejorar la reacción emocional. El proceso de envejecimiento hace que las personas miren aspectos de su vida que antes no habían notado, a aceptar las nuevas limitaciones y la disminución de la funcionalidad física o corporal, valorar las ganancias como sabiduría y profundidad sentimental (Uriate, 2014).

Para todas las personas la elaboración del duelo ayuda a aceptar las pérdidas (sin ser necesariamente por la muerte de alguna persona allegada) aunque el solo mencionarlo se pensaría en situaciones dañinas o de crisis. En específico las personas adultas mayores necesitan llevar un proceso de duelo que les permita la reacomodación y la aceptación de las nuevas circunstancias de la vida. Aunque su madurez, actitud, experiencia, historia de vida y en algunos casos la espiritualidad, además de las redes de apoyo, pueden servirles como factores de

protección para resolver de manera efectiva un duelo y aceptar las pérdidas en su funcionamiento o en cualquiera de las ya mencionadas (Brenes, 2008).

Confrontar la propia muerte

Aunque todos y todas a lo largo del ciclo vital nos vemos inmersas en pérdidas (ya sean muy significativas o no), la idea de la propia muerte es difícil de considerar. Para algunas personas, es como si vieran un final alejado de ellas, otras buscan aceptarla o anticipar las circunstancias de su muerte. En algunos casos en la atención clínica se tratan duelos anticipados, en dónde la propia identidad también está en juego (Fulco, 2002).

Durante el envejecimiento se tiene una representación de muerte como algo próximo, el o la adulta mayor comienza a pensar en su propia muerte como algo pronto e inminente. Sin embargo, esto puede perjudicar el querer hacer nuevas actividades, ya que los pensamientos como “me queda poco tiempo” se vuelven constantes y no dejan ver que cada día se puede aprovechar para hacer grandes cosas. La vida puede ser entendida como la preparación a la muerte, y la madurez para aceptarla se adquiere a lo largo de los años. Aunque no siempre es así, los y las adultas mayores pueden o no tener herramientas para afrontar la muerte, cayendo en depresión o encontrándole un nuevo propósito a sus vidas (Urrutia & Villarraga, 2010).

1.4 Envejecimiento patológico

El envejecimiento patológico se caracteriza por un acelerado deterioro cognitivo causado por demencias o enfermedades neurodegenerativas, principalmente Alzheimer, demencia fronto-temporal o Parkinson (aunque esta último es relativamente nueva) (De la Barrera & Donolo, 2009).

Una de las causas de muerte más frecuentes son las enfermedades crónicas (Belsky, 2001). El declive significativo de la salud comienza en la adultez joven, aunque las personas adultas mayores son internadas en el hospital más frecuentemente además de asistir a más consultas médicas, ya que los sistemas y órganos se deterioran (Papalia et al., 2009). A continuación, se describirán algunos

aspectos importantes considerando las posibles enfermedades o patologías más comunes en personas adultas mayores y de manera general se abordará el tema de la prevención y atención de las enfermedades.

Salud mental

La investigación respecto a la salud mental en general es complicada puesto que epidemiológicamente se necesita de datos crudos que nos ayuden a entender la incidencia y morbilidad de los trastornos. Diferentes manuales como el DSM o el CIE ayudan a clasificar las enfermedades mentales para hacer diagnósticos basados en evidencia y de manera más objetiva en la sintomatología (Belsky, 2001). Sin embargo, también se debe de buscar un equilibrio entre el pensamiento, las emociones o sentimientos y la conducta (Jiménez, 2012).

Los trastornos mentales representan uno de los más grandes obstáculos durante el envejecimiento puesto que no les permite disfrutar de manera activa esta etapa de la vida, afectan principalmente a las mujeres, personas que vivan solas o con alguna enfermedad que les incapacite. Lamentablemente los problemas de salud mental en el envejecimiento se ven como algo inherente a dicho proceso y no como problemas de salud que se pueden mejorar con el tratamiento pertinente (Jané & Gabilondo, 2008). Las psicopatologías más comunes en el envejecimiento se abordarán en el siguiente apartado.

- Psicopatologías

En la adultez mayor se es más propenso a desarrollar trastornos cognitivos, fobias, alcoholismo y depresión. El alcoholismo tiene una incidencia baja en la vejez, sin embargo, muchas personas que en su juventud bebían de manera excesiva generan más enfermedades o demencias al llegar a la tercera edad. Pasando a trastornos de ansiedad, la más común son las fobias; su aparición suele ser en la juventud, pero al ser un trastorno mental crónico, los síntomas son menos intensos (aunque hay diferencias significativas en personas con discapacidad) (Belsky, 2001).

El trastorno mental más común es la depresión y puede deberse a diferentes factores como el tener una enfermedad crónica e incapacitante, el divorcio, la viudez, el deterioro físico y cognitivo. Aunque su prevalencia es alta, cuando las y los médicos tratan otras enfermedades físicas la pasan por alto. Se puede tratar con antidepresivos, psicoterapia e incluso se ha encontrado que el ejercicio aeróbico ayuda a disminuir los síntomas de una depresión leve o moderada (Papalia & Martorell, 2017). La depresión en la adultez mayor es un factor de riesgo que impacta no solo en su calidad de vida, sino en su capacidad funcional de manera individual y social (Jané & Gabilondo, 2008).

También se pueden presentar delirios, demencia senil, ideación o planeación suicida, esquizofrenia, trastornos por intoxicación, trastorno somatomorfo o trastorno de pánico (Jiménez, 2012)

Prevención de enfermedades

Llegar a un envejecimiento sano o patológico depende del estilo de vida que se ha llevado durante las diferentes etapas de la persona, en especial si fumaba o bebía alcohol. Durante la adultez mayor se pueden prevenir enfermedades por medio de la actividad física y una buena alimentación (Papalia & Martorell, 2017).

El estrés es un factor que se asocia a diferentes enfermedades y las habilidades para afrontarlo normalmente disminuyen con la edad (Papalia et al., 2002). Por esto es importante enseñar a las personas adultas mayores nuevas formas de afrontarlo.

Enfermedades y atenciones sanitarias

En las personas adultas mayores su sistema inmunológico es más débil, y eso les genera una mayor susceptibilidad a contraer enfermedades o a que se produzcan consecuencias más graves, por ejemplo, una gripe mal atendida podría convertirse en bronquitis, o la hipertensión que por ser asintomática podría generar infartos cardiovasculares o cerebrales (Jiménez, 2012).

Dentro de las enfermedades crónicas más comunes en causas de muerte de la persona adulta mayor se encuentran: cardiopatía, cáncer, apoplejía, de las vías

respiratorias, diabetes e influenza o neumonía. Es importante mencionar que la hipertensión ha ido en aumento. Si una enfermedad no es tan grave se puede vivir con ella sin que afecte tanto a las actividades diarias, al contrario de enfermedades crónicas, ya que una lesión mínima puede ocasionar graves consecuencias (Papalia & Martorell, 2017). El cáncer y la enfermedad de Alzheimer son debilitantes y aparecen con la edad, es por esto que las personas adultas mayores temen de ellas durante su envejecimiento (Papalia et al., 2009).

Si la persona adulta mayor presenta alguna discapacidad hay diferentes posibilidades para su asistencia. La más conocida es la asistencia en casa, se recomienda para personas que tienen enfermedades leves y que su tiempo de recuperación es más corto, además de contar con redes de apoyo que puedan solventarlo económicamente. Otra opción son las casas de día, que como su nombre lo dice solo durante el día se le da asistencia fuera de su casa, son benéficas en el sentido de que ofrecen tratamientos de afrontamiento y actividades sociales, su coste es menor a contratar especialistas en casa, aunque no se utiliza en enfermedades agudas o crónicas (Belsky, 2001).

1.5 Envejecimiento normal

El envejecimiento normal se presenta cuando no hay riesgos altos de padecer alguna patología (mental o neurodegenerativa), lleva consigo cambios progresivos en el nivel de funcionamiento del cuerpo (aspectos fisiológicos) y la mente (aspectos cognoscitivos) (De la Barrera & Donolo, 2009).

Para mantener un envejecimiento normal y positivo se recomienda que las personas se sientan útiles, que tengan un propósito y responsabilidades sociales, esto se logra mediante actividades como el ejercicio, la participación en diversas actividades (por ejemplo, voluntariado), involucrarse en la sociedad (evitar el abandono y hacinamiento), que se cuente con viviendas y entornos adecuados (como el contar con banquetas con rampas para sillas de ruedas) y que tengan un trabajo adecuado a su nuevo estilo de vida (Jané & Gabilondo, 2008).

Según Uriate (2014), existen condiciones que ayudan a las personas adultas mayores a llevar un envejecimiento sano y positivo, que dependen de ellas y de la sociedad en la que se desarrollan, y que resultan importantes para el desarrollo de este proyecto ya que se toman como referencia para las diferentes actividades durante la intervención:

- Estilo de vida continuo: son las actividades de autocuidado y del cuidado del entorno. No implica solo el mantener ejercicio físico, sino el trabajar y realizar actividades culturales o sociales que le hagan sentir productivo o productiva, además de llevar una dieta saludable y la ausencia o disminución de molestias.
- Participación social: relacionarse positiva y afectivamente con otras personas, incluso más jóvenes. Les ayuda a afrontar mejor el proceso de envejecimiento y les permiten incrementar su autoestima, mantener su identidad, desarrollo y mantenimiento de habilidades sociales y de la comunicación.
- Recreación educativa: no se trata de que las personas adultas mayores “pasen el tiempo”, sino de que lo aprovechen en aprender o enseñar algo que les gusta y que lo disfruten. Enseñar les da una oportunidad de darle otro sentido a sus experiencias, y el aprendizaje les ayuda para disminuir el deterioro cognitivo y mantiene una buena salud mental ya que les distrae de pensamientos de inutilidad o referentes a la muerte.
- Aceptar las transformaciones: se refiere a valorar las ganancias de la edad y a aceptar las pérdidas.
- Tener proyectos de vida: pueden ir desde planear las actividades del día siguiente como ver a la familia, amigos, cuidar su casa, asistir a algún evento social. O bien, pueden ser más grandes y a largo plazo como realizar algún proyecto que se postergó.
- Ver el futuro como oportunidad: es estar en paz con el pasado, perdonar y perdonarse para poder vivir el futuro (que aún tienen).
- Manejar sus emociones: para vivir mejor, dejar de lado las frases como “siempre he sido así”, sobre todo para poder adaptarse.

- No mantener un rol: es muy común escuchar que su definición de ellas y ellos es “soy el hijo de...”, “el papá de...”, y se trata de que mantengan una identidad propia que pueden mejorar con las pérdidas y ganancias.
- Generatividad: hacer algo productivo para las siguientes generaciones. Es trascender para darle sentido a su vida.
- Aceptar la muerte: es inminente para todas y todos, pero eso no quiere decir que dejen de disfrutar el momento en que están vivos y vivas.

Sin embargo, aún no hay un constructo o una definición para el concepto de “envejecimiento saludable”, o cómo podríamos medirlo. Ya que el enfoque o las definiciones se basan en las pérdidas y cómo medir las afecciones o enfermedades. Algunos indicadores que podrían ser útiles en el envejecimiento normal son la capacidad funcional (que la persona pueda realizar actividades y que se relacione con la sociedad), la capacidad intrínseca (capacidades físicas y cognoscitivas) y el entorno que incluye a las dos anteriores (OMS, 2015).

Signos vitales en el envejecimiento normal

Son valores que permiten la cuantificación de las respuestas fisiológicas de presión arterial (sistólica y diastólica), frecuencia y ritmo cardiaco (pulso), frecuencia respiratoria, temperatura corporal y la oximetría (Villegas, Villegas & Villegas, 2012).

La presión arterial es entendida como la fuerza de la sangre en las paredes de las arterias o vasos sanguíneos, que resulta de los latidos del corazón, el volumen sanguíneo de la persona, la resistencia de las arterias y el diámetro de la luz arterial. Se comprende de la presión sistólica, que es cuando el corazón se contrae y la presión ejercida por la sangre es mayor en las paredes de los vasos sanguíneos y representa el un número mayor en la medición. El otro componente de la presión arterial es la presión diastólica, que es cuando el corazón se relaja al terminar las contracciones, por lo tanto, la fuerza que ejerce la sangre en las arterias es menor y corresponde a la segunda cifra en la medición. Para medirla hoy en día se utiliza un baumanómetro que puede ser digital o manual con un estetoscopio y

que tiene una unidad de registro en milímetros de mercurio (mmHg) (Fernández, Molina, Cavazos, & Larrañaga, 2011).

El pulso es la onda pulsátil que genera la sangre después de la expansión y contracción de los vasos sanguíneos, es decir, el latido del corazón y la adaptación de las arterias. Se puede palpar en las muñecas, el cuello, la cara y los pies (pulso periférico), y se mide en latidos por minuto (lpm). Corresponde también a la frecuencia y ritmo cardíaco (Villegas, Villegas & Villegas, 2012).

Por último, el ciclo respiratorio comprende la inspiración (contracción del diafragma) y la exhalación o espiración (dependiente de la elasticidad pulmonar y las abdominales), en este proceso se toma oxígeno del aire a los alvéolos pulmonares para luego ser expulsado como anhídrido carbónico. A la medida del ciclo respiratorio se le conoce como frecuencia respiratoria, es decir, el número de respiraciones por minuto (rpm). Se puede medir mediante la observación del movimiento del tórax (Villegas, Villegas & Villegas, 2012).

Afrontamiento y adaptación al envejecimiento

Para poder aceptar las limitaciones físicas y cognitivas en el envejecimiento, es necesario reconocerlas como inevitables. Sería un tanto ilógico pensar que alguien va a celebrar alegremente los cambios en su apariencia física o en su fuerza, pero sí se debe de tener la consciencia que siempre hay ganancias y pérdidas. Aunque algunas veces las personas adultas mayores necesitan aceptar el cansancio y los cambios irreversibles de forma pasiva, ya que algunas limitaciones son causadas por enfermedades propias del envejecimiento (Urrutia & Villarraga, 2010).

Se distinguen tres tipos de afrontamiento según las estrategias y el propósito de las mismas. El primero es el afrontamiento cognitivo que busca encontrarle significado a los sucesos para percibirlos como menos desagradables y se dirige a la valoración. El segundo es el afrontamiento conductual que como su nombre lo dice, busca confrontar la realidad y sus consecuencias mediante la conducta dirigida hacia el problema. Y, por último, el afrontamiento emocional cuyo objetivo es

mantener un equilibrio en los afectos. Es importante resaltar que las estrategias de afrontamiento en el envejecimiento dependen de la persona y podrían dirigirse a la resignación o la aceptación. El papel de la psicología es entonces guiarles en ese proceso de afrontamiento de sucesos críticos propios del envejecimiento (de la etapa vital, sucesos incidentes críticos o sucesos cotidianos estresantes) (Krzemien, Monchietti, & Urquijo, 2005).

Modelos de envejecimiento

Las investigaciones dirigidas a los modelos teóricos respecto al envejecimiento, y especialmente en el normal y saludable, tienen como objetivos describir y definir los conceptos que se encuentran dentro del envejecimiento, identificando los indicadores que influyen en el envejecimiento activo, y la frecuencia de dichos indicadores para su promoción, además de prevenir el envejecimiento patológico (Petretto, Pili, Gaviano, Matos & Zuddas, 2016). A continuación, se presentan los modelos de envejecimiento exitoso, envejecimiento activo y el modelo de selección, optimización y compensación.

- Modelo de envejecimiento exitoso

Según Rowe y Kahn (citados en Castillo, 2016), dentro del concepto de envejecimiento exitoso se incluyen los siguientes componentes: 1) Ausencia o baja posibilidad de enfermar o adquirir una discapacidad consecuencia de alguna condición médica (incluye la presencia o ausencia de factores de riesgo ambientales, médicos, genéticos, entre otros); 2) Altas capacidades cognitivas y funcionales; y 3) Compromiso con la vida (que a su vez incluye factores sociales, emocionales, interpersonales e intrapersonales), se trata de algo más allá de no tener alguna enfermedad, es tener actividades o metas que lograr. Dentro del envejecimiento exitoso también se considera la capacidad de las personas de ser autosuficientes, que tengan el control sobre su propia vida con autonomía e independencia.

- *Modelo de envejecimiento activo*

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), define al envejecimiento activo como un proceso que permite optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para que mejore su calidad de vida mientras van envejeciendo. Les permite desarrollar su bienestar físico, mental y social. Se utiliza el término activo debido a que busca la participación continúa de las personas adultas mayores en las actividades sociales, económicas, culturales o espirituales. Incluso cuando se tiene alguna enfermedad crónica, aguda o discapacidad se pueden seguir manteniendo activas en sus familias o comunidades.

- *Modelo de selección, optimización y compensación*

Este modelo fue propuesto por Baltes y Baltes (citados en Petretto, et al, 2016), en él se abordan las estrategias de afrontamiento que permiten a las personas adultas mayores superar y manejar las dificultades propias del envejecimiento y que se relacionan con sus objetivos y metas, ya que esto les permite mantener un nivel alto de bienestar subjetivo y de satisfacción con la vida. Con base en este modelo se plantea que las personas adultas mayores seleccionen las actividades o dominios de su vida que les resultan importantes, mediante la optimización de recursos y el apoyo externo facilitan el éxito en dichas actividades y compensan las pérdidas que puedan tener en otras.

Actividades básicas durante el envejecimiento normal

Es importante que las personas adultas mayores puedan realizar actividades básicas para su autocuidado, como el vestirse por sí mismas y mismos, y para su integración con sus comunidades y que les permitan vivir un envejecimiento enriquecedor (Acosta & González, 2009). Es por esto que en los siguientes apartados se abordarán de manera breve las actividades básicas, instrumentales y de ocio en personas adultas mayores.

- *Actividades básicas de la vida diaria*

Son aquellas actividades que tienen que ver con el autocuidado y el mantenimiento personal en cuestiones de cuidado físico, para su realización adecuada también infieren factores externos como el nivel socioeconómico (Horgas, Wilms & Baltes, 1998).

- *Actividades instrumentales de la vida diaria*

Son aquellas actividades que permiten a las personas adultas mayores mantenerse en términos culturales, como el trabajo, dichas actividades también se encuentran atravesadas por factores externos como las oportunidades o restricciones que se imponen a nivel macro o micro social (Horgas, Wilms & Baltes, 1998).

- *Actividades de ocio*

Son aquellas actividades que les permiten a las personas adultas mayores escoger qué hacer, además de que generan interacciones sociales y suponen nuevos retos y metas para ellos y ellas, además de que se sienten más satisfechas con sus vidas, manteniendo una actitud positiva y la oportunidad de generar o mantener hábitos saludables, factores que ayudan a mantener una buena calidad de vida, produciendo emociones positivas y que ayudan a su funcionamiento físico y cognitivo (Acosta, Vales & Palacio, 2015).

Capítulo II: Psicología positiva y envejecimiento positivo

Entre los objetivos de la psicología antes de la Segunda Guerra Mundial estaban curar las enfermedades mentales, tratar de que las personas fueran más felices, y por último estudiar a las y los genios y con grandes talentos. Sin embargo, tras la guerra solo se siguió con el primer objetivo, se estudiaba a las enfermedades mentales y no a la salud mental. Así, la psicopatología era lo que más se investigaba ya que era una de las consecuencias de la guerra y representaba un problema de salud inmediato. Cincuenta años después la psicología ha tenido grandes avances en el tratamiento de los desórdenes mentales, en hacer la vida de las personas más funcional, se ha enfocado en las personas que padecen algún trastorno, pero que tengan menos síntomas de depresión o ansiedad no significa que se sientan o se perciban más felices (Seligman, Parks, & Steen, 2004).

La psicología humanista de Maslow y Rogers también tienen una gran influencia en la psicología positiva, en dicho enfoque se trataba de ver a la persona con otra perspectiva que fuera diferente a las visiones reduccionistas y pesimistas del conductismo y psicoanálisis. Sin embargo, aunque empezaron con investigaciones científicas y clínicas su enfoque se vio permeado por corrientes alternas no comprobables (Hervás, 2009).

Se ha entendido a la psicología como una ciencia desde el modelo patógeno de la salud, concibiendo las debilidades y trastornos de las personas ya que la patología y las interacciones negativas son casos excepcionales y no la norma en la sociedad, es por esto que se reconoce la necesidad de hacer investigación en las áreas desatendidas (como el optimismo, la inteligencia emocional o la motivación) (Gable & Haidt, 2015). Bajo esta línea se puede ver al ser humano desde modelos saludables que les vean como personas fuertes, resilientes y activas. Se busca un modelo de salud positivo, que se centre en la prevención y que ayuden a la recuperación y crecimiento personal (González, 2004).

Por lo tanto, la psicología positiva es una rama de la psicología que se encarga de estudiar y comprender aquellos mecanismos que generan las fortalezas y virtudes humanas, su objetivo es ayudar a la psicología y la salud mental para

brindar una mejor calidad de vida y bienestar; además de investigar los efectos de estas en las personas y su impacto en la sociedad desde una perspectiva diferente (González, 2004). Es decir, que la psicología positiva también estudia los procesos que contribuyen a un buen funcionamiento en grupos o instituciones (Gable & Haidt, 2015). Las sociedades pueden concentrarse en sus virtudes y fortalezas cuando viven un ambiente próspero, estable y en paz (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

La psicología positiva no trata de negar los aspectos desagradables de la vida, ni quiere decir que toda la demás psicología sea necesariamente negativa, sino que busca que las personas sientan alegría que generen a su vez sociedad más sanas y resilientes (Gable & Haidt, 2015).

Las personas necesitan momentos de esperanza, amor o diversión de manera que puedan seguir con sus vidas y si las emociones positivas y las fortalezas están presentes en los momentos más difíciles, será más fácil superarlos. La gente no solo necesita curar su depresión, sino tener razones y pensamientos felices para vivir. La psicología positiva no niega los avances científicos y farmacológicos que han ayudado a controlar o a curar algunos trastornos mentales, aunque sí espera que las siguientes generaciones de psicólogos y psicólogas puedan estudiar la psicología positiva para tratar y prevenir las enfermedades mentales y físicas. También se les enseñaran a las y los profesionales a construir las fortalezas y cualidades de las personas y las sociedades (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

2.1 Emociones positivas

Rosenzweig y Leiman (citados en Salguero & Panduro, 2001), dicen que las emociones nacen de las impresiones percibidas por los sentidos, ideas o recuerdos, presentan una alteración a nivel fisiológico como cognitivo. Se sienten como agradables o desagradables, como factores de tensión o liberación.

Según Rodríguez (2013), las emociones pasan por un proceso cognitivo que conlleva a respuestas fisiológicas y que cumplen con una función adaptativa. Son desencadenadas ante diferentes estímulos externos y llevan consigo una tendencia

a la acción. Básicamente las emociones son respuestas que llevan consigo cambios fisiológicos precisos y usualmente breves, que se ven reflejadas en los sentimientos ante los estímulos o situaciones que se presentan (Barragán & Morales, 2014).

A nivel fisiológico las emociones se encuentran en el sistema límbico (hipotálamo, amígdala, hipocampo y cuerpos mamilares), que también regula la motivación y el estado de ánimo (Salguero & Panduro, 2001). Las emociones por lo tanto se refieren a los cambios fisiológicos que se experimentan en el cuerpo por causa de un estímulo emocional externo (Margulis, 2010).

Las emociones se dividen en positivas o negativas según las consecuencias relacionadas a la percepción recibida durante una situación, con base en los siguientes criterios: a) las situaciones que se provoquen después de la emoción, b) los comportamientos adaptativos consecuentes de la emoción y c) las experiencias subjetivas percibidas durante la emoción (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2010).

Las emociones positivas generan mayores valencias de placer o bienestar, son temporales y permiten crear en la persona aspectos relacionados a su felicidad, el amor y el buen humor. Según Vecina (citado en Barragán & Morales, 2014), las emociones positivas llevan a estados subjetivos experimentados por las circunstancias del momento significativo, haciendo que las situaciones sean recordadas como agradables.

Las emociones positivas ayudan a tener estrategias de afrontamiento ante situaciones amenazantes o desagradables, modulan la forma de comportamiento con la optimización de los recursos (físicos, psicológicos y sociales), y representan un objetivo esencial para el desarrollo humano impactando en la calidad de vida aumentando la salud, el bienestar subjetivo y la resiliencia (Fredrickson, 2001). También generan pensamientos y acciones orientadas hacia el futuro, favorecen la supervivencia a medio y largo plazo (Hervás, 2009).

Fredrickson (2003), se ha encargado de estudiar a las emociones positivas, más allá de dedicar años de estudio a las emociones negativas como la mayoría de

los y las investigadoras. El estudio de las emociones positivas ayuda a incrementar la funcionalidad de las personas y las comunidades, así como su bienestar psicológico y su salud física. A continuación, se definirán algunas de las emociones positivas más comunes y que han sido estudiadas por dicha investigadora.

Alegría y felicidad

Permite disfrutar los logros, mueve e involucra a las metas y proyectos (Tarragona, 2015). Es considerada como la habilidad de sentir satisfacción con la vida, de disfrutar con las y los otros de emociones positivas, normalmente se relaciona a conceptos como autoestima (Góngora & Casullo, 2009). Una persona feliz tiene mayores experiencias positivas y menos experiencias negativas, además de que se percibe como satisfecha o satisfecho con su vida, son más sanas no solo a nivel psicológico sino también físico, afrontan de mejor manera el estrés, su promedio de vida es mayor, tienen más redes de apoyo informales, están más dispuestos y dispuestas a ayudar, entre otras características (Salguero & Panduro, 2001).

Serenidad

El estudio de las emociones negativas resulta más fácil para las y los investigadores ya que el ser humano puede distinguirlas, sin embargo, emociones positivas como el goce o la serenidad son difíciles de diferenciar a comparación de otras. Incluso en el rostro es más fácil distinguir emociones como el enojo, a diferencia de los movimientos faciales de la tranquilidad o la calma. La serenidad permite resolver problemas que tienen que ver con el desarrollo y crecimiento personal (Fredrickson, 2003). También permite sentirnos seguras y seguros, saber en dónde estamos y disfrutar de las experiencias (Tarragona, 2015).

Interés

Según Workman y Reader (2004), el interés es una emoción que las personas sanas deberían sentir en cada momento de sus vidas, permite explorar y aumentar el conocimiento de todo lo que nos rodea. El interés permite la

exploración, el descubrimiento, el aprendizaje, la creatividad y el surgimiento de nuevas ideas (Tarragona, 2015).

Orgullo

Cuando el orgullo es mediado de forma correcta, también se considera una emoción positiva, ya que guía e impulsa para tener nuevos proyectos o metas, sirve como un motivante, también lleva a compartir el esfuerzo y las habilidades de uno o una misma con otras personas (Tarragona, 2015). El estar orgullosas y orgullosos de nosotras y nosotros mismos como de otras personas permite que podamos aspirar a grandes cosas, da una sensación de motivación y de logro, mejora el autoestima, confianza y seguridad en nosotras y nosotros mismos y en las y los demás (Fredrickson, 2013).

Diversión

Tiene que ver con la emoción y la comedia, la diversión genera que la respiración se más profunda, la risa activa el estado psicológico de bienestar, genera más expresiones faciales, desacelera la frecuencia cardíaca, además de modificar y enfatizar diferentes conductas (Herring, Burleson, Roberts, & Devine, 2010). Según Bárbara Fredrickson (2013), la diversión genera cambios en las sociedades volviéndolas menos rígidas, permitiendo la empatía, el gozo y la risa.

Inspiración

Para Tarragona (2015), la inspiración impulsa a ser mejores personas y que se logre alcanzar el total de potencial. Cuando se mezcla con la excelencia permite un sentimiento de elevación. La inspiración también motiva al crecimiento y desarrollo personal, está presente cuando se contempla la excelencia en cualquiera de sus formas y esto a su vez mueve a las personas a llevar a cabo la mejor versión de ellas mismas (Fredrickson, 2013).

2.2 Virtudes y fortalezas de carácter

En los último años se han hecho grandes avances para poder entender, tratar y prevenir las enfermedades, y en específico los trastornos mentales para la

psicología y la psiquiatría, para ello se han creado diferentes manuales como el Diagnostic of Mental Disorders en su quinta versión (DSM-V) presentado por la APA (2013), o el manual de clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS (2018), que ayudan a generar el mismo vocabulario clínico entre las y los profesionales de la salud y el público en general. Estos manuales ayudan a entender la patología de las personas, pero no hay algo que permita entender o estudiar su bienestar, es por eso que se crearon las virtudes y fortalezas, de manera que las y los psicólogos podrán plantearse nuevas preguntas y abordar el tema del potencial humano basado en evidencia científica (Peterson & Seligman, 2004).

Para la elaboración de este nuevo manual positivo, Peterson y un equipo de 55 científicos empezaron una investigación de tres años que inició con la revisión de literatura que abordara los temas de bondad, virtudes o fortalezas humanas, de manera que pudieran clasificar las virtudes humanas y estudiarlas empírica y científicamente, posteriormente se desarrolló lo que se conoce como Clasificación VIA de fortalezas de carácter (Niemic, 2019b).

Tras la categorización de la literatura y la investigación mencionada anteriormente, se crearon seis categorías similares, llamadas virtudes. En su construcción se tomaron en cuenta temas como la filosofía griega, confucionismo y taoísmo, además de fundamentos del budismo, hinduismo, cristianismo, judaísmo y el islam (Niemic, 2019b). Peter y Seligman (2004), señalan que no se trata de un producto final, sino que es susceptible a cambiar dependiendo de la nueva investigación científica que se genere. Según estos autores existen seis virtudes (coraje, humanidad, justicia, sabiduría y conocimiento, templanza y trascendencia) en las que se encuentran repartidas las 24 fortalezas de carácter (Ver figura 1).

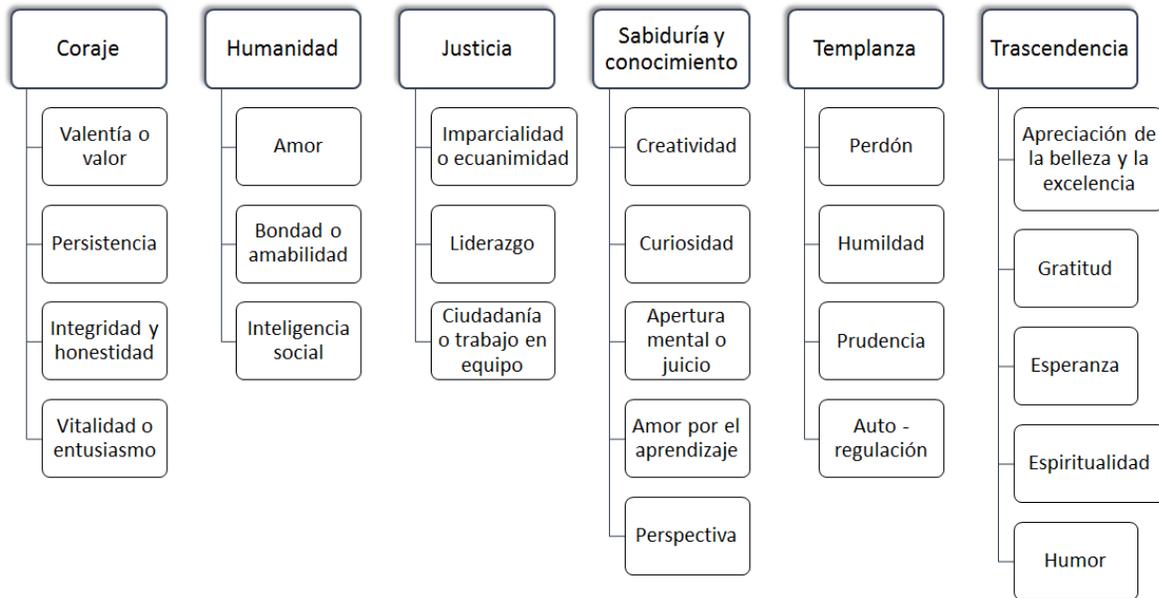


Figura 1. Virtudes y fortalezas de carácter

Fuente: Adaptado de Niemiec, 2014.

Las fortalezas de carácter son rasgos que pueden presentarse en diferentes situaciones y que generan consecuencias positivas (Contreras & Esguerra, 2006). Además, producen pensamientos, sentimientos y conductas positivas que ayudan a definir a las virtudes (Rodríguez, Oñate & Mesurado, 2017). Dirigen y organizan el comportamiento positivo, además se desarrollan y modifican mediante la interacción entre la persona y su entorno social (Ramírez, Ortega, & Martos, 2015). Actúan como rasgos salutogénicos para la personalidad y el beneficio bio-psico-social de las personas (Morales, 2014).

En la psicología positiva se busca que la persona pueda poner en práctica las fortalezas que tiene de forma natural, trata de destacar sus recursos, potenciarlos y aprovecharlos, esto se hace cuando la persona toma consciencia de sus fortalezas principales y no en hacer evidentes sus debilidades, ya que al trabajar con lo que ya tiene sus áreas de oportunidad se reducirán (Hervás, 2009). Siguiendo la clasificación ya mencionada, se presentan las virtudes y fortalezas de carácter, y dado que para esta investigación se trabajó con la virtud de trascendencia, se

ahonda más en las fortalezas que la componen, se utilizó dicha virtud debido a la influencia que supone en el proceso de envejecimiento, relacionándose con el bienestar subjetivo y la calidad de vida (Peterson, 2008).

Coraje

Se refiere a aspectos cognitivos, emocionales, motivacionales y a las decisiones que lo construyen, más allá de los actos observables (como actos de heroísmo). Lleva consigo el aspecto físico, pero también de perseverancia e integridad. Es hacer lo que es correcto, aun cuando se tiene mucho que perder (Peter y Seligman, 2004). Suele ser una virtud más reconocida en la cultura occidental que en la oriental, aunque en ambas comunidades ha ayudado a la supervivencia de las naciones o de las comunidades. El coraje trae consigo varias características, como: a) objetivos que generen algo bueno para la persona o la sociedad, b) se debe tener fortaleza y perseverancia, c) se toman decisiones conscientes y voluntarias, d) se es auténtico con lo que se piensa y se hace y, e) actúa a pesar de los miedos (Haranburu, Balluerka & Gorostiaga, 2018). En esta virtud se incluyen fortalezas emocionales que impulsan a conseguir las metas ante situaciones difíciles. Las fortalezas que la componen son valentía, persistencia, integridad y vitalidad (Niemic, 2019b).

Humanidad

Las fortalezas que se incluyen se refieren acciones hacia otras personas, va más allá de actuar con justicia, es actuar generosamente aun cuando no se recompense, son acciones prosociales o altruistas (Peter & Seligman, 2004). La humanidad implica el ofrecimiento de la amistad, el cariño y el apoyo a otras personas (Niemic, 2019b). Esta virtud tiene que ver directamente con la relación positiva de cuidado y afecto persona - persona (Eguiluz & Plasencia, 2014). Incluye las fortalezas interpersonales de amor, bondad o amabilidad e inteligencia social, y van desde acciones como darle un presente a alguien que se aprecia mucho, a iniciar conversaciones con personas que quizá no se tiene un trato más cercano (Niemic, 2019a).

Justicia

Se refiere a todo aquello que debería hacer la vida justa y equitativa para las personas (aunque no siempre resulta así), esta virtud permite la relación sana entre la comunidad y la o el individuo (Peterson & Seligman, 2004). En la virtud de justicia se encuentran las fortalezas cívicas que permiten un entorno saludable y óptimo (Niemic, 2019b). Algunas acciones que pueden fortalecer esta virtud son: tratar de hacer algo extraordinario para aquellas personas que no son bien tratadas por la sociedad o el grupo, o liderar a un grupo de amigos y amigas para defender alguna causa que se considere justa, por último, se podría buscar desarrollar una interacción positiva entre los miembros de su equipo de trabajo o en otros ámbitos (como en los miembros de la familia) (Niemic, 2019a). Las fortalezas que incluye son: imparcialidad o ecuanimidad, liderazgo y trabajo en equipo o ciudadanía.

Sabiduría y Conocimiento

Aunque parecieran sinónimos de inteligencia o del coeficiente intelectual, no necesariamente tiene que ver con eso, o la cantidad de libros que alguien ha leído, sino con el compartir lo que se ha aprendido a través de las experiencias o el conocimiento académico a otras personas. Representa el esfuerzo de aprender y luego compartirlo para generar cosas buenas (Peterson & Seligman, 2004). En ella se encuentran las fortalezas cognitivas que tienen que ver con la adquisición y el uso del conocimiento (Niemic, 2019b). El uso de la sabiduría y el conocimiento para la sociedad se refleja en el desarrollo de servicios para tener una buena vida (Eguíluz & Plasencia, 2014). Las acciones que se pueden realizar con el usar la creatividad para solucionar algún problema, busque nuevas recetas de comida de otras nacionalidades, investigar sobre un tema controversial con la mente abierta y un buen juicio, o aprenda algo que hace mucho tiempo ha deseado (Niemic, 2019a). Las fortalezas que incluye la sabiduría y el conocimiento son creatividad, curiosidad, apertura mental o juicio, amor por el aprendizaje y perspectiva.

Templanza

Se refiere a tener control y moderación ante las adversidades (Peterson & Seligman, 2004). Las fortalezas dentro de esta virtud ayudan a autoprotegerse de los excesos (Niemic, 2019a). La templanza también se puede ver en la contención de uno o una misma (Eguíluz & Plasencia, 2014). Dentro de las acciones que se pueden realizar son: meditar o reflexionar alguna decisión que se tenga que tomar, evitar caer en una mala alimentación (se puede hacer un diario de sus alimentos para llevar un registro), o perdonar a alguien o a una o uno mismo por los errores que se han cometido (Niemic, 2019a). Las fortalezas de esta virtud son: perdón, clemencia, humildad, prudencia y autocontrol o autorregulación.

Trascendencia

La trascendencia está separada de religión. Se refiere a aquellas personas capaces de ser admiradas y transmitir esperanza o gratitud. Nos recuerda lo pequeños o pequeñas que somos ante el mundo, pero que a la vez da una sensación de integración y significado (Peterson & Seligman, 2004). Dentro de esta virtud se encuentran las fortalezas que permiten tener una conexión con el universo y generar un sentido de vida (Niemic, 2019b). Algunas personas entienden esa conexión con algo "mayor", la trascendencia trata de explicar la relación social - espiritual (Eguíluz & Plasencia, 2014). Se puede fortalecer esta virtud con acciones como contemplar un paisaje por 20 minutos, dar las gracias a alguien que normalmente no es reconocido o reconocida, tener pensamientos optimistas ante desafíos, hacer algo espontáneo y divertido, y por último buscar algún significado al momento que se está viviendo (Niemic, 2019a). Dadas las características de esta virtud es considerada para la realización de esta investigación, ya que el interés de crear intervenciones dirigidas al bienestar psicológico o la calidad de vida se orientan principalmente a la regulación emocional, las emociones positivas (como la gratitud, el humor o la apreciación), además de la creación y mantenimiento de planes y metas a corto, mediano y largo plazo (Lombardo, 2013; Salazar & Rodríguez, 2018; Cuadra, Veloso, Puddu, Salgado, & Peralta, 2012; Sternik, 2010). Las fortalezas que la componen se describen a continuación:

- Apreciación de la belleza y la excelencia

Es la capacidad de asombro ante la belleza moral, la habilidad y la excelencia. Se puede notar en varios aspectos como la naturaleza, el arte, las ciencias o las experiencias (Niemic, 2019a). Además de observar la belleza, esta fortaleza también implica el compartir verbalmente a la misma en la cotidianidad (Eguiluz & Plasencia, 2014). Las personas altas en esta fortaleza se permiten encontrar, distinguir y sentir emociones como el asombro o el éxtasis (Cosentino, 2010). La apreciación es una habilidad de encontrar y reconocer todo lo bueno en lo físico (como un paisaje o una artesanía) y social (como en las acciones de bondad y altruismo) (Peterson & Seligman, 2004). Una actividad sencilla es escuchar una canción que le agrade y contemple todo el talento y esfuerzo para su creación (Niemic, 2019b).

- Gratitud

Una persona agradecida lo expresa, y es más consciente de lo que tiene en la vida. Se asocia más con la satisfacción con la vida y la felicidad, además de contribuir a la salud física y mental (Niemic, 2019a). La gratitud tiene componentes afectivos y cognitivos que resultan de haber sido beneficiado o beneficiada por algún agente externo, normalmente de manera desinteresada y gratuita. Esta fortaleza de carácter puede modificar la personalidad y aumentar la felicidad, salud y el bienestar, además de que permite mejores interacciones sociales (Valencia, 2016). Las personas altas en esta fortaleza aprecian cada día, ven la vida como un regalo y no como una carga, reconocen el apoyo de otras personas para la construcción de sus vidas, logros o su personalidad, ven cosas buenas aún en circunstancias difíciles (Seligman & Peterson, 2004).

- Esperanza

Se refiere a tener optimismo hacia el futuro, formular nuevos objetivos y metas y trabajar para lograrlas. En esta fortaleza se ven dos tipos de pensamiento: 1) empoderado, en dónde, se tiene motivación y energía para llegar a las metas; y 2) de caminos, es decir, que se puede llegar a los objetivos en cualquier camino

(Niemic, 2019a). La esperanza quiere decir que se han hecho esfuerzos que aumentan la posibilidad de que los deseos o metas se realicen, mientras se mantiene la motivación, el buen humor y la concentración del aquí y el ahora (Cosentino, 2010). Esta virtud genera pensamientos y emociones proyectadas hacia el futuro, las personas altas en esta fortaleza suelen estar confiadas de que las acciones que realizan se encaminan a sus metas y objetivos, esperan lo mejor de las situaciones, tienen planes a corto y largo plazo, además se enfocan en las oportunidades (Peterson & Seligman, 2004).

- Espiritualidad

Es la fortaleza de conectarse con algo que se considere sagrado, es tener un propósito y significado de la vida coherente, además se relaciona con la fe y la religiosidad. Se asocia con la filantropía, el altruismo y mejores relaciones interpersonales (Niemic, 2019a). La espiritualidad tiene que ver con tener un significado y un lugar en el universo y su totalidad, puede incluir la creencia de algo superior a uno o una misma (Eguíluz & Plasencia, 2014). Algunas veces la espiritualidad les brinda un sustento emocional y moldea las conductas de las personas (Cosentino, 2010).

- Humor

Alguien con la fortaleza de humor le gusta reír y hacer reír a otras personas, es un tanto despreocupado o despreocupado y usualmente ve el lado positivo de la vida. Se relaciona con las emociones positivas y la salud (Niemic, 2019a). Se refiere a la capacidad de estimular y experimentar la risa (reacción biológica) para poder lograr un estado de ánimo más positivo, de manera que el humor (positivo) es todo estímulo que provoque risa en las personas (Toledo & García, 2010). Esta fortaleza potencia las relaciones interpersonales puesto que genera emociones positivas (Barragán & Morales, 2014). El humor puede ser un factor protector durante el envejecimiento debido a que permite la expresión de emociones y la integración social, esto último porque no produce ningún efecto desagradable en otras personas (Ruch, Proyer, & Weber, citados en Ramírez, et al, 2015).

2.3 Bienestar psicológico y satisfacción con la vida

Dentro de la psicología positiva también se encuentra el estudio científico del bienestar psicológico, de los inmunógenos conductuales y los factores que influyen en la satisfacción con la vida, la felicidad y la plenitud (Tarragona, 2015). Para que las personas puedan tener un buen funcionamiento en sus diferentes esferas (laboral, escolar, personal, social y familiar) es importante potenciar su bienestar psicológico (Barragán & Morales, 2014). En este apartado se revisarán los conceptos mencionados y de manera general cómo se evalúan.

Bienestar psicológico

El bienestar se puede evaluar mediante los aspectos emocionales positivos sobre la propia vida (Martínez, et al. 2011). El bienestar psicológico es comúnmente llamado “bienestar subjetivo” puesto que es lo que las personas piensan y cómo se sienten con sus vidas, normalmente lleva a la felicidad (cuando las emociones positivas y agradables son más que las no agradables), además se sienten satisfechos y satisfechas con su vida (González, 2004). Es decir, el bienestar psicológico evalúa el funcionamiento óptimo de las personas en diferentes ámbitos de su vida (Bohlmeijer, Bolier, Lamers, & Westerhof, 2017). Es entendido como el juicio cognitivo resultante de la satisfacción con la vida y los afectos positivos y negativos (Barragán & Morales, 2014).

El bienestar psicológico se puede entender desde tres experiencias: a) de tipo cognitivo, es la evaluación de las metas, logros y aspiraciones, haciendo una comparación entre las ganancias y los fracasos de acuerdo al entorno social de la persona; b) de tipo afectiva, es el disfrute y el dolor percibido mediante los afectos, emociones y los estados de ánimo; c) de tipo sensorial, se percibe mediante los sentidos, es decir el placer o el dolor. En general estas experiencias representan en su conjunto al bienestar de las personas y les ayudan a tomar decisiones (Rojas & Martínez, 2012).

La utilidad de medir el bienestar psicológico se basa en conocer qué es importante para las personas en su vida cotidiana. La tradición de imposición de

criterios necesarios para que exista bienestar, simplemente dicta quién sí goza de él y quién no, valiéndose en un enfoque unidimensional, que impone metas personales y sociales, como lo son las políticas públicas. Por otro lado, la tradición de presunción dice que el bienestar es cómo las personas experimentan la satisfacción con su vida, basada en teorías del comportamiento y la naturaleza humana (Rojas, 2011). El bienestar en las comunidades ayuda a su buen funcionamiento, además permite conocer si las personas consideran su entorno como positivo y satisfactorio (Hervás, 2009).

Dadas las diferencias para su evaluación, Veenhoven (citado en Rojas, 2011), habla sobre el bienestar subjetivo, ese que solo se puede saber preguntando a cada persona sobre su propia satisfacción y felicidad con su vida, tomando en cuenta sus posesiones (monetarias o posesiones físicas). Se toman variables sociodemográficas y de la personalidad. Para tener una mejor conceptualización del bienestar psicológico se deben evaluar las actitudes positivas hacia uno mismo, la calidad de las relaciones interpersonales, la capacidad de dominio del ambiente, metas y objetivos de vida, y los sentimientos de crecimiento y autorrealización (Martínez, et al, 2011). Por último, el bienestar psicológico debe incluir en su medición a la felicidad, la satisfacción con la vida y las evaluaciones cognitivas (como la percepción sobre el alcance de sus metas) (Rojas & Martínez, 2012). Normalmente se cree que el bienestar psicológico viene de factores externos, como el dinero o las condiciones de vida, sin embargo, son los factores internos y subjetivos los que lo generan (Lombardo, 2013)

- *Medición y modelos del bienestar psicológico*

Algunas personas consideran que, por su cualidad subjetiva, el bienestar no se puede medir, sin embargo, se ha comprobado que de hecho es medible y comparable con otros métodos o instrumentos de evaluación (Tarragona, 2016). Los más utilizados son las escalas o los cuestionarios de autorreporte, entre ellos la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1995) utilizada en esta investigación. Para medir el bienestar psicológico o subjetivo se han desarrollado diferentes modelos que de alguna manera buscan dar una explicación sobre sus componentes

de manera que puedan ser usados en la investigación y la aplicación clínica del bienestar (Tarragona, 2016). Como se muestra en la tabla 1, los modelos más utilizados son el modelo de PERMA (Seligman, 2011), el modelo de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff & Keyes, 1995), y el modelo SPIRE de Tal Ben - Shahaar (Wholebeing Institute, 2019).

Tabla 1.

Modelos del bienestar psicológico

| Modelo | Autor(es) | Componentes |
|--|--|---|
| Modelo PERMA | Martín Seligman (2011) | P= positive emotions E= engagement R= relationships M= meaning A= achievement o accomplishment |
| Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff | Carol Ryff (Ryff & Keyes, 1995) | Autoaceptación Relaciones positivas Autonomía Dominio del entorno Crecimiento personal Propósito de vida |
| Modelo SPIRE | Tal Ben - Shahaar (Wholebeing Institute, 2019) | S= spiritual P= physical I= intellectual R= relational E= emotional |

Fuente: Creación propia.

El modelo PERMA presenta diferentes opciones o elementos que la gente puede elegir de manera libre, cada uno de esos elementos debe contar con al menos una característica de las siguientes: 1) contribuir al bienestar psicológico, 2) no todas las personas tienen que considerar todos los elementos; o 3) cada

elemento es exclusivo e independiente a los demás. Cada palabra del acrónimo se explica de manera breve (Seligman, 2011):

1. Positive emotions o emociones positivas, viene de las investigaciones y de la teoría de la felicidad que ahora incluye la satisfacción.
2. Engagement o involucramiento, se refiere a prestar especial atención a las actividades que se realizan, utilizando todas nuestras habilidades (Tarragona, 2016).
3. Meaning o significado, se entiende como la creencia de pertenecer o servir a algo más grande que nosotras o nosotros mismos.
4. Relationships o relaciones positivas, en este elemento se involucra a las otras personas, ya que es con ellas que se comparten los logros, las emociones y las experiencias.
5. Achievement o logros, normalmente son buscados de manera personal, sin que se involucren los elementos anteriores. sin embargo, el bienestar psicológico se apoya en los otros componentes del modelo para vivir una vida de logros.

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó como referencia el modelo de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff & Keyes, 1995) debido a que esta autora integra la teoría del desarrollo humano y el funcionamiento óptimo, además de que realiza las diferencias sobre el bienestar respecto a la edad, el sexo y los contextos sociales (Lombardo, 2013). En dicho modelo se establece que el bienestar debe contemplar si las personas tienen un sentido de vida (cual sea), si están desarrollando su potencial, si la calidad de sus relaciones es buena, o bien si se sienten responsables y a cargo de su propia vida (Ryff & Keyes, 1995). Por ello, dentro de su modelo se incluyen seis dimensiones:

1. Autoaceptación: las personas altas en este componente tienen una actitud positiva hacia ellas mismas, aceptan sus debilidades y fortalezas, se sienten bien con su pasado, reconocen y aceptan todos los aspectos de su personalidad.

2. Relaciones positivas: tienen relaciones interpersonales seguras, verdades y satisfactorias. Se preocupan por el bienestar de las otras personas, son empáticas y confiables.
3. Autonomía: son personas independientes y determinadas, capaces de resistir la presión social acerca de la manera en que actúan o piensan. Se conducen bajo sus propios estándares y creencias.
4. Dominio del entorno: tienen una sensación de controlar los aspectos externos a ellas o ellos, toman las oportunidades, son capaces de crear situaciones idóneas a sus necesidades.
5. Crecimiento personal: las personas se sienten continuamente desarrolladas personalmente, están abiertas a nuevas experiencias, tienen claro que pueden desarrollar todo su potencial, notan cambios en sus pensamientos y conductas, se muestra con más autoconocimiento.
6. Propósito de vida: saben hacia dónde va su vida, piensan que su pasado y su presente tiene un significado, sostienen creencias que les dan sentido, tienen objetivos y metas en su vida.

Por último, se describe el modelo SPIRE desarrollado por Tal Ben-Shahar (Wholebeing Institute, 2019), en él se describe a la persona como un todo, así el bienestar psicológico se puede lograr. Se pretende que cada persona se conozca a sí misma, lo que las hace únicas y maravillosas, para que sean su mejor versión y para que vivan realmente. Dentro de sus componentes están:

1. Bienestar espiritual (Spiritual), tener un significado de vida y estar consciente del presente.
2. Bienestar físico (Physical), se refiere al cuidado del cuerpo y la conexión mente-cuerpo.
3. Bienestar intelectual (Intellectual), tiene que ver con el aprendizaje y estar abierto o abierta a nuevas experiencias.
4. Bienestar relacional (Relational), construir y consolidar relaciones sanas y positivas con uno o una misma y con otras personas.

5. Bienestar emocional (Emotional), permitirse sentir todas las emociones, obteniendo en ese proceso resiliencia y optimismo.

Satisfacción con la vida

La satisfacción representa cómo se sienten con su vida. Mientras más se esté consciente de las condiciones de vida reduce la satisfacción objetiva (Marcial, Peña, Escobedo, & Macías, 2016). Es un indicador cognitivo del bienestar subjetivo, ya que es la valoración que cada persona asigna sobre los juicios y percepciones de sus logros y aspiraciones, así como la percepción de las acciones de otras personas hacia ellas (como la actitud de un vendedor). La satisfacción depende de la personalidad y no tanto de las condiciones ambientales. En personas adultas mayores la satisfacción con la vida aumenta si se encuentra satisfacción en los aspectos de salud, economía y relaciones interpersonales (Martínez, Buz, & Navarro, 2011).

Según Castro (2010), la satisfacción con la vida es el tercer componente del bienestar psicológico (los primeros componentes se describieron en la sección anterior), se da a partir de la integración cognitiva de la percepción subjetiva de las personas sobre cómo les ha ido en el transcurso de su vida y se vuelve más estable a lo largo del tiempo. Para Diener (citado en Castro, 2010), la satisfacción con la vida incluye una autoevaluación de logros de sus objetivos vitales, un marcador de aspiraciones y un juicio subjetivo acerca de sus vidas.

Eguíluz y Plasencia (2014), realizaron un estudio con el objetivo de replicar la investigación de Peterson y Seligman (2004), el cual contempla las variables de fortalezas de carácter y satisfacción con la vida en población mexicana. Se realizó un estudio exploratorio de corte cuantitativo. La muestra se conformó de 280 personas de entre 24 y 55 años (260 mujeres y 20 hombres), se utilizó el cuestionario de fortalezas de carácter VIA a través de una aplicación online, cuenta con una escala tipo Likert que va del muy diferente a mí a parecido a mí, se comprende de 240 reactivos. Y se utilizó la escala de satisfacción con la vida de Diener, compuesta por 5 reactivos con una escala tipo Likert que van desde el

totalmente en desacuerdo hasta el totalmente de acuerdo. Se encontró que las fortalezas de amor, apreciación con la belleza, gratitud y esperanza tienen correlaciones estadísticamente significativas con la satisfacción con la vida, mientras que las fortalezas de humildad, autorregulación, amor por el conocimiento, perseverancia, prudencia y perdón son las que menos se correlacionan con la satisfacción con la vida. Las autoras concluyeron que las intervenciones basadas en fortalezas de carácter deben estar orientadas a los ámbitos familiares, interpersonales o laborales, para que las personas se puedan sentir más satisfechas con sus vidas en totalidad.

2.4 Envejecimiento positivo

La psicología positiva dirigida a personas adultas mayores puede funcionar como un factor protector para su salud, prevención de la enfermedad y al cambio de algunas conductas que les puedan resultar más funcionales y adaptativas en esta etapa. Las fortalezas de carácter se utilizan para modificar su comportamiento y sus emociones de manera que se logre aumentar su satisfacción con la vida (Ramírez, Ortega, & Martos, 2015). Se ha encontrado que las personas que se sienten mejor con ellas mismas y que tienen emociones positivas viven por más tiempo (Fredrickson, 2003).

Un envejecimiento positivo genera en las personas mayor satisfacción y bienestar que funcionan como factores protectores para afrontar la última etapa de su ciclo vital, ya que en dicha etapa se encuentran pérdidas y ganancias, por esto se propone que las fortalezas de carácter sean estudiadas en dichas ganancias para mejorar el proceso de envejecimiento, de manera que las capacidades cognitivas y físicas puedan mejorar y mantenerse (Morales, 2014).

A través del estudio del envejecimiento se ha visto un énfasis en las carencias, los problemas y necesidades de las personas adultas mayores, lo que ha dejado descuidada a la salud y al buen envejecer. Por eso, el envejecimiento positivo busca estudiar más allá de las patologías, tiene el objetivo de identificar los inmunógenos y factores protectores que no solo mantengan la salud, sino que la

promuevan. Propone una mirada hacia las ganancias y no a las pérdidas, además de brindar crecimiento y bienestar, poniendo el origen de los mismo en la salud. Sus fortalezas se pueden potenciar cambiando la visión negativa, así se podrían desarrollar sus cualidades, habilidades, características e intereses. De ahí la importancia de programas para la promoción de salud mediante las ganancias en el funcionamiento cognitivo, la productividad, o el sentido de vida (Mira, 2016).

Nassir, Robertson y Leong, (2015), tras una revisión teórica de los modelos de envejecimiento (envejecimiento exitoso, envejecimiento activo y envejecimiento en comunidad), desarrollaron un modelo de envejecimiento positivo conformado por tres pilares principales. El primero es la salud, que comprende la salud mental (mantener las capacidades cognitivas y potenciar el bienestar, la satisfacción, la resiliencia y la autoeficacia), salud física (mantener la independencia y funcionalidad, generar nuevos inmunógenos conductuales y mitigar los riesgos) y salud emocional o espiritual (incluye factores como la autonomía e independencia, y mantener la dignidad). El segundo pilar es la participación que incluye las relaciones sociales (involucrarse en la sociedad, la familia y las amistades) y el trabajo o voluntariado (mantenerse productivas y productivos, mantiene la autoeficiencia). Y por último el pilar tres se refiere a la seguridad, tanto financiera (inclusión en programas sociales y económicos, capacidad de generar ingresos y mantener sus finanzas, tener los servicios indispensables), como la seguridad del bienestar en el ambiente (infraestructura adecuada o una vida libre de violencia. Los tres pilares se componen también de elementos internos y externos. En la figura 2 se muestran los tres pilares.

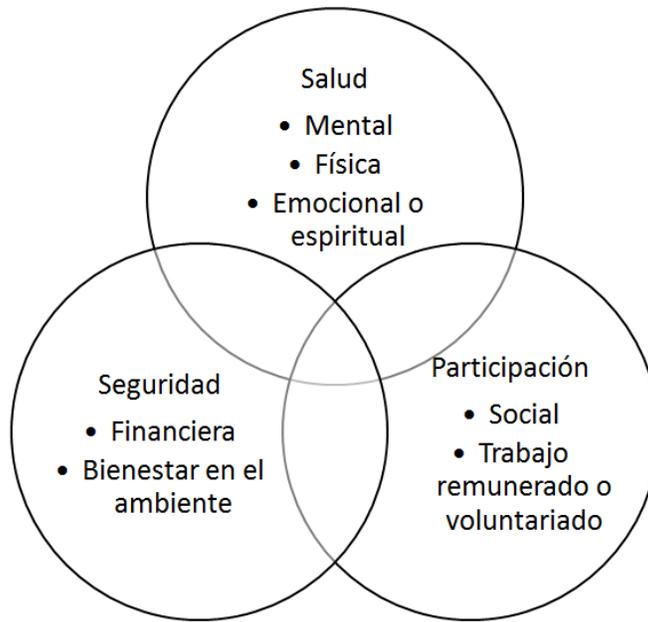


Figura 2. Pilares del envejecimiento positivo

Fuente: Adaptado de Nassir, Robertson & Leong, (2015)

Jiménez, Izal y Montario (2016), elaboraron una investigación con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención para mejorar el bienestar psicológico en personas adultas mayores basado en la psicología positiva. Participaron 67 personas adultas mayores de entre 60 a 89 años que contaban con un buen estado de salud. Se utilizó un cuestionario demográfico realizados por las y el autor, la escala de experiencias positivas y negativas, la escala de orientación vital revisada, con niveles de felicidad y preocupación (extraídos de la escala ELE), además de tomar su presión arterial durante las sesiones. Se empleó un diseño experimental, con un grupo control de 33 personas y un grupo experimental de 34 personas, algunas de las actividades que se realizaron durante la intervención se relacionaban con la regulación emocional, la importancia de las emociones frente a los pensamientos y la importancia de tener metas y proyectos. El programa se llevó a cabo en centros para personas adultas mayores. La intervención fue psicoeducativa y tuvo una duración de nueve sesiones semanales de hora y media, todas las sesiones fueron grupales y llevadas a cabo por dos psicólogas. Se realizó un pre y

post test, que dieron como resultado que existieron diferencias significativas entre ambos grupos en variables como felicidad, nivel de preocupación y la presión sistólica. Se concluyó que, aunque se cree que las personas adultas mayores presentan síntomas de tristeza es posible potenciar en ellos y ellas felicidad y reducción de angustia lo que se demuestra en los registros de presión tomada durante las intervenciones.

Ramírez, Ortega y Martos (2015), realizaron una investigación con el objetivo de conocer las fortalezas de carácter que se relacionan más a adultos mayores y que influyen en su bienestar con el fin de proponer una intervención basada en los resultados. La muestra consistió en 120 participantes de entre 60 y 89 años. Se utilizó la escala de satisfacción con la vida de Diener, la escala de felicidad subjetiva, la escala de afectos positivos y negativos, y el cuestionario VIA de fortalezas de carácter. La investigación consistió en una aplicación colectiva de los instrumentos en centros de residencia para adultos mayores. Se encontró que no todas las fortalezas tienen correlaciones significativas con el bienestar, pero las que sí son curiosidad, valentía, integridad, liderazgo, autocontrol, perdón, amor, inteligencia social, esperanza, humor, perspectiva, apreciación de la belleza y la excelencia, gratitud y entusiasmo. Con este estudio se concluyó que las personas adultas mayores utilizan las fortalezas de carácter de manera que puedan tener una vida plena, que se encuentren satisfechas y satisfechos con ellos mismos, que generen nuevos intereses, esto último para que su participación social aumente.

Derechos humanos de las personas adultas mayores

Dentro del concepto de envejecimiento positivo se incluye al envejecimiento saludable, activo y normal, incluye componentes sociales y sanitarios, pretende una buena promoción del buen envejecimiento, además de que contempla a las personas adultas mayores en un enfoque de derechos humanos, considerándoles como sujetos y sujetas de los mismos. En el envejecimiento positivo se contempla al bienestar psicológico como un componente esencial para la protección de sus derechos. Para su promoción se tienen tres objetivos fundamentales: 1) proteger la

salud (que puedan ser independientes y funcionales), 2) buscar la integración de las personas adultas mayores a la sociedad y viceversa, y 3) aumentar su bienestar psicológico. También es importante que se instauren políticas públicas dirigidas a la promoción del envejecimiento positivo (Calva, 2013).

Los derechos humanos protegen la dignidad de las personas y permiten vivir una vida más plena y sin discriminación, aunque son las Instituciones y el Estado los encargados de velar y garantizar los derechos humanos de todas las personas, el papel de la sociedad es importante en el libre ejercicio y goce de los mismos, la enseñanza de los derechos es una forma de promover su protección (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, s.f).

En México desde el 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, con su última modificación en noviembre de 2016, en donde se sostienen los principios de autonomía y autorrealización, participación, equidad, corresponsabilidad y atención preferente (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2016). Tomando en cuenta lo que implican estos principios y buscando la protección y acceso a los derechos humanos de las personas adultas mayores, se tomaron en cuenta durante el desarrollo de esta investigación, teniendo así una intervención con enfoque de derechos.

2.5 Calidad de vida desde la psicología positiva

El concepto de calidad de vida ha sido utilizado recientemente en diferentes investigaciones en el área de salud como una medida del bienestar. Al no tener un concepto único y estable su uso ha sido mal utilizado (Urzúa & Caqueo, 2012). La calidad de vida es la relación entre los factores objetivos y la percepción subjetiva de ellos (Valdez, et al.2003). Específicamente en la psicología se utilizan los indicadores objetivos de salud física y estado funcional, y los indicadores subjetivos, como la satisfacción con la vida (Martínez, et al. 2011).

Los orígenes del estudio de la calidad de vida se encuentran en Estados Unidos. Tras la Segunda Guerra Mundial se pretendía conocer la percepción de la gente respecto a si creían tener una buena vida o si se sentían seguras

financieramente (Campbel, citado en Urzúa & Caqueo, 2012). En el Foro Mundial de Salud celebrado en 1966 se escribe la definición de Calidad de Vida de la OMS englobando aspectos físicos, psicológicos e interpersonales, que tiene aspectos positivos o negativos respecto a la percepción de las personas (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996). El término calidad de vida es utilizado por primera vez en el ámbito de la medicina en 1975, aunque con el tiempo se ha expandido a disciplinas como la psicología y se ha relacionado con diferentes factores como la felicidad y el bienestar (Moreno & Ximénez, 1996). En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud organizada por la OMS, designa a la salud como uno de los índices de desarrollo y calidad de vida de la población (Bousoño, Gonzáles, Pedregal, & Bobes, 1993). Ya que la salud es considerada como un derecho humano fundamental, relacionada con las condiciones sociales, el entorno y los estilos de vida, se ha enfocado a una visión holística, esto dio como resultado que en 1988 la OMS introdujera el concepto de calidad de vida respecto a la salud pública. Desde 1991 para la OMS medir la calidad de vida de los sujetos se volvió una prioridad, elaborando diferentes instrumentos para evaluarla más allá de las tasas de mortalidad o morbilidad. Dentro de los instrumentos creados está el WHOQOL-100, que pretende medir los efectos percibidos de una enfermedad y las intervenciones para mejorar la salud, se centra en la satisfacción global con la vida y la sensación de bienestar de la persona (Gómez, Verdugo, Arias & Nava, 2008).

Existen diferentes definiciones para la calidad de vida, por esto se agrupan en 4 categorías: 1) Condiciones de vida, donde se compara a las personas bajo cánones objetivos y medibles. 2) Satisfacción con la vida, su foco de atención son los factores subjetivos, donde la experiencia y juicio de una persona determinan a las situaciones. 3) Condiciones de vida con Satisfacción con la vida, esta categoría trata de integrar las dos anteriores para dar un estado de bienestar general de la persona. Sus condiciones de vida son medidas objetivamente, pero se toman en cuenta los aspectos subjetivos y 4) Condiciones de vida con Satisfacción con la vida, añadiendo los Valores (personales, aspiraciones y expectativas). En esta categoría se define a la calidad de vida como la unión de los factores subjetivos y objetivos, sin embargo, se encuentran medidas por los valores de cada persona.

Los tres factores se encuentran en un estado dinámico en donde si la percepción de uno cambia produce modificaciones en los otros (Urzúa & Caqueo, 2012).

Dentro de la cuarta categoría antes mencionada se encuentran definiciones como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (utilizada para esta investigación), que entiende a la calidad de vida en función de la percepción del individuo respecto a su lugar en el espacio cultural y en el sistema de valores en que vive, sus objetivos, expectativas y preocupaciones. Esa percepción se mide respecto a su salud física, psicológica, grado de independencia, sus relaciones sociales, factores ambientales y sus creencias personales. En este sentido la calidad de vida no se mide de manera objetiva por los recursos que tiene, sino el grado de satisfacción que tiene la persona (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996).

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés) (citada en Robles et al, 2009), la calidad de vida aparece después de que las necesidades básicas están cubiertas, y pueden entenderse de manera integral con otras necesidades sentidas (como la necesidad de vivir más).

Evaluación de la calidad de vida

Para poder evaluar completamente a la calidad de vida se deben de tomar en cuenta los factores objetivos y subjetivos que en ella se encuentran. Por ello se han creado diferentes enfoques para su evaluación, uno de ellos se centra en los factores objetivos de la persona, con datos cuantificables dejando un poco de lado los datos cualitativos, aunque tiene numerosas ventajas ninguna de ellas abarca con totalidad la vida de las y los ciudadanos. El segundo enfoque se centra en los aspectos subjetivos, como el bienestar, la satisfacción política o familiar, que no siempre van de la mano con los datos cuantitativos (Moreno & Ximénez, 1996). Por ejemplo, una familia puede estar en satisfacción con su dinámica, y pueden no contar con los servicios sanitarios básicos para su salud. Además, se deben de considerar las necesidades básicas de las personas para realizar una comparación

entre la situación percibida y lo que se supone se debería de esperar (Salas & Garzón, 2013).

Desde la psicología positiva el estudio de la calidad de vida busca que el trabajo y la investigación se dirijan más a potenciar la satisfacción y el bienestar desde el punto de vista comunitario para plantear una realidad social y política que permita afrontar las adversidades, las crisis y el estrés de la vida cotidiana, así se brindaría una mirada diferente a la que se vive desde las carencias (Tonón, 2010).

La calidad de vida puede ser evaluada desde dos enfoques, como un factor en relación con la salud o con la enfermedad. Es más común que cuando se realizan estudios respecto a la calidad de vida se relacione con la enfermedad, pero este paradigma deja de lado a los factores protectores para la salud que hacen que se tenga una mejor percepción de la calidad de vida (Moreno & Ximénez, 1996). Según Bousoño et al (1993), sólo cuando las personas tienen un nivel de salud aceptable podrán disfrutar de las cosas que da la vida.

La calidad de vida se puede evaluar desde la perspectiva de salud, resaltando los factores protectores, o bien desde la enfermedad, pero no como un tratamiento para la eliminación de síntomas, sino como una forma de incrementar la calidad de vida aun cuando se tiene alguna enfermedad o discapacidad (Salas & Garzón, 2013). Es por esto que a continuación se explican brevemente ambos enfoques y se enlistan algunos instrumentos para su evaluación.

- *Salud y calidad de vida*

En los últimos años se ha puesto mayor atención a los tratamientos puestos en la enfermedad, y muy poca en la atención a la prevención. Además de la poca promoción de la salud, ya que así se generarían mayores consecuencias positivas para la población (Moreno & Ximénez, 1996). La OMS (2006), define a la salud como “el estado de pleno bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”, con una perspectiva que parecería más positiva en la influencia de la salud con la calidad de vida.

El estudio de la calidad de vida busca conocer e intervenir en la percepción que tienen los pacientes respecto a sus enfermedades o del tratamiento que reciben. Además de los efectos que tiene sobre su vida y su bienestar físico, emocional y social. En este sentido ya no se busca la erradicación de los síntomas sino de una mejor calidad de vida de las personas (Salas & Garzón, 2013). El reconocimiento de una buena calidad de vida se entiende como una de las metas respecto al cuidado de la salud, se trata de visibilizar el lado humano de la medicina (y ciencias afines) (Robles, Rubio, De la Rosa, & Nava, 2016).

Aunque parece que la salud es meramente objetiva, tiene factores subjetivos (la percepción personal) relacionada con el uso de los espacios que brindan servicios de salud. Esto genera que la calidad de vida de las personas aumente o disminuya según su propia atención a su salud física o mental, tomando en cuenta el nivel de dolor que les genera alguna enfermedad. Con base en esto, se han generado algunos instrumentos útiles para su evaluación como la Escala de Ajuste psicosocial a la enfermedad propuesta por Derogatis, el Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota de Hathaway y McKinley, o la Escala de Aparición del Dolor Subjetivo de Huskisson; y hablando específicamente de adultos y adultas mayores podemos encontrar la Evaluación del Deterioro Físico y Mental de las Funciones de Gurel (Moreno & Ximénez, 1996).

- *Enfermedad y calidad de vida*

No hay alguna cosa que afecte más a alguien que tener alguna enfermedad o discapacidad ya que su calidad de vida se ve seriamente afectada puesto que se va perdiendo la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, por ejemplo, autocuidarse o movilizarse por sí mismas o mismos; se ve afectado su autoconcepto y en algunas ocasiones su autonomía. Se trata de que las personas con alguna enfermedad puedan vivir y no solo sobrevivir. Para evaluar los daños de una enfermedad se han propuesto diferentes métodos como observación, entrevistas y la aplicación de pruebas a enfermedades específicas y más graves como es el caso del cáncer o la artritis. Dentro de dichos instrumentos se pueden encontrar el Inventario de Evaluación Funcional de Crewe y Athelsan, el Cuestionario Standford

de la Artritis de Fries y cols. Es importante remarcar que justo en este apartado es en dónde más instrumentos hay para la población de adultez mayor: Índice de Actividades de la Vida diaria de Katz y cols., la Escala de Observación de Actividades de la vida diaria de Montorio, o el Cuestionario de Multidimensional de OARS de evaluación funcional (Moreno & Ximénez, 1996).

Calidad de vida en las personas adultas mayores

Específicamente en la adultez mayor hay mayor influencia de los factores psicológicos (trastornos y emociones), sociales (apoyo social o exclusión social) y físicos (declive en las funciones sensoriomotoras), además de la vulnerabilidad a ciertas enfermedades como Alzheimer. Es por esto que ellos y ellas perciben de manera muy diferente su calidad de vida (Valdez et al, 2013).

La importancia de la calidad de vida durante el envejecimiento ha tomado mayor relevancia en la concepción social, esto se debe al reconocimiento de sus necesidades durante esta etapa de desarrollo. Se trata de humanizar y valorizar sus realidades para mejorar las relaciones interpersonales de ellos y ellas con los nuevos entornos (Rubio, et al, 2009).

Durante el envejecimiento se pasa por cambios físicos y cognitivos irreversibles, es por esto que los y las adultas mayores deben enfocarse más en procurar su estado de salud para mantener una buena calidad de vida enfrentando nuevos retos y situaciones (Urrutia & Villarraga, 2010).

Las redes sociales también influyen directamente en la calidad de vida, ya que dan un sentido y valor social, lo que les permite sentirse capaces de seguir satisfaciendo sus necesidades con los recursos que generen, además potencia su autoestima e independencia. La integración y su participación activa en la sociedad son factores que impactan mucho en la calidad de vida durante el envejecimiento, por esto es importante generar estrategias que impacten en transformaciones sociales para mejorar el bienestar y la calidad de vida de los y las adultas mayores permitiéndoles ser seres activos en la comunidad (Arias, 2013).

Compartir sus conocimientos y experiencias a través de la enseñanza a personas más jóvenes, es una buena estrategia para mejorar su calidad de vida y la de otras generaciones. La enseñanza hacia adultas y adultos mayores se encamina hacia reconocer los cambios por los que pasan, afrontar la soledad, darle otro significado a sus vidas y reconocer la muerte (propia y de sus seres queridos), proporcionales gratificaciones y enriquecimiento personal, todo esto a través del intercambio y la formación para mejorar su calidad de vida en aspectos como salud, felicidad o bienestar, además de que enseñar sobre el envejecimiento puede ayudar a tener una mejor cultura respecto al mismo (García, 2007).

Uno de los principales instrumentos para evaluar la calidad de vida es el WHOQOL-BREF, propuesto por la OMS, aunque debido a las particularidades propias del envejecimiento se optó por adaptarlo a personas adultas mayores. De manera que dicha adaptación se nombró WHOQOL-OLD (instrumento utilizado en esta investigación), el cual evalúa la calidad de vida específicamente en estas poblaciones apoyándose en cinco dimensiones (Acosta, Ch., Vales, J., Echeverría S., Serrano, M., & García, R. 2013):

- 1.- Capacidad sensorial: Impacto de la pérdida de la funcionalidad sensorial.
- 2.- Autonomía: Independencia de las personas adultas mayores, tomar decisiones con autonomía.
- 3.- Actividades pasadas, presentes y futuras: Satisfacción con lo hecho y tener cosas o metas por realizar.
- 4.- Participación: Actividades de la vida cotidiana, especialmente las comunitarias.
- 5.- Intimidad: Tener relaciones interpersonales e íntimas.
- 6.- Temor a la muerte: Preocupaciones acerca de la muerte o la agonía.

Vera (2007), realizó un estudio de corte cualitativo en 16 adultos y adultas mayores y 16 grupos familiares con personas mayores de Perú, con el objetivo de

conocer qué es para ellos y ellas la calidad de vida en el envejecimiento. Se utilizaron como técnicas de recolección de datos la observación, entrevista y grupo focal. Se encontró como resultado que la calidad de vida para el adulto mayor significa perder tener paz, tranquilidad, sentir cuidado y protección por parte de la familia, mantener su dignidad, afecto y respeto por ellos y ellas y de sus bienes materiales, poder lograr sus metas mediante el ejercicio de su derecho a expresarse, comunicarse y de decidir sobre él o ella y lo que se relacione a su persona. Mientras que para las familias se entiende que brindar calidad de vida al adulto mayor es cubrir sus necesidades básicas como alimentación, vestido, vivienda e higiene.

Valdez et al (2013), realizaron un estudio con el objetivo de conocer la calidad de vida en adultos y adultas mayores en Michoacán, México. Se utilizó una muestra no probabilística de 485 adultos y adultas de más de 60 años de diferentes municipios del mismo Estado. Se utilizó el instrumento de Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) que mide nueve aspectos incluidos en la calidad de vida (salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos y servicios sociales y sanitarios), y entrevistas abiertas. Dicha investigación contó con el respaldo de instituciones de gobierno como el DIF (Desarrollo Integral de la Familia) o SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social). Dentro de los resultados se encontró que el 41.1% dijo haber presentado síntomas de tristeza recientes, el 80% se encuentra satisfecho o satisfecha con la relación que se tiene con sus hijos o hijas. El 17.5% presenta dificultades para continuar con su autonomía y el 60.79% dijo que su principal actividad era mirar la televisión. Se concluyó que para conocer qué afecta directamente a los y las adultas mayores se necesita de hacer un estudio de persona por persona, pero que aspectos como la cultura, la experiencia, el apoyo social y la vivencia histórica influyen directamente en la calidad de vida.

Capítulo III: Intervenciones cognitivo - conductuales desde la psicología positiva para la promoción y el mantenimiento de la salud.

Las estrategias de promoción en personas adultas mayores deben de estar guiadas a mejorar su salud (física y mental), su bienestar y mantener su funcionalidad y capacidades, sin olvidar que la atención se dirige precisamente a las personas para que puedan disfrutar la vida y tener satisfacción (Montorio, Izal & Pérez, 2014). En este capítulo se describen brevemente los conceptos de prevención, promoción, mantenimiento y educación para la salud, además de las técnicas utilizadas en el desarrollo de la intervención.

3. 1 Prevención en personas adultas mayores

Dentro de la psicología de la salud se encuentra la prevención como una rama de la misma que realiza las intervenciones cuyo propósito es reducir o eliminar los comportamientos de riesgo potenciales para el desarrollo de cualquier tipo de enfermedad (Amigo, 2012). En las personas adultas mayores se pretende prevenir trastornos mentales como la de depresión y ansiedad (entre otros), prevención del suicidio, prevención de la demencia, prevención de enfermedades neurodegenerativas y prevención del abuso hacia ellas y el estigma negativo a la vejez (Jané & Gabilondo, 2008).

Se distinguen tres tipos de prevención, propuestas por Fielfing (citado en Amigo, 2012): a) Prevención primaria, busca evitar la aparición de síntomas de enfermedad en personas sanas (puede ser en la modificación de patógenos conductuales o para prevenir la aparición de estos); b) Prevención secundaria, pretende detener el desarrollo de enfermedades cuando ya se tienen síntomas; y c) Prevención terciaria, en la cual la rehabilitación y tratamiento son incluidos para reducir la sintomatología clínica de las enfermedades. La prevención primaria es la que se utiliza mayoritariamente en personas adultas mayores puesto que se busca evitar la aparición de enfermedades físicas o psicopatologías. Se ha estudiado que personas a partir de los 75 años tienden a hacer más caso a las medidas de prevención.

3.2 Promoción, mantenimiento y educación para la salud en personas adultas mayores

Los antecedentes del concepto de promoción de la salud se encuentran en el modelo de Campo de Salud (propuesto en Canadá en 1974), en él se describe que a pesar de que los servicios de salud eran accesibles para la gente, eran sus estilos de vida y el medioambiente los que generaban más enfermedades. Por lo tanto, no solo se debía de procurar los espacios de atención de la salud, sino mejorar los que parecían ser los determinantes de la misma. Otro antecedente es la estrategia de Atención Primaria de la Salud propuesta por la OMS en 1978, en donde se le reconocía como un derecho que se debía de procurar no solo por el Estado, sino con la participación comunitaria y la educación para la salud. Posteriormente, en 1986 en la Carta de Ottawa se define completamente a la promoción de la salud como un proceso que ayuda a que las personas puedan incrementar el control sobre su salud para poder mejorarla (Saforcada, Lellis, & Mozobancyk, 2010).

La promoción de la salud, es una rama de la psicología de la salud que tiene por objetivo que la personas y las comunidades adquieran comportamientos saludables, de manera que su mantenimiento tenga un impacto positivo en la calidad de vida (Amigo, 2012). Tiene como metas generales procurar el mantenimiento, protección y fomento de la salud colectiva e individual (Saforcada, et al., 2010). Se ha estudiado que para promocionar la salud y el bienestar psicológico se debe de contar con el estudio de las emociones positivas, ya que se relacionan con la disminución del estrés negativo que se encuentra principalmente en el sistema nervioso vegetativo y en el sistema cardiocirculatorio (Barragán & Morales, 2014).

Dado el aumento poblacional de personas adultas mayores en México (y otros países), se vuelve primordial que mantengan sus capacidades físicas y cognitivas, además de un sentido, un lugar y un propósito a nivel personal y comunitario. Además, se debe priorizar el retraso e impacto de algunos síntomas y signos de enfermedades propias del envejecimiento, para una eficiente promoción

de la salud en personas adultas mayores es esencial que se fomente la adopción de estilos de vida saludables, generar redes de apoyo adecuadas, estrategias de afrontamiento al estrés, control emocional, y fortalecimiento de músculos (Montorio, et al. 2014).

Mantenimiento de la salud

Según Matarazzo (1982), dentro de las funciones de la promoción de la salud, se encuentra el mantenimiento de la misma mediante comportamientos saludables, en la que se aplican conocimientos y técnicas conductuales y científicas, tratándose así de un trabajo multidisciplinario, incluyendo a la medicina preventiva, la salud pública, la sociología, la epidemiología, la psicología, entre otras disciplinas.

Siguiendo esta misma línea, Rodríguez y Palacios (citados en Piña & Rivera, 2006), mencionan que el mantenimiento de la salud y la promoción se deben implementar de manera individual (como la adopción de estilos de vida saludables) y colectiva (aplicando los conceptos de la psicología de la salud).

Durante el envejecimiento se busca que las personas puedan seguir siendo “funcionales” (normalmente no se aplica el término “saludables”), palabra que se utiliza para designar a las personas que viven un envejecimiento exitoso, para ello se necesita de la participación de las personas adultas mayores, el personal proveedor de salud y la comunidad (Arechabala, 2007).

En México, el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) promueve el mantenimiento de la salud en personas adultas mayores mediante guías de salud que incluyen diferentes propuestas, como mantener la actividad física, la salud bucal, la prevención de accidentes y de riesgos, prevención de la violencia intrafamiliar, realizar consultas médicas periódicas, mantener ejercicios de actividad mental, promocionar entornos favorables para la salud, llevar una buena higiene del sueño, mantener las relaciones sociales, de ocio y diversión, y la prevención de los trastornos mentales (en específico la depresión) (IMSS, s.f)

Educación para salud

Es una técnica de la promoción y atención a la salud, en dónde se entiende que, si el comportamiento de una persona genera enfermedad, el mismo comportamiento podría solucionarla. Siguiendo esta lógica se les enseña a las personas a entender cómo sus acciones podrían llegar a afectar su salud, también se les educa a prevenir la enfermedad y facilitar el proceso de rehabilitación. De esta manera, la educación para la salud se apoya de diferentes métodos y técnicas de enseñanza que faciliten la toma de decisión de las personas (OMS, 1999).

La educación para la salud funciona como un protector para las personas adultas mayores, pero también sirve como una estrategia social y educativa para mantener y potenciar la salud destacando la corresponsabilidad de instituciones educativas, familiares, comunitarias, legislativas y los medios de comunicación, para con ellos y ellas (Sánchez, 2018).

Dentro de los contenidos de la educación para la salud dirigidos a las personas adultas mayores se encuentran: higiene del sueño, estrategias de adaptación, estrategias compensatorias, prevención de riesgos y promoción de factores protectores e inmunógenos conductuales; para lograr dichos objetivos la educación en este grupo etario debe considerar las siguientes fases en el desarrollo del programa de intervención psicoeducativa (Montorio, et al, 2014):

1. Detectar las necesidades, aquí se busca identificar el problema o áreas de oportunidad para enseñar y tratar solucionar.
2. Evaluar a la población para conocer a las personas que podrían aspirar al programa.
3. Planificar qué aspectos se van a enseñar y cómo se va hacer, se debe contemplar los recursos humanos y materiales, las capacidades del o las instructoras.
4. Implementar la intervención psicoeducativa, se recomienda que se tengan supervisiones continuas.

5. Estimar cuáles objetivos se cumplieron y hasta qué punto y considerar la utilidad de la intervención psicoeducativa.

A continuación, se muestra una tabla que resume los conceptos abordados, sus diferencias e intervenciones específicas propuestas para personas adultas mayores (ver tabla 2).

Tabla 2.

Prevención, promoción, mantenimiento y educación para la salud.

| | Definición | Propuestas de intervención. |
|-------------------|---|--|
| Prevención | Rama de la psicología de la salud que realiza las intervenciones cuyo propósito es reducir o eliminar los comportamientos de riesgo potenciales para el desarrollo de cualquier tipo de enfermedad (Amigo, 2012). | Prevención de trastornos mentales como la de depresión y ansiedad (entre otros), prevención del suicidio, prevención de la demencia, prevención de enfermedades neurodegenerativas y prevención del abuso hacia ellas y el estigma negativo a la vejez (Jané & Gabilondo, 2008). |
| Promoción | Es una rama de la psicología de la salud que tiene por objetivo que las personas y las comunidades adquieran comportamientos saludables, de manera que su mantenimiento tenga un | Promoción de la adopción de estilos de vida saludables, generar redes de apoyo adecuadas, estrategias de afrontamiento al estrés, control emocional, y |

| | Definición | Propuestas de intervención. |
|----------------------------------|---|---|
| | impacto positivo en la calidad de vida (Amigo, 2012). | fortalecimiento de músculos (Montorio, et al. 200). |
| Mantenimiento de la salud | Es una de las funciones de la promoción de la salud, mediante comportamientos saludables, en la que se aplican conocimientos y técnicas conductuales y científicas (Matarazzo, 1982). | Mantener la actividad física, la salud bucal, la prevención de accidentes y de riesgos, prevención de la violencia intrafamiliar, realizar consultas médicas periódicas, mantener ejercicios de actividad mental, promocionar entornos favorables para la salud, llevar una buena higiene del sueño, mantener las relaciones sociales, de ocio y diversión, y la prevención de los trastornos mentales (en específico la depresión) (IMSS, s.f) |
| Educación para la salud | Es una técnica de la promoción y atención a la salud (OMS,2019). Funciona como un protector, pero también sirve como una estrategia social y educativa para mantener y potenciar la salud destacando la corresponsabilidad de instituciones educativas, familiares, comunitarias, | Educación en la higiene del sueño, estrategias de adaptación, estrategias compensatorias, prevención de riesgos y promoción de factores protectores e inmunógenos conductuales (Montorio, et al, 2014) |

| Definición | Propuestas de intervención. |
|---|-----------------------------|
| legislativas y los medios de comunicación (Sánchez, 2018) | |

Fuente: Creación propia

3.3 Intervenciones dirigidas a personas adultas mayores

Para promover un envejecimiento positivo se recomienda que los y las adultas mayores adopten nuevos estilos de vida saludables (como la actividad física), desarrollen su autoeficacia, que aumenten su optimismo, mantengan el funcionamiento cognitivo y autonomía, que cuenten con redes de apoyo, adquieran hábitos saludables (ajustados y realistas a su contexto y edad), mantengan y realicen actividades sociales, además de desarrollar un buen control emocional (Montorio, et al. 2014). Para ello y tomando en consideración la información anterior, se seleccionaron algunas técnicas conductuales, cognitivas y de psicología positiva, se eligieron técnicas sugeridas de investigaciones previas (Salazar & Rodríguez, 2018; Jiménez, Izal & Montario, 2016) y que según sus características cumplieran con los objetivos de la intervención y las metas definidas en el Mapa de Alcance de Metas utilizado en esta intervención (ver figura 6). Dichas actividades se describen en los apartados siguientes.

3.3.1 Técnicas conductuales

Se propone el uso de técnicas conductuales bajo los principios de aprendizaje para la modificación de los hábitos de salud de las personas (Amigo, 2012). Desde la Terapia Conductual se considera que la causa de depresión en adultos y adultas mayores es porque se enfocan en la situación en la que están, es decir el contexto, y no en lo que ellos y ellas pueden hacer para esa situación. Es por esto que las técnicas desarrolladas se enfocan en aumentar las actividades placenteras y disminuir las desagradables para que pueda darle otro significado a su vida y las adapte a su nuevo estilo de vida. Para esto es importante que el

terapeuta conozca aquellas actividades que le eran agradables en el pasado y en la actualidad, aunque estas últimas sean pocas, para ello se puede utilizar entrevistas, autoinformes o autorregistros. Se pueden utilizar técnicas de modelamiento para que vayan realizando de forma gradual actividades que sean adaptadas a sus capacidades físicas. Todo esto se puede apoyar mediante la mejora en las habilidades sociales, para que sean capaces de expresar emociones positivas, mostrar empatía con otras personas o mantener relaciones interpersonales (Aymerich & Mora, 2012). Las técnicas que se utilizaron fue el autorrefuerzo y el entrenamiento en habilidades socioemocionales.

Autorreforzamiento

Según Kazdin (1996), el reforzamiento consiste en presentar o quitar un estímulo o evento después de una respuesta. Ayuda para incrementar la frecuencia de la respuesta esperada. El reforzador debe ser contingente a la respuesta. Para este autor existen dos tipos de reforzador, los reforzadores positivos (se presentan o se dan después de la respuesta), y los reforzadores negativos (se retiran o se quitan después de la respuesta).

En la teoría del aprendizaje social propuesta por Bandura se distinguen cuatro tipos de reforzamiento: extrínseco, intrínseco, vicario y autogenerado. A este último es el que se conoce como autorreforzamiento y se basa en la premisa de que las personas tienen capacidades autorreguladoras en sus pensamientos, sentimientos y conductas que les permiten autocompensarse o autocastigarse. Para que el autorreforzamiento funcione es necesaria la motivación, para lograr cada persona establece su propia norma mediante el aprendizaje, la enseñanza o el ejemplo, además normalmente se acompañan de recompensas sociales. Un ejemplo de norma es sentirse bien con haber corrido una milla en un periodo de cinco minutos, mientras que para otra persona puede ser un tiempo excesivo (Engler, 1996).

Entrenamiento en habilidades socioemocionales

El uso de habilidades socioemocionales permite expresar las ideas y resolver conflictos sin violencia y de manera asertiva, además de reconocer, manejar y compartir las emociones, ayuda a mantener relaciones positivas y promueve el autocuidado emocional y el de las demás personas. Dentro del proceso de aprendizaje socioemocional se encuentran tres dimensiones: 1) usar las emociones en el logro de objetivos, 2) usar las emociones para generar y mantener relaciones positivas, y 3) usar las emociones para tomar decisiones conscientes y responsables (Construye-T, s.f).

Para lograr los objetivos que propone la técnica se utilizaron diferentes estrategias o actividades basadas en la psicología positiva (ver tema 3.3.3 Técnicas de Psicología Positiva, tabla 3) propuestas por Tarragona (2015) y Niemic (2019a).

3.3.2 Técnicas cognitivas

Una de las premisas de la Terapia Cognitiva en personas con depresión, es que los esquemas cognitivos les predisponen a interpretar las situaciones de manera negativa, a esto se le llama distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos, son reflejados en la conducta de las personas especialmente en el aislamiento y un humor bajo. Por lo tanto, a diferencia de la terapia conductual, lo importante es cambiar los pensamientos desadaptativos, a sus percepciones y cómo interpretan su realidad para poder generar otras cogniciones más adaptativas (Aymerich & Mora, 2012).

Identificación de pensamientos automáticos

Son cogniciones superficiales y fugaces, se aparecen en el pensamiento accesible y que no son consciente. Se les dice “automáticos” por qué son “sin pensar”, por eso se debe entrenar a la persona en identificarlos, puede ser mediante autorregistros escritos. Se compone de experiencias pasadas y presentes. Se busca que las personas puedan separar los pensamientos desmotivadores y que generan estados de ánimo negativos (Caballo, 1998). Para poder identificarlos se utilizan diferentes técnicas como la flecha descendente. Algunos de los pensamientos

automáticos más conocidos son: inferencia arbitraria, sobregeneralización, exageración, minimización, abstracción selectiva o filtro mental, razonamiento dicotómico, personalización, razonamiento emocional e imperativos categóricos (Bados & García, 2010).

Reestructuración cognitiva

Es un conjunto de técnicas cognitivas que pretende modificar las creencias o los pensamientos que se interpretan como desadaptativos de manera conductual, física o emocional. Primero se identifican los pensamientos, se brinda información y psicoeducación, finalmente se crean pensamientos racionales alternativos para poder aplicarlos en su vida diaria (Caballo, 1998). Una de las bases teóricas de la reestructuración cognitiva es la teoría A-B-C de Ellis (citado en Pérez, Rodríguez & Vargas, 2007), donde “A” se refiere a los antecedentes, “B” son los pensamientos y “C” las emociones y conductas negativas.

Detención del pensamiento

El objetivo de esta técnica de parar los pensamientos automáticos que suelen ser negativos, se encuentra dentro de las técnicas de autocontrol y busca detener los patrones de cogniciones de manera que también detenga las consecuencias (Caballo, 1998).

3.3.3 Técnicas de Psicología Positiva

Las intervenciones basadas en la psicología positiva tienen como fin mejorar la calidad de vida, darle sentido y compromiso a la vida (Bohlmeijer, et al., 2017). A continuación, se describen las técnicas usadas durante la intervención.

El mejor self posible

Se ha estudiado su efectividad en el incremento de emociones positivas como felicidad y el optimismo, además de aumentar habilidades de afrontamiento y crear nuevas expectativas sobre el futuro. Su objetivo es crear un futuro positivo y significativo, que a su vez incluya a las fortalezas de carácter para poder empoderar a la persona en sus nuevas metas. El primer paso es seleccionar un periodo de

tiempo (6 meses, un año, cinco años) e imaginar el mejor self posible que podría llegar a ser, que le haga sentir bien y le resulte agradable, es importante que imagine incluso pequeños detalles para que pueda imaginar algo grande y que no deje de ser realista. Después, escriba todo aquello que imaginó, hágalo de manera lógica, así evitará tener pensamientos fragmentados o ideas difusas. Al terminar pregunte ¿Qué fortalezas de carácter podría utilizar para llegar a ese self?, redacte la forma en que llegará a ese self, con objetivos específicos y un plan de acción para lograrlo. Le puede dar diferentes enfoques a su self, es decir, no solo para el trabajo o la escuela, puede ser el mejor self posible en una relación, es importante que cada persona le de esa especificidad para que sea productivo (Niemic, 2019).

Resumen de vida

Fue desarrollada por Schueller (citado en Niemic, 2019), permite a las personas recordar los sucesos de su pasado con gratitud y construir una nueva perspectiva de vida mediante la creación de nuevos objetivos o propósitos, además esta técnica ayuda a disminuir los síntomas de depresión. Consiste en hacer que las personas realicen una reflexión sobre su vida, analizando su pasado y lo que podrían hacer en el futuro. Se le pide a la persona que escriba una carta para sus nietos o bisnietos, en donde se incluya la historia de su vida y cómo le gustaría ser recordado o recordada. Después se pregunta qué fortalezas de carácter encuentra en su historia y cuál o cuáles le faltan para que el resumen sea una realidad. Por último, la persona deberá planear los cambios que sean necesarios para desarrollar las fortalezas necesarias y hacer las cosas por las que quiera que se le recuerde. Esto también ayuda a la generatividad mediante el discurso escrito (Niemic, 2019).

Intenciones de implementación

Diferentes investigadores (Gollwitzer & Oettingen, 2013; Hudson & Fraley, 2015; Dalton & Spiller, 2012 citados en Niemic, 2019) han demostrado la eficacia de esta técnica para crear nuevos hábitos en las personas ya que mejora el autocontrol para tomar acción. Consiste en dos componentes “si” (algo que pudiera interponerse en el camino a la meta) y “entonces” (la respuesta al obstáculo). Su objetivo es incrementar el alcance de metas y mantenimiento para lograrlas

mediante la solución de problemas, además ayuda a adoptar conductas saludables y desarrollar fortalezas. Primero se debe detallar el objetivo, de manera clara y que incluya un cuándo, dónde y cómo llegará a la meta, después imagine los posibles obstáculos que se le presenten y también las oportunidades para lograr su objetivo. Ahora ponga el “si”, puede ser algo subjetivo como una emoción o un objeto o personas, y luego el “entonces” es lo que hará con el “si”. Por ejemplo, para un obstáculo “Si siento nervios antes de mi examen, entonces me recordaré que soy capaz de realizarlo”, o para una oportunidad “Si veo que hay una vacante en una empresa, entonces enviaré mi curriculum” (Niemic, 2019).

Cómo se mencionó en el apartado 3.3.1 Técnicas conductuales, durante la presente intervención se enseñaron técnicas basadas en la psicología positiva con el propósito de mejorar e incrementar las habilidades socioemocionales. Dichas técnicas y sus objetivos se muestran en la tabla 3.

Tabla 3.

Técnicas de Psicología Positiva utilizadas para el desarrollo de habilidades socioemocionales

| Técnica | Objetivo |
|---|--|
| La pausa mindful (Niemic, 2019a) | Interrumpir el estrés o la preocupación, darse cuenta y tomar consciencia del momento presente (el aquí y el ahora). |
| Pide un deseo (Tarragona, 2015) | Identificar las emociones positivas en la cotidianidad, específicamente aquellas que les gustaría experimentar con más frecuencia. |
| El regalo del tiempo (Niemic, 2019a) | Mantener las relaciones positivas que se tienen, además de fortalecerlas y practicar la inteligencia social. |
| Carta o visita de gratitud (Niemic, 2019a) | Potenciar la gratitud, mantener las relaciones positivas y reconocer lo que otras personas han contribuido en nuestras vidas. |

| | |
|---|--|
| Tres cosas buenas o graciosas (Niemic, 2019a) | Incrementar las fortalezas de humor y gratitud, mantener relaciones positivas. Observar la vida con más detalles y matices. |
| Escribe una lista (Tarragona, 2015) | Identificar todas aquellas cosas, momentos, personas, logros u objetos que le dan sentido a la vida. |
| Abre las puertas de sus fortalezas de carácter (Niemic, 2019a) | Incrementar la fortaleza de esperanza, superar los problemas u obstáculos, y desarrollar nuevas perspectivas. |
| Esperanza por sus metas (Niemic, 2019a) | Incrementar la fortaleza de esperanza. Desarrollar y alcanzar nuevos objetivos y metas. |
| Viaje mental positivo en el tiempo (Niemic, 2019a) | Incrementar la fortaleza de perspectiva. Potenciar las emociones positivas y la esperanza. |
| Involucrarse con la belleza (Niemic, 2019a) | Incrementar la fortaleza de apreciación de la belleza y la excelencia, aumentar el sentido de pertenencia al mundo y la sociedad que le rodea. |

Fuente: Creación propia

Método General

Justificación

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), se estima que para el año 2050 el número de personas adultas mayores será de 2000 millones, a comparación del año 2000 donde el número de habitantes de este grupo etario eran 605 millones, es decir, que el aumento será de un 11% a un 22% aproximadamente. Aunque el tiempo para que el cambio poblacional sea notable será diferente en cada país.

En 2015, en México se registró que, por cada 100 niñas, niños o adolescentes, el porcentaje de personas adultas mayores era de 38% (INEGI, 2019), esto quiere decir que había 12.4 millones de personas adultas mayores y se estima que para el 2030 la población sea de más de 20 millones. Es por esto que ahora representa una prioridad prevenir las enfermedades más comunes en personas mayores (diabetes, hipertensión, neumonía, depresión, entre otras), de manera que tengan una mejor calidad de vida y se le brinde mejor atención a su salud en las diferentes áreas. Ya que, de no ser así, se podría poner en riesgo el sistema de salud federal, por el decremento en las tasas de natalidad y la muerte prematura de jóvenes (Rivera, Rodríguez, & Treviño, 2018).

Es por esto que esta investigación plantea una propuesta de intervención con enfoque de derechos humanos, en promoción y mantenimiento de la salud mediante el envejecimiento positivo, para mejorar la percepción de la calidad de vida de las personas adultas mayores que llevan un envejecimiento activo, por lo que serán directamente beneficiadas por el taller, de manera que, si su utilidad es comprobada clínica y estadísticamente, se espera que pueda ser implementado en diferentes servicios de salud.

Los resultados de la investigación ayudarán a contribuir en el campo de la psicología positiva y preventiva, y áreas como la psicología de la salud, la geriatría y gerontología, mediante nuevas herramientas que permitan conocer a la población y así garantizar una mejor calidad en los servicios de salud que se ofrecen.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la eficacia de una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo?

Objetivo general:

Conocer la eficacia de una Intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Objetivos específicos:

- Desarrollar una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, validada por jueces expertos.
- Implementar una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Para el desarrollo de los objetivos específicos la investigación se dividió en dos fases que se explican en la siguiente figura.

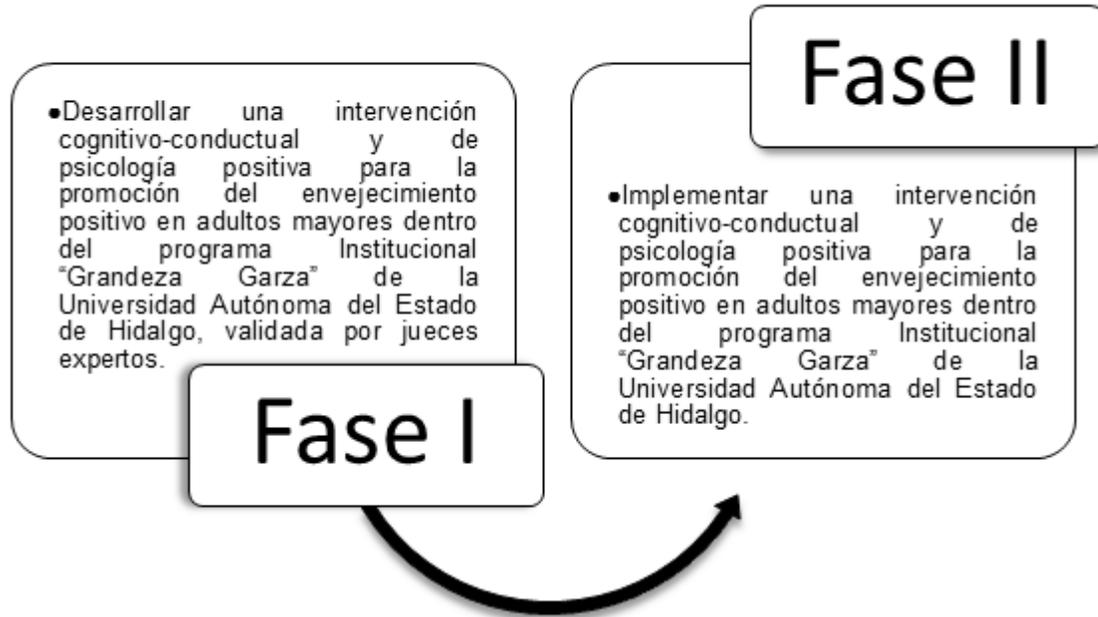


Figura 3. Fases de la investigación.

Método Fase I

Pregunta de investigación

¿Es posible desarrollar una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, validada por jueces expertos?

Objetivo general:

Desarrollar una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, validada por jueces expertos.

Objetivos específicos:

- Diseñar una Intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, validada por jueces expertos.
- Desarrollar un diario de autorregistro para medir las conductas blanco.
- Crear el material psicoeducativo de uso clínico para la intervención.
- Validar por jueces expertos una Intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
- Capacitar a las y los participantes como instructores o personal de apoyo de la intervención.

Tipo de estudio

Descriptivo

Variables

En la tabla 4 se describen de manera operacional y conceptual las variables.

Tabla 4.

Definición de las variables

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional |
|--|--|--|
| Intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Conjunto de técnicas basadas en la teoría cognitivo - conductual y la psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Técnicas seleccionadas para la intervención (Reestructuración cognitiva, El mejor self posible, Autorreforzamiento, Entrenamiento en habilidades socioemocionales, Resumen de vida, Intenciones de implementación y Psicoeducación). |
| Validación por jueces | Es la opinión que brindan expertos reconocidos en el tema, respecto a sus observaciones se otorga información, evidencia, juicios o valoraciones (Escobar & Cuervo, 2008) | Información obtenida mediante la retroalimentación libre centrada en la tarea que da información respecto a los logros, aciertos o errores de la misma, Es brindada por las y el juez experto (Canabal & Margalef, 2017). |

Participantes

Expertos en el área de psicología positiva y gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Muestra

Estuvo conformada por tres expertos (2 mujeres y 1 hombre), en el área de Psicología Positiva y Gerontología pertenecientes a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Se pidió la retroalimentación libre centrada en la tarea, de una Doctora en Psicología de la Salud y Especialista en Psicología Positiva (miembro del International Positive Psychology Association (IPPA) (Juez 1), una Licenciada en Gerontología (responsable del programa Institucional “Grandeza Garza”) y Maestra en Gobierno y Gestión Local. (juez 2), y un Licenciado en Gerontología (Juez 3), como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5

Características de las y el juez

| Jueces | Nivel de estudios | Años de experiencia y práctica clínica |
|----------------|---|--|
| Juez 1. | Doctora en Psicología de la Salud y Especialista en Psicología Positiva | 20 años de experiencia clínica y práctica. |
| Juez 2 | Licenciada en Gerontología y Maestra en Gobierno y Gestión Local. | 4 años de experiencia práctica y 3 años de experiencia clínica |
| Juez 3 | Licenciado en Gerontología | 1 año 6 meses de experiencia práctica y 1 año de experiencia clínica |

Tipo de muestreo

No probabilístico y por conveniencia, ya que se escogieron a las y el experto por su perfil y práctica profesional.

Criterios de inclusión

- Contar con experiencia en el campo de la Psicología Positiva
- Contar con experiencia en el campo de la Gerontología
- Aceptar voluntariamente participar en el jueceo

Criterios de exclusión

- No contar con experiencia en el campo de la psicología positiva
- No contar con experiencia en el campo de la gerontología
- No aceptar voluntariamente participar en el jueceo

Criterios de eliminación

- No brindar su retroalimentación libre sobre la intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Instrumentos

Retroalimentación libre centrada en la tarea: da información respecto a los logros, aciertos o errores de la misma. Es la primera de cuatro tipos de retroalimentación propuestas por Hattie y Tiempperly (centrada en tarea, centrada en el proceso de tarea, centrada en la autorregulación y centrada en la propia persona) (citado en Canabal & Margalef, 2017). Es brindada por las y el juez experto considerando los indicadores de metas y objetivos, técnicas e instrumentos y resultados esperados.

Procedimiento

Se hizo una revisión teórica para desarrollar las metas de la intervención (ver resultados Fase I), para identificar las técnicas cognitivo-conductuales o de Psicología Positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Posteriormente se presentó una primera

propuesta que fue aceptada por la juez 1 y que se presentó al juez 3. Con base en sus recomendaciones se modificó y se presentó una última propuesta que fue aceptada por la gerontóloga, encargada del programa institucional “Grandeza Garza” (juez 2).

Con la información recopilada tanto teórica como de las aportaciones de los jueces se concluyó la formulación de Caso Clínico acorde a lo propuesto por Nezu, Nezu y Lombardo (2006), con lo que se elaboró el Mapa Clínico de Patogénesis y el Mapa de Alcance de Metas para realizar el diseño de la intervención considerando las observaciones y recomendaciones de las y el experto. Dadas las características del Programa Institucional “Grandeza Garza” de la UAEH la propuesta de intervención consideró su misión y visión, por lo que siguió un enfoque en derechos humanos

Por último, se capacitó a un psicólogo, una gerontóloga y una gastronoma que se encontraban desarrollando su servicio social en el Programa Institucional mencionado, razón por la cual participaron como instructores o apoyo durante la intervención.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

Criterios éticos

Para el desarrollo de esta investigación se tomaron en cuenta los siguientes criterios éticos:

- Apego al código ético del psicólogo
- Confidencialidad de los datos personales
- Aceptación voluntaria para participar en el jueceo

Resultados Fase I

Formulación de caso clínico

Tras la revisión teórica realizada como parte del marco teórico se formuló el siguiente mapa clínico de patogénesis (figura 4), el cual según Nezu, Nezu y Lombardo (2006), es una herramienta pictográfica que permite formular variables clínicas hipotéticas respecto al mantenimiento y surgimiento de las dificultades, además de las relaciones funcionales entre las variables, de esta manera se puede diseñar un plan de tratamiento adecuado y realizar el análisis funcional de la conducta, fundamental en las intervenciones basadas en evidencia desde el enfoque de la teoría cognitivo-conductual (TCC).

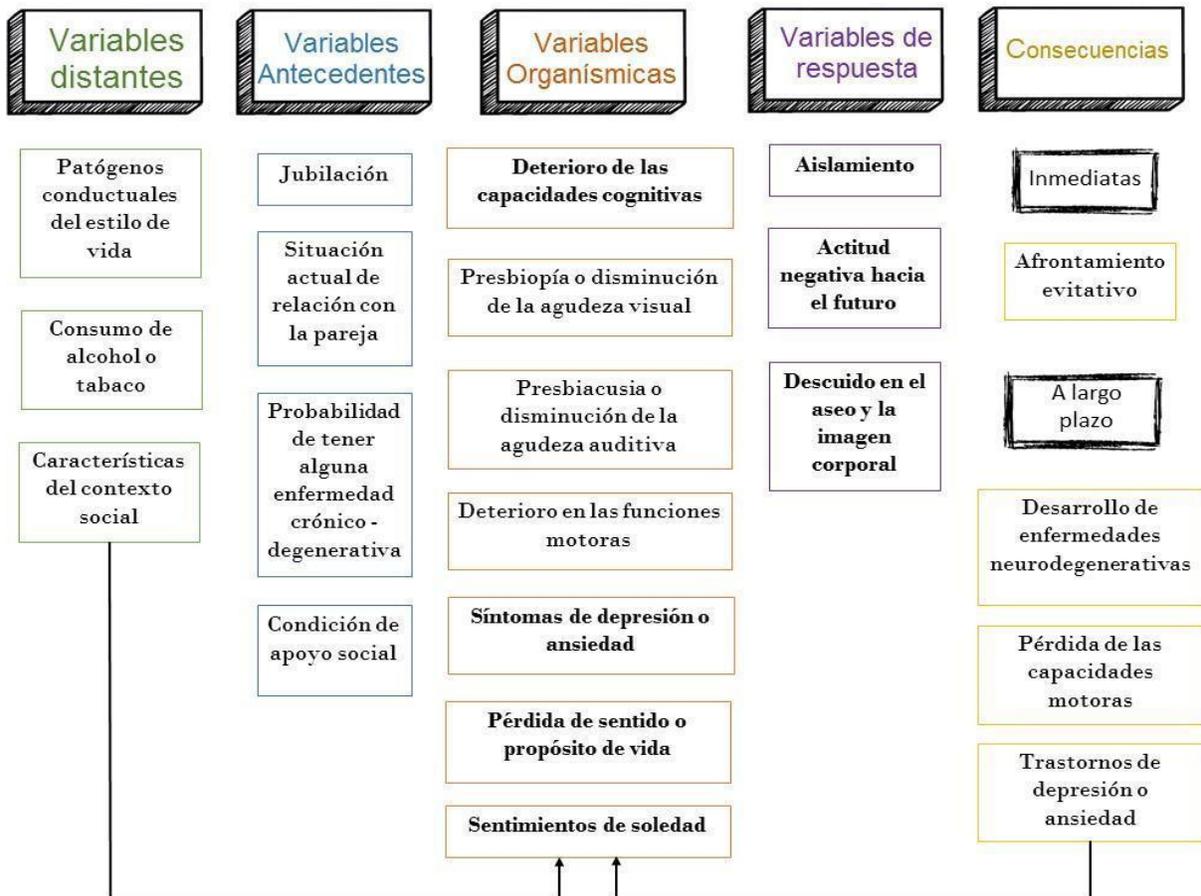


Figura 4. Mapa Clínico de Patogénesis

Utilizando la misma estructura del MCP se realizó un mapa clínico de fortalezas (figura 5), con el fin de identificar los inmunógenos conductuales que ayudan a la promoción y el mantenimiento de la salud y la calidad de vida (Valencia & Ruíz, 2013). El mapa se construyó a partir de la información recopilada en la revisión teórica.

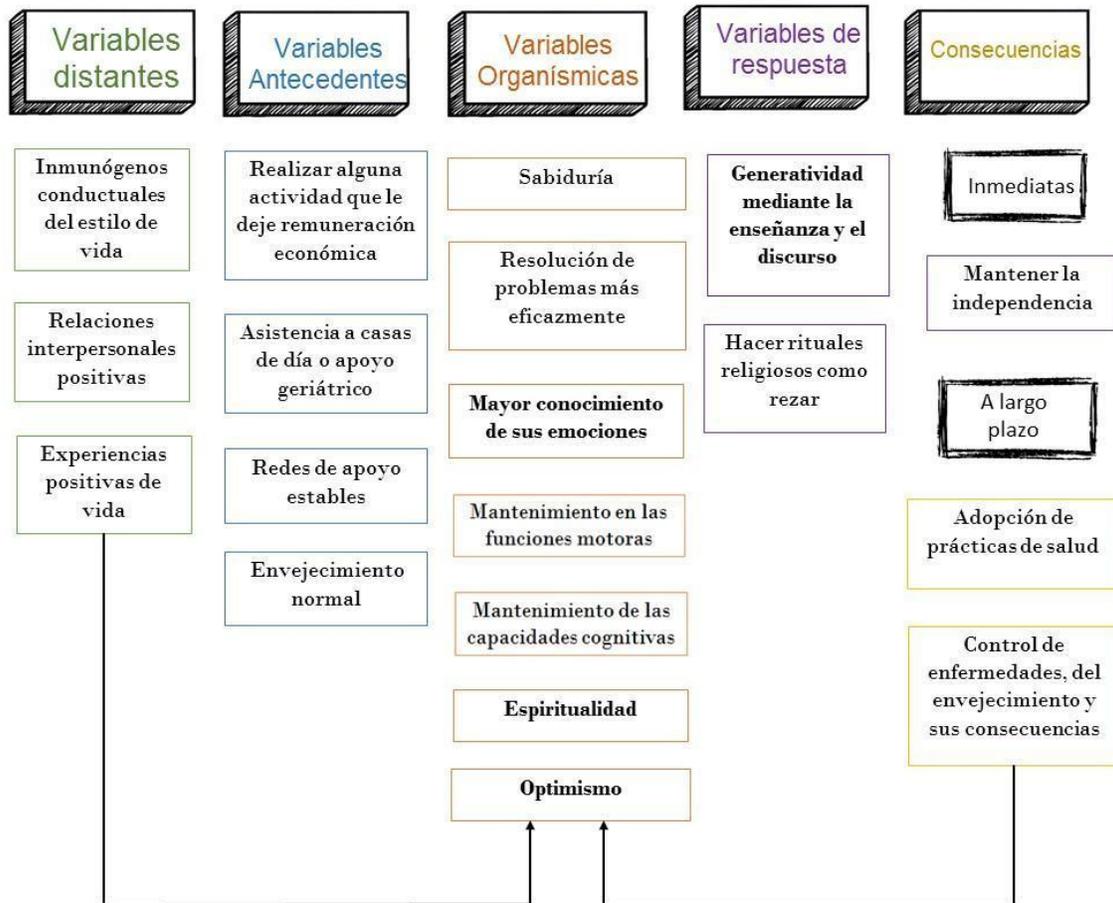


Figura 5. Mapa Clínico de Fortalezas

Para el desarrollo de la intervención se utilizó el mapa de alcance de metas, el cual permite entender de manera gráfica hacia donde se pretende llegar con el tratamiento, es decir, plantea los objetivos y las metas de resultados finales. Además, con el MAM se identifican las posibles estrategias de intervención en función de los objetivos y las metas (Nezu, et al. 2006).

Tomando en cuenta la revisión teórica y las recomendaciones y observaciones de las y el juez, se construyó el MAM (ver figura 6) que se utilizó para esta investigación.

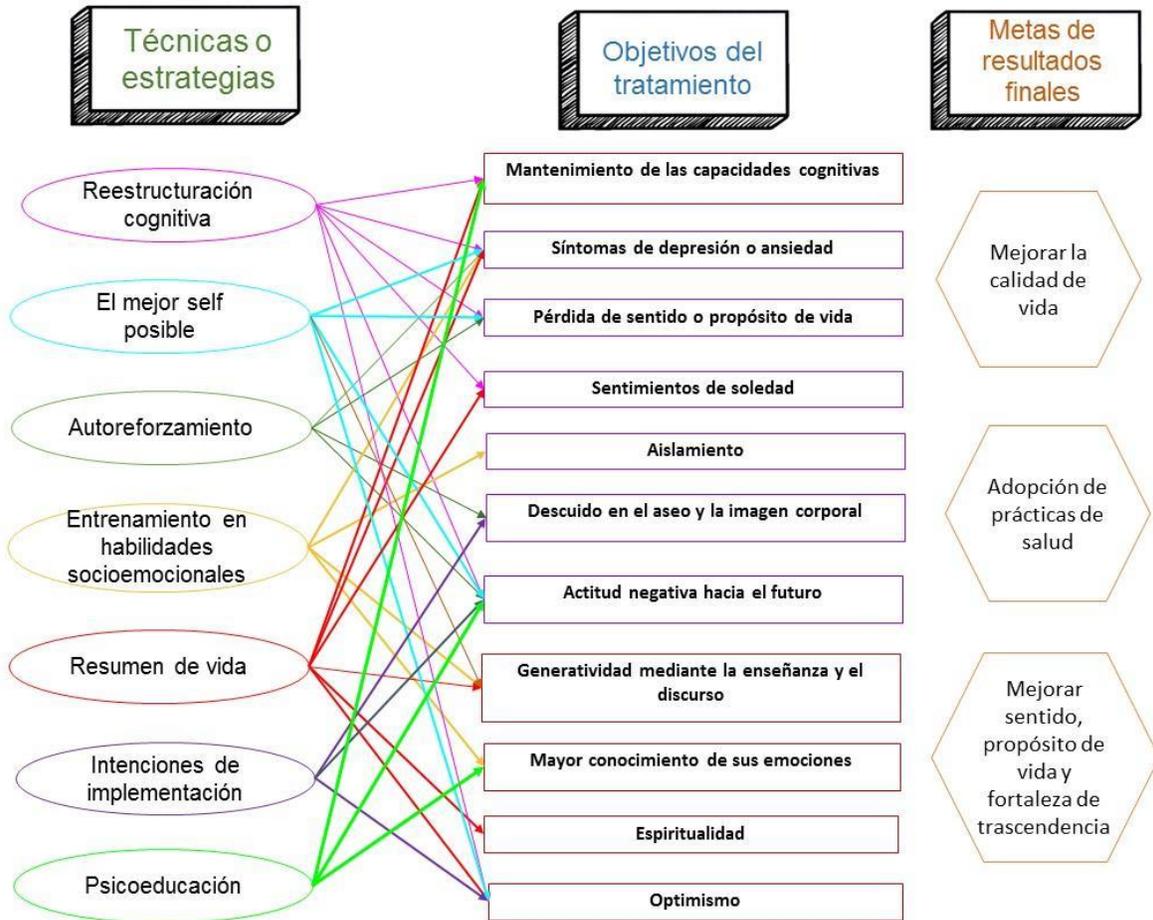


Figura 6. Mapa de Alcance de Metas

Desarrollo de la intervención

Para diseñar la intervención se tomaron como base las técnicas identificadas en el Mapa de Alcance de Metas (figura 6), que dieron como resultado una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza”, de ocho sesiones de dos horas cada una, además de una ceremonia de clausura por parte del programa. La intervención se adaptó dentro del Programa Institucional como un taller de autocuidado con el nombre “Engrandeciendo mi Esperanza”.

En la tabla 6 se describe el objetivo de cada sesión y la estrategia o técnica utilizadas.

Tabla 6.

Objetivo por Sesión de la Intervención

| Sesión | Estrategia | Objetivo |
|-----------------|----------------------------|---|
| Sesión 1 | Integración | Integrar al grupo en el curso y romper el hielo. Evaluar a cada participante mediante la batería de pruebas psicométricas. |
| Sesión 2 | Resumen de vida | Recordar los sucesos de su pasado con gratitud y construir una nueva perspectiva de vida mediante la creación de nuevos objetivos o propósitos. |
| Sesión 3 | Reestructuración Cognitiva | Identificar y cuestionar los pensamientos automáticos que son desadaptativos para sustituirlos por otros que eliminen o reduzcan las emociones negativas o la respuesta conductual. |
| Sesión 4 | El Mejor Self Posible | Crear un futuro positivo y significativo, que a su vez incluya a las fortalezas de carácter, |

| Sesión | Estrategia | Objetivo |
|-----------------|---|---|
| | | mediante la imaginación guiada. |
| Sesión 5 | Psicoeducación “Emociones positivas” | Informar sobre las emociones, específicamente de emociones positivas, sus beneficios y regulación. |
| Sesión 6 | Habilidades socioemocionales | Expresar emociones positivas, mostrar empatía con otras personas o mantener relaciones interpersonales. Enseñar técnicas de psicología positiva para generar emociones positivas. |
| Sesión 7 | Intenciones de implementación y autorrefuerzo | Crear e incrementar el alcance de metas y mantenimiento para lograrlas mediante la solución de problemas, además ayuda a adoptar conductas saludables y desarrollar fortalezas. |
| Sesión 8 | Cierre | Evaluar a cada participante mediante la batería de pruebas psicométricas para identificar si hay algún cambio significativo en sus resultados. Hacer el cierre de despedida del curso. |

Desarrollo de materiales de uso clínico

Como parte del desarrollo de la intervención se diseñaron diferentes materiales de uso clínico, entre ellos se creó un diario de autorregistro (anexo 7) con el objetivo de medir conductas blanco y reforzar las técnicas y ejercicios vistos durante las sesiones. Las conductas blanco fueron: gratitud y habilidades socioemocionales. Por último, se añadió un recuadro para registrar los cambios emocionales, cognitivos o conductuales de las y los participantes durante el taller.

La primera sesión tuvo por objetivo Integrar al grupo en el curso y romper el hielo, y evaluar a cada participante mediante la batería de pruebas psicométricas. Para ello se ocupó un consentimiento informado, una batería de pruebas psicométricas, un diario de autorregistro, y una ficha de seguimiento para cada participante. Además de una computadora, un proyector y un equipo de audio para proyectar las diapositivas introductorias.

En la segunda sesión se utilizó un diario de autorregistro y una ficha de seguimiento de cada participante. El objetivo de esta sesión fue recordar los sucesos de su pasado con gratitud y construir una nueva perspectiva de vida mediante la creación de nuevos objetivos o propósitos. Durante el desarrollo de la actividad se ocuparon hojas blancas y lapiceros para cada participante para que escribieran su propio resumen de vida, mismo que posteriormente fue compartido con el resto del grupo.

El objetivo de la tercera sesión fue identificar y cuestionar los pensamientos automáticos que son desadaptativos para sustituirlos por otros que eliminen o reduzcan las emociones negativas o la respuesta conductual. Se utilizó un mapa conceptual para explicar las principales distorsiones cognitivas, seguidas de un dibujo para ilustrar el cambio de pensamientos “calientes” a pensamientos “fríos”. Además de mantener el diario de autorregistro y la ficha de seguimiento por cada participante.

En la cuarta sesión se utilizó una hoja de ejercicio llamada “El mejor self posible”, en dónde las y los participantes narraban y contestaban algunas preguntas

relacionadas con proyectos y metas a futuro, esto para lograr el objetivo de crear un futuro positivo y significativo, que a su vez incluya a las fortalezas de carácter, mediante la imaginación guiada. Se utilizó el diario de autorregistro y la ficha de seguimiento por cada participante.

En la sesión cinco se utilizaron diapositivas con información general acerca de las emociones y en específico de las emociones positivas, dicha presentación fue compartida por medio de tres computadores y teléfonos celulares. Se continuó con el trabajo en el diario de autorregistro y la ficha de seguimiento por participante. El objetivo de esta sesión fue informar sobre las emociones, específicamente de emociones positivas, sus beneficios y regulación.

El objetivo de la sesión seis fue que las y los participantes aprendieran a expresar emociones positivas, mostrar empatía con otras personas o mantener relaciones interpersonales, y enseñarles técnicas de psicología positiva para generar emociones positivas. Para lograr dichos objetivos se utilizaron una serie de cartulinas que contenían información de técnicas seleccionadas para generar emociones positivas. Se utilizó el diario de autorregistro y la ficha de seguimiento de cada participante.

En la sesión siete se trabajó con las intenciones de implementación con la ayuda del diario de autorregistro y el plan de acción, de manera que se cumpliera el objetivo de crear e incrementar el alcance de metas y mantenimiento para lograrlas mediante la solución de problemas, además ayuda a adoptar conductas saludables y desarrollar fortalezas. También se utilizó la ficha de seguimiento por cada participante.

En la última sesión se psicoeducó en derechos humanos, específicamente en la Ley de Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, con dicha actividad se realizó el cierre del taller y se contestaron nuevamente los instrumentos psicométricos utilizados en la sesión uno. Se llevó el último registro de su ficha de seguimiento y se solicitó a las y los participantes sus diarios de autorregistro.

A manera de resumen de los materiales psicoeducativos de uso clínico mencionados en cada sesión, en la tabla 7 se muestran dichos materiales utilizados para la intervención.

Tabla 7

Materiales Psicoeducativos de Uso Clínico

| Sesión | Estrategia | Material Psicoeducativo de Uso Clínico |
|-----------------|--------------------------------------|---|
| Sesión 1 | Integración | Consentimiento informado (Anexo 1) Pruebas psicométricas (Anexos 2, 3, 4 y 5) Diapositivas “Engrandeciendo mi esperanza” (Anexo 6) Diario de autorregistro (Anexo 7) Ficha de seguimiento (Anexo 8) |
| Sesión 2 | Resumen de vida | Diario de autorregistro (Anexo 7) Ficha de seguimiento (Anexo 8) |
| Sesión 3 | Reestructuración Cognitiva | Principales distorsiones (Anexo 9) Diario de autorregistro (Anexo 7) Ficha de seguimiento (Anexo 8) |
| Sesión 4 | El Mejor Self Posible | El Mejor Self (Anexo 10) Diario de autorregistro (Anexo 7) Ficha de seguimiento (Anexo 8) |
| Sesión 5 | Psicoeducación “Emociones positivas” | Diapositivas “Emociones Positivas” (Anexo 11) Diario de autorregistro (Anexo 7) Ficha de seguimiento (Anexo 8) |
| Sesión 6 | Habilidades socioemocionales | Diapositivas y Cartulinas de “Técnicas de Emociones Positivas” (Anexo 12 y 13) Diario de autorregistro (Anexo 7) Ficha de seguimiento (Anexo 8) |

| Sesión | Estrategia | Material Psicoeducativo de Uso Clínico |
|-----------------|--|--|
| Sesión 7 | Intenciones de implementación y autorrefuerzo | Plan de Acción (Anexo 14) Intenciones (Anexo 15) Diario de autorregistro (Anexo 7) Ficha de seguimiento (Anexo 8) |
| Sesión 8 | Cierre y Psicoeducación “Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores” | Pruebas psicométricas (Anexos 2, 3, 4 y 5) Ley General de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores (Anexo 16) Diario de autorregistro (Anexo 7) Ficha de seguimiento (Anexo 8) Reconocimientos (Anexo 17) Resumen de temas (Anexo 18) |

Validación por jueces

Con el objetivo de validar por jueces expertos la intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, los resultados de la retroalimentación libre centrada en la tarea se complementaron con los indicadores propuestos, los cuales son: las metas y objetivos, técnicas e instrumentos y los resultados esperados. Dichos indicadores y la retroalimentación libre centrada en la tarea de las y el juez se describen en la tabla 8.

Tabla 8

Indicadores y retroalimentación de las y el juez.

| Jueces | Metas y objetivos | Técnicas e instrumentos | Resultados esperados |
|----------------|---|--|--|
| Juez 1 | Después de la revisión teórica y la construcción de las herramientas pictográficas (figuras 2, 3 y 4). se concluyó que las metas y objetivos eran adecuados para la intervención. | Al término de la revisión de la literatura en y la práctica clínica de la juez en Psicología, se concluyó que las técnicas cognitivo - conductuales y de psicología positiva seleccionadas eran adecuadas para alcanzar las metas y los objetivos. | Se concluyó que las metas y objetivos terapéuticos (figura 4) propuestos se relacionaban con los objetivos de la investigación. Además, se consideró adecuado el beneficio que recibirían las y los participantes. |
| Juez 2. | Al ser la coordinadora del Programa Institucional | Con base en la práctica clínica de la juez se consideró que se necesitaría el apoyo de | Al considerar la visión y misión del Programa Institucional, se |

| Jueces | Metas y objetivos | Técnicas e instrumentos | Resultados esperados |
|----------------|--|--|---|
| | <p>“Grandeza Garza” se desarrollaron las metas y objetivos en concordancia con los establecidos por el programa, por lo que se concluyó estar de acuerdo con los mismos.</p> | <p>otra psicóloga durante la realización de una técnica ya que podría tener un impacto físico y emocional en las y los participantes, de manera que después de realizar los cambios necesarios se aprobaron las técnicas e instrumentos.</p> | <p>concluyó que los resultados esperados eran adecuados, no solo para la intervención, sino que ayudarían a las y los participantes del mismo. Además de agregar el enfoque en derechos humanos.</p> |
| Juez 3. | <p>Tomando en cuenta la opinión de un experto en el tema de envejecimiento y considerando las necesidades del grupo etario al que va dirigida la intervención, se concluyó que las metas y objetivos eran adecuados.</p> | <p>Dada la experiencia de campo con personas adultas mayores, el juez consideró descartar la técnica anteriormente señalada por la juez dos. Después de la eliminación de la misma se concluyó que las técnicas e instrumentos eran adecuados para alcanzar las metas y objetivos.</p> | <p>Con base en los dos indicadores anteriores y las características de la población se concluyó que los resultados esperados eran adecuados y que podrían traer beneficios para las y los participantes de la intervención.</p> |

Capacitación de las y el instructor y personal de apoyo.

Para la implementación de la intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, se contó con el apoyo de un pasante en Psicología de la Salud, una pasante de Gerontología y una pasante en Gastronomía, quienes realizaban su servicio social dentro del Programa Institucional “Grandeza Garza”.

La capacitación de las y el pasante se llevó a cabo en tres sesiones (ver Tabla 9) dentro de las instalaciones del Departamento de Servicio Social de la UAEH, la primera fue para los tres pasantes, mientras que la segunda fue únicamente para el psicólogo con el objetivo de enseñarle de manera particular temas referentes a la toma de signos vitales y el uso de las técnicas de manera específica, y la tercera se brindó de manera general a las y los prestadores del Programa Institucional y solicitada por el mismo, con el objetivo de que contaran con conocimientos sobre primeros auxilios psicológicos.

Tabla 9.

Objetivo por Sesión de la Capacitación

| Sesión | Tema | Objetivo | Participantes |
|-----------------|--------------------------------------|---|--|
| Sesión 1 | Taller “Engrandeciendo mi Esperanza” | Capacitar a las y el prestador de Servicio Social pertenecientes al taller de autocuidado sobre el taller “Engrandeciendo mi Esperanza” | Prestadores de Servicio Social pertenecientes al taller de autocuidado |
| Sesión 2 | Signos vitales | Capacitar al psicólogo en la toma de signos vitales y aplicación de las técnicas. | Psicólogo de la salud prestador de Servicio Social |

| Sesión | Tema | Objetivo | Participantes |
|-----------------|--------------------------------|--|--|
| Sesión 3 | Primeros Auxilios Psicológicos | Capacitar a las y los prestadores de Servicio Social del Programa Institucional “Grandeza Garza” sobre qué son y cómo se llevan a cabo los Primeros Auxilios Psicológicos. | Todas y todos los prestadores de Servicio Social del Programa Institucional “Grandeza Garza” |

A continuación, en la tabla 10 se describe el cronograma de la primera sesión de la capacitación, ya que ésta fue específica para las y el prestador asignados al taller de autocuidado.

Tabla 10.

Primera capacitación a las y el prestador de Servicio Social.

| Tema | Material | Tiempo |
|--|---|---------------|
| Introducción a la Psicología Positiva y al enfoque Cognitivo – Conductual | Diapositivas “Engrandeciendo mi esperanza” (anexo 6). | 30 min. |
| Presentación de la intervención | Objetivo por Sesión de la Intervención (Tabla 3) y Materiales de Uso Clínico (Tabla 4) | 30 min. |
| Presentación del material | Diario de autorregistro (anexo 7), ficha de seguimiento (anexo 8) y pruebas psicométricas (anexo 2, 3, 4 y 5) | 20 min. |
| Asignación de tareas | Asignación de tareas por Perfil Profesional (Tabla 8) | 20min. |

A cada prestador se le asignó una comisión durante la implementación de la intervención de acuerdo con su perfil profesional y aptitudes. Dicha información se muestra en la tabla 11.

Tabla 11.

Asignación de tareas por Perfil Profesional

| Perfil Profesional | Tarea asignada |
|--|---|
| Psicólogo de la salud | <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo en la aplicación de pruebas psicométricas - Apoyo en la implementación de las técnicas durante la intervención - Contención emocional |
| Gerontóloga | <ul style="list-style-type: none"> - Control de las fichas de seguimiento - Apoyo en la implementación de las técnicas durante la intervención - Contención emocional o malestares físicos |
| Gastrónoma | <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo administrativo - Apoyo en las técnicas de integración y recreación |
| Enfermeras y enfermeros del programa “Universitarios en Acción” | <ul style="list-style-type: none"> - Toma de signos vitales al inicio y al final - Atención a malestares físicos |

Método Fase II

Pregunta de investigación

¿Es posible implementar una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo?

Objetivo general

Implementar una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las y los participantes.
- Describir la calidad de vida, el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, virtudes/fortalezas de carácter de las y los participantes antes y después de la intervención.
- Identificar las edades en las que se presentan las medianas más altas en las variables de calidad de vida, bienestar psicológico, satisfacción con la vida y uso de las virtudes y fortalezas de carácter.
- Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre hombres y mujeres.
- Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre los grupos (experimental y de réplica).
- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones antes y después de realizar la intervención en la calidad de vida, bienestar psicológico, satisfacción con la vida y las fortalezas de carácter de la virtud de trascendencia.

- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los signos vitales de presión sistólica, presión diastólica, pulso y frecuencia respiratoria al inicio y al final de la intervención.
- Conocer si existe alguna correlación entre las variables de calidad de vida, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo y las fortalezas de carácter, en específico las correspondientes a la virtud de trascendencia, al inicio y al término de la intervención.
- Conocer si existen diferencias clínicamente significativas en las variables de gratitud, habilidades socioemocionales, cambios y signos vitales de presión sistólica, presión diastólica, pulso y frecuencia respiratoria.

Alcance de la investigación

Con base en la literatura, se emplea un estudio descriptivo y correlacional (Hernández, Fernández, & Batista, 2014), ya que, aunque el envejecimiento es un tema investigado, no se ha abordado a profundidad en nuestro país tomando como base teórica a la psicología positiva, ni se ha desarrollado una propuesta de prevención de enfermedades o sintomatología patológica y promoción de un envejecimiento positivo en México.

Diseño de la investigación

Se utiliza el diseño preexperimental de prueba/posprueba con un grupo experimental y un grupo de réplica (Hernández, Fernández, & Batista, 2014).

Variables

En la tabla 12 se definen de manera conceptual y operacional las variables dependientes, y en la tabla 13 la variable independiente.

Tabla 12.

Definición conceptual y operacional de las variables dependientes.

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional |
|---------------------------------|--|--|
| Calidad de vida | Se entiende en función de la percepción del individuo respecto a su lugar en el espacio cultural y en el sistema de valores en que vive, sus objetivos, expectativas y preocupaciones (WHO, 1996). | Cuestionario de Calidad de vida para Personas Adultas Mayores (WHOQOL – OLD) tiene 24 reactivos que evalúan seis dimensiones. Cada reactivo se mide con una escala tipo Likert (Acosta, Vales, Echeverría, Serrano, & García, 2013). |
| Bienestar psicológico | Es entendido como el juicio cognitivo resultante de la satisfacción con la vida y los afectos positivos y negativos (Barragán & Morales, 2014). | Escala de bienestar psicológico de Ryff, Cuenta con 39 ítems que evalúa seis sub escalas. Se mide con escala tipo Likert de 6 opciones de respuesta. (Medina, Gutiérrez, & Padrós, 2013) |
| Satisfacción con la vida | Según Diener (citado en Castro, 2010), incluye una autoevaluación de logros de los objetivos vitales, un marcador de aspiraciones y un juicio subjetivo acerca de la vida. | Escala de satisfacción con la vida de Diener, cuenta con cinco ítems con escala tipo Likert de 7 opciones de respuesta La puntuación se obtiene sumando el valor obtenido en cada ítem (Padrós, Gutiérrez & Medina, 2015). |

| | | |
|--|---|--|
| Fortalezas de carácter | Las fortalezas de carácter son rasgos que pueden presentarse en diferentes situaciones y que generan consecuencias positivas (Contreras & Esguerra, 2006). | Cuestionario de fortalezas de carácter (VIA), consta de 240 reactivos que evalúan las 24 fortalezas de carácter dentro de 6 virtudes. Fue creado por Dahlsgaard, Park, Peterson & Seligman (2004). |
| Signos vitales (Presión sistólica y diastólica, fx respiratoria y pulso arterial) | Son valores que permiten la cuantificación de las respuestas fisiológicas de frecuencia respiratoria, frecuencia y ritmo cardiaco, temperatura corporal, presión arterial (sistólica y diastólica), y la oximetría (Villegas, Villegas & Villegas, 2012). | Presión arterial: se mide con un monitor aneroide. Fx respiratoria: se mide observando las respiraciones por minuto de la persona. Pulso: se toma presionando levemente alguna extremidad específica del cuerpo, y contando los latidos por 15, 20 o 30 segundos (Villegas, Villegas & Villegas, 2012) |

Tabla 13.

Definición conceptual y operacional de la variable independiente

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional |
|--|--|--|
| Intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Conjunto de técnicas basadas en la teoría cognitivo - conductual y la psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Técnicas seleccionadas para la intervención (Reestructuración cognitiva, El mejor self posible, Autorreforzamiento, Entrenamiento en habilidades socioemocionales, Resumen de vida, Intenciones de implementación y Psicoeducación). |

Hipótesis estadística de correlación

Ho: No existe una correlación estadísticamente significativa entre calidad de vida, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo y las fortalezas de carácter en personas adultas mayores del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, antes y después de la intervención.

Hi: Si existe una correlación estadísticamente significativa entre calidad de vida, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo y las fortalezas de carácter en personas adultas mayores del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, antes y después de la intervención.

Hipótesis estadística de diferencia

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de calidad de vida, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo y las

fortalezas de carácter de la virtud de trascendencia en personas adultas mayores del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, antes y después de la intervención.

Hi: Si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de calidad de vida, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo y las fortalezas de carácter en personas adultas mayores del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, antes y después de la intervención.

Participantes

Personas adultas mayores (mayores de 60 años) que residan en Pachuca de Soto, Tulancingo o Mineral de la Reforma, del Estado de Hidalgo y que participen en el Programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Muestra

La muestra estuvo conformada por dos grupos para el taller “Engrandeciendo mi esperanza” del Programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El primer grupo (experimental) estuvo conformado por 13 participantes, sin embargo, no se tomaron los resultados de una participante debido a los criterios de eliminación, quedando así 12 participantes (8 mujeres y 4 hombres) con un rango de edad de 60 a 83 años. El segundo grupo (de réplica) estuvo conformado por 18 participantes, no se tomaron los resultados de seis participantes debido a los criterios de eliminación, quedando así 12 participantes (10 mujeres y 2 hombres) con un rango de edad de 60 a 78 años. En la tabla 14 se muestra la distribución de ambos grupos.

Tabla 14.

Distribución de los y las participantes por grupo, edad y sexo.

| Grupo | N | Edades | Mujeres | Hombres |
|----------------|----------|---------------|----------------|----------------|
| Grupo 1 | 12 | 60 a 83 | 8 | 4 |
| Grupo 2 | 12 | 60 a 78 | 10 | 2 |
| Total | 24 | 60 a 83 | 18 | 6 |

Tipo de muestreo

No probabilístico, por sujeto tipo (Hernández, Fernández, & Batista, 2014), puesto que las personas participantes de la investigación fueron seleccionadas por sus características específicas, las cuáles se detallaron en la convocatoria utilizada (Anexo 1).

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 60 años
- Inscripción en el taller “Engrandeciendo mi esperanza”
- Firmar el consentimiento informado
- Contestar la batería de pruebas
- Cubrir el 80% de las asistencias al taller
- Conocimientos básicos de lectura y escritura

Criterios de exclusión

- No ser mayor de 60 años
- No haber firmado el consentimiento informado o no haberse inscrito al taller
- No contar con conocimientos básicos de lectura y escritura

Criterios de eliminación

- Faltar a más de dos sesiones del taller
- No haber contestado algún instrumento

- No terminar de contestar algún instrumento

Instrumentos

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron cuatro instrumentos que integran la batería de pruebas utilizada durante la intervención:

Cuestionario de Calidad de vida para Personas Adultas Mayores (WHOQOL – OLD) validado en México por Acosta, et al (2013), con una confiabilidad del Alpha de Cronbach de .89. Este instrumento tiene 24 reactivos que evalúan las dimensiones de: capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas/presentes/futuras, participación/aislamiento, intimidad y muerte/agonía. Cada reactivo se mide con una escala tipo Likert.

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, validado con un Alpha de Cronbach del .91. Cuenta con 39 ítems que evalúa seis sub escalas: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal. Se mide con escala tipo Likert de 6 opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, a las cuales se les asigna un valor del 1 al 6, para obtener la puntuación total se deben invertir los ítems 17, 23, 15, 26 y 21 (Medina, Gutiérrez, & Padrós, 2013).

Escala de satisfacción con la vida de Diener, cuenta con cinco ítems que engloban el juicio moral de las personas respecto a su satisfacción la vida. Se mide con escala tipo Likert de 7 opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, a la cuales se les asigna un valor del 1 al 7. La puntuación se obtiene sumando el valor obtenido en cada ítem (Padrós, Gutiérrez & Medina, 2015).

Cuestionario de fortalezas de carácter (VIA), consta de 240 reactivos que evalúan las 24 fortalezas de carácter dentro de 6 virtudes: sabiduría, valor, humanidad, justicia, templanza y trascendencia. Cada reactivo tiene una escala tipo

Likert de 5 opciones de respuesta que van desde muy diferente a mí a muy parecido a mí. Fue creado por Dahlsgaard, Park, Peterson & Seligman (2004).

Procedimiento

Al finalizar la revisión teórica y la validación de la intervención por las y el juez, se diseñó una convocatoria (anexo 1) en la dirección de diseño e imagen de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), la cual se mantuvo abierta por dos semanas, después se inició el periodo de inscripción coordinado por las y los prestadores de servicio social dentro del Programa Institucional “Grandeza Garza”, el cual se realizó de forma presencial y por contacto telefónico.

Posteriormente se llevó a cabo el primer taller (grupo experimental) en las instalaciones del Instituto de Ciencias Básicas e Ingeniería con tres horarios diferentes en la semana, cada uno con una duración aproximada de dos horas por sesión. En cada sesión se les tomaban los signos vitales (presión diastólica y sistólica, pulso y frecuencia respiratoria) por enfermeras y enfermeros del programa “Grandeza Garza” y “Universitarios en Acción”, ambos pertenecientes a la misma universidad. Al término de la primera intervención se volvió a publicar la convocatoria y se realizó el segundo taller (grupo de réplica) dentro de las mismas instalaciones, con los mismos horarios y características.

Al final de cada taller la Dirección de Servicio Social, Prácticas Profesionales y Vinculación Laboral en coordinación con el Programa Institucional “Grandeza Garza”, ofreció una clausura del taller y una entrega de reconocimientos a las y los participantes, así como a las y los instructores.

Análisis de datos.

Los datos obtenidos durante la investigación fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 22. Debido a la distribución normal y el tamaño de la muestra se utilizaron las pruebas de comparación de medianas y pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney, Kruskal Wallis, Wilcoxon y correlación de Spearman. Además, para hacer el análisis estadístico de los diarios de autorregistro

y de los signos vitales se utilizó la técnica de partición de mitades (Split Middle Technique) desarrollada por Kazdin (1996).

Criterios éticos

Para el desarrollo de esta investigación se tomaron en cuenta los siguientes criterios éticos:

- Firma de consentimiento informado
- Apego al código ético del psicólogo
- Confidencialidad de los datos personales
- Aceptación voluntaria para participar en la intervención

Resultados Fase II

Análisis descriptivos de las y los participantes

Con el propósito de describir las características sociodemográficas de la muestra se realizaron análisis estadísticos descriptivos de tendencia central. Durante la intervención se contó con 24 participantes con un rango de edad de 60 a 83 años, con una media de 67.58 años, y la mediana de 67 (DE= 6.107, Rango= 37.29). En la figura 7 se muestra la frecuencia por edades de las y los participantes.

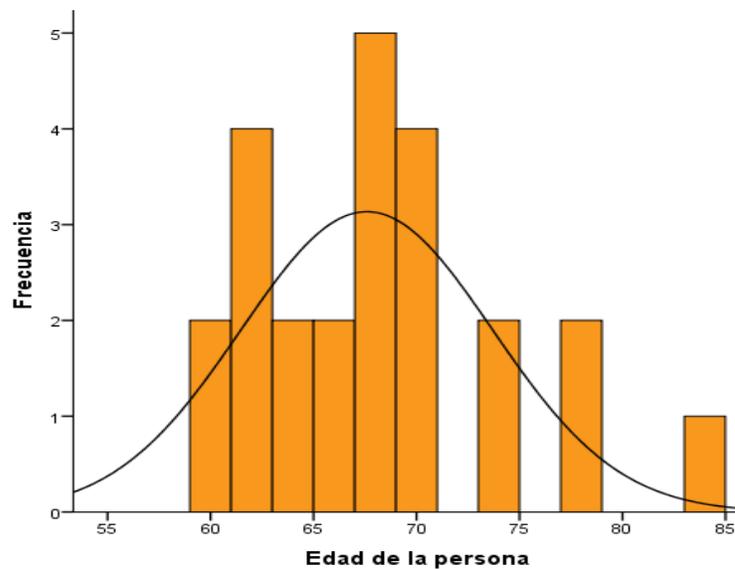


Figura 7. Frecuencias por Edad

Mediante la Ficha de Seguimiento (Anexo 9) se recopilaban los datos de: sexo, estado civil, con quién(es) vive, enfermedades, municipio, escolaridad, religión y ocupación. Esto con el objetivo de conocer más a las y los participantes y poder hacer análisis estadísticos posteriores.

En la figura 8 se muestran el número total de mujeres (n=18) y de hombres (n=6). Además de la distribución por grupos. En el grupo 1 (grupo experimental) se encuentran 8 mujeres y 4 hombres, mientras que en el grupo 2 (grupo réplica) hay 10 mujeres y 2 hombres.

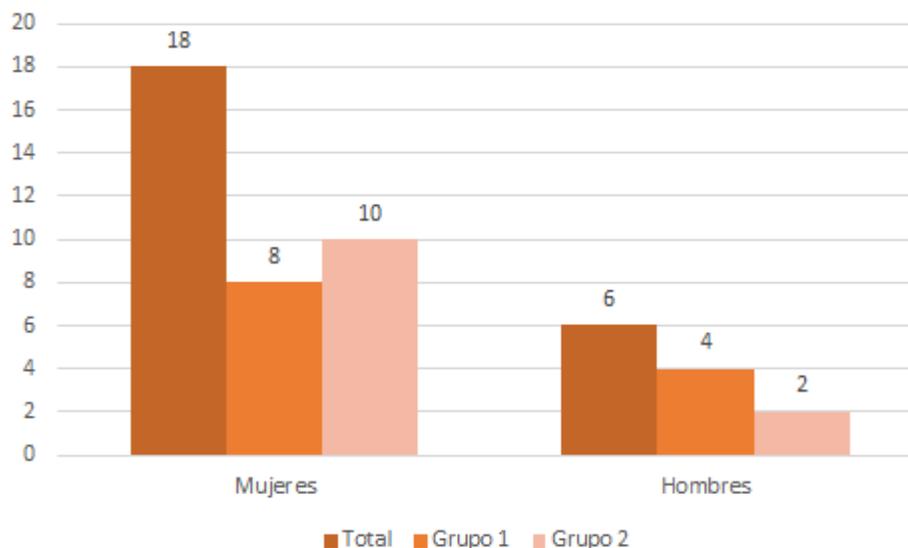


Figura 8. Frecuencias por sexo, y por grupos.

Como se puede observar en la figura 9 el número total de personas según su estado civil, se contó con la participación del 41% casadas (n=10), 21% solteras (n=5), 21% viudas (n=5) y 17% divorciadas (n=4).

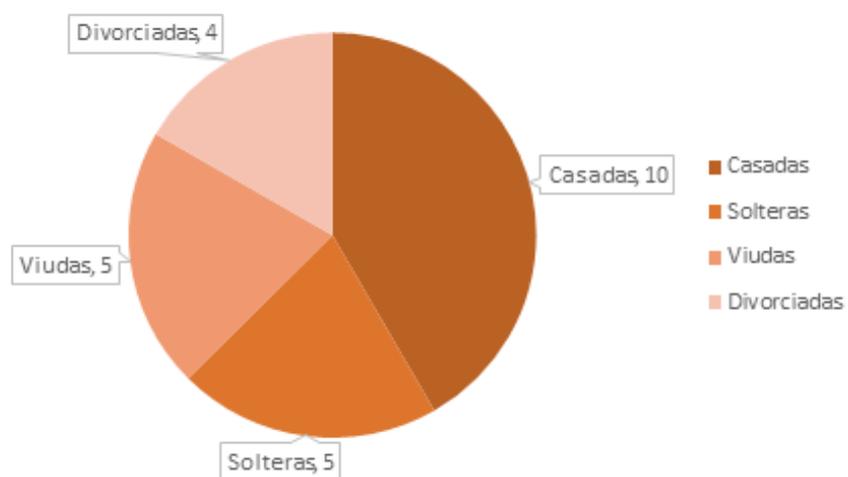


Figura 9. Frecuencias por estado civil.

De acuerdo a las personas con quienes viven, en la figura 10 se observa que 8 personas viven solos/as, 8 en pareja, 7 con hijo/a y 1 con mamá. Se destaca que la mayoría viven solas o con su pareja.

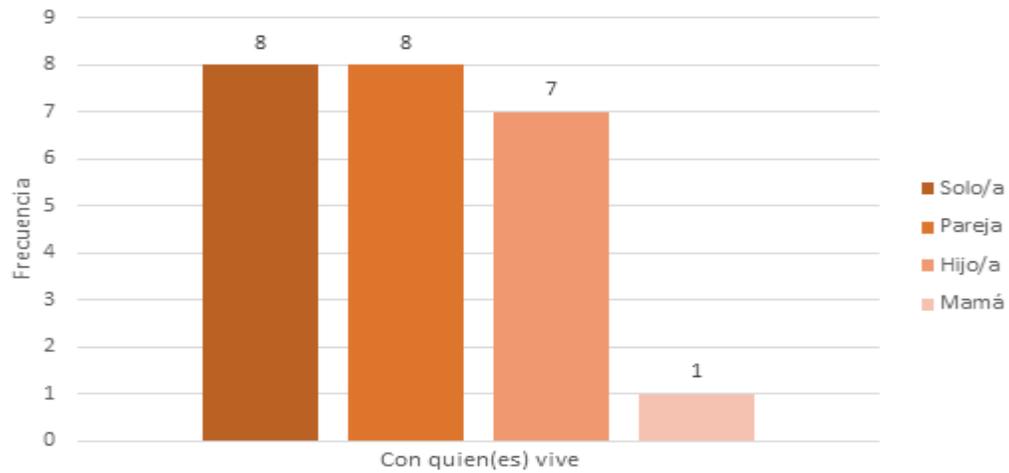


Figura 10. Frecuencias respecto con quién(es) viven.

En la figura 11 se muestran el número total de personas según las enfermedades que padecen, hipertensión (n=5), diabetes (n=4), otra (n=6) o ninguna (n=9), destacando que la mayoría no presenta ninguna enfermedad.

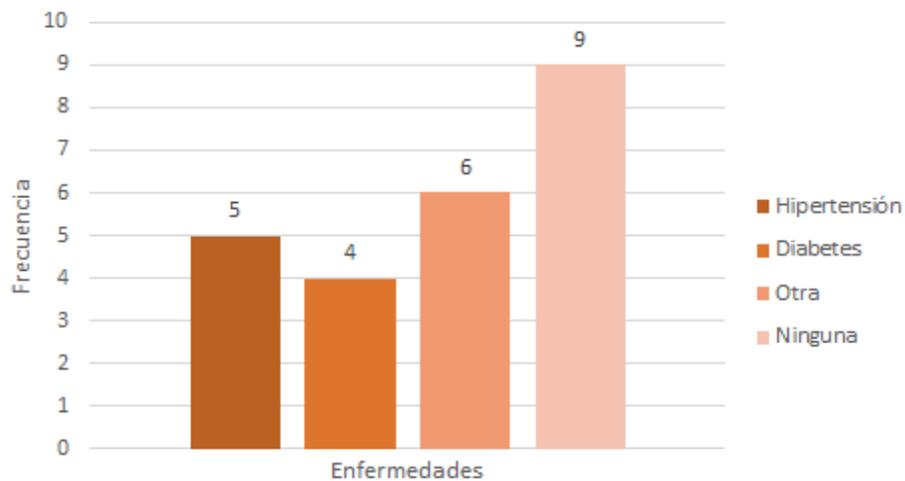


Figura 11. Frecuencias por enfermedades.

Respecto al lugar en dónde viven las y los participantes, en la figura 12 se muestra que de Pachuca hay 17 personas, de Mineral de la Reforma 5 y de Tulancingo 2, resaltando que la mayoría vienen de la capital.

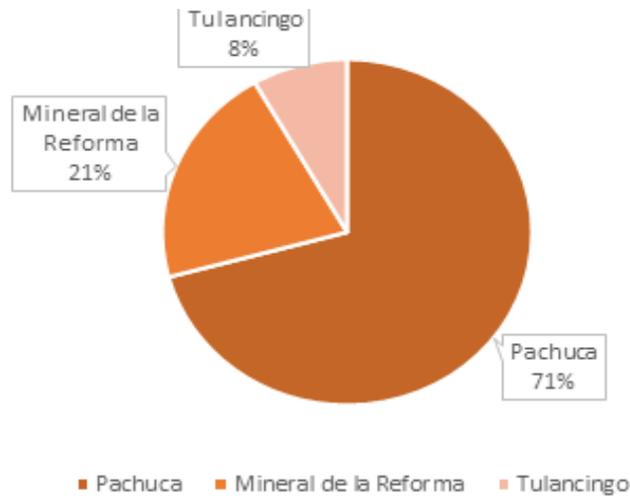


Figura 12. Frecuencias por municipio donde radican.

En la figura 13 se muestran el número total de participantes por grado de estudios, primaria (n= 2), secundaria (n= 6), preparatoria (n= 6), licenciatura (n= 9) y posgrado (n= 1), destacando que la mayoría cuenta con licenciatura.

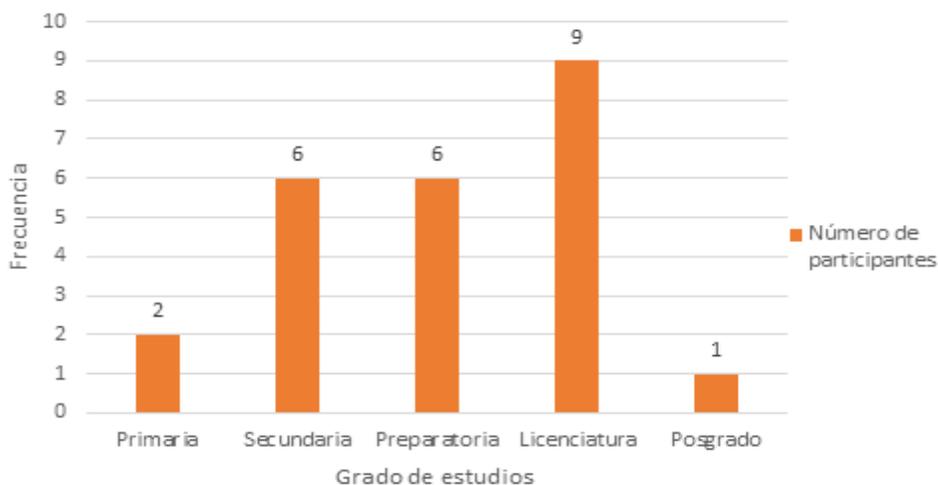


Figura 13. Frecuencias por grado de estudios

Según su religión, se encontró que el 71% son católicas (n= 17), 4% agnóstico (n= 1) y 25% no profesan ninguna creencia religiosa (n= 6), destacando que la mayoría profesan la religión católica esto se observa en la figura 14.

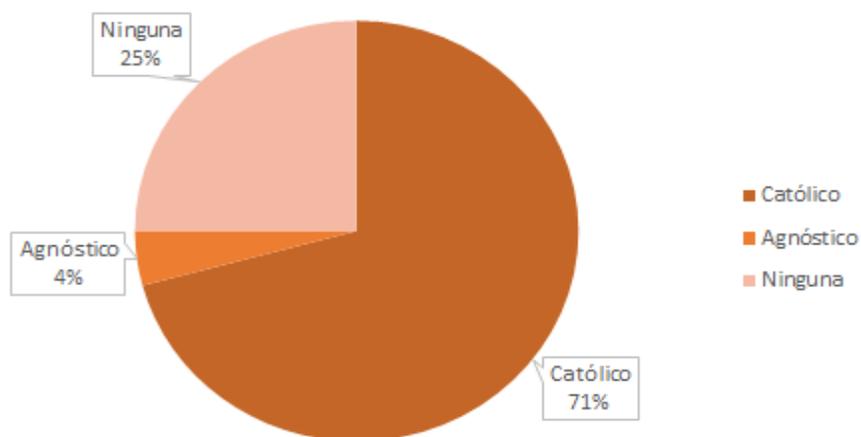


Figura 14. Frecuencias por religión

En la figura 15 se muestran el número total de participantes de acuerdo a que su ocupación, trabajador/a (n= 5), jubilado/a (n= 10) y ama de casa (n= 9). Se destaca que la mayoría son personas jubiladas.

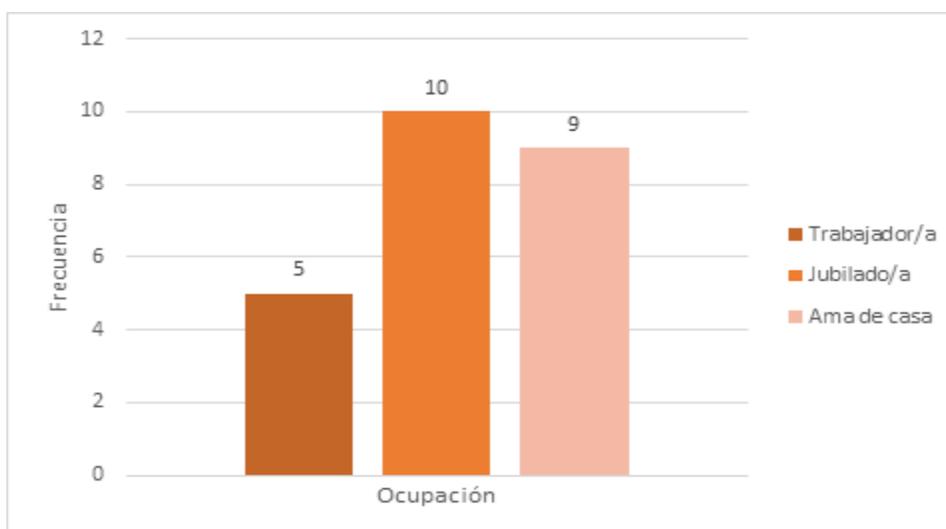


Figura 15. Frecuencias por ocupación.

Análisis estadístico de la calidad de vida antes y después de la intervención.

Con el objetivo de describir cómo es la calidad de vida de las y los participantes antes y después de la intervención se realizaron los estadísticos descriptivos de comparación de medianas. De manera general, entre mayor sea la puntuación obtenida mayor será la calidad de vida (OMS, 2006). En la tabla 15 se muestran las medianas según las edades de las y los participantes, la persona de 66 años es quien presenta medianas más altas en ambas mediciones ($Me= 85.41$ y $Me= 96.87$).

Tabla 15.

Medianas Pre y Post de la Calidad de Vida por Edad

| Edad | N | PRE | | POST | |
|-------------|----------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | | Mediana | Rango | Mediana | Rango |
| 60 | 2 | 85.41 | 8.33 | 89.58 | 12.50 |
| 61 | 3 | 82.29 | 8.33 | 88.54 | 15.63 |
| 62 | 1 | 82.29 | 0 | 85.41 | 0 |
| 63 | 2 | 72.91 | 4.17 | 77.60 | 5.21 |
| 65 | 1 | 59.37 | 0 | 70.83 | 0 |
| 66 | 1 | 85.41 | 0 | 96.87 | 0 |
| 67 | 3 | 81.25 | 29.17 | 86.45 | 5.21 |
| 68 | 2 | 73.43 | 42.71 | 88.54 | 16.67 |
| 69 | 2 | 73.43 | 3.13 | 80.72 | 15.63 |
| 70 | 2 | 61.97 | 9.37 | 59.89 | 13.54 |
| 73 | 2 | 69.79 | 8.33 | 72.91 | 0 |
| 78 | 2 | 86.97 | 23.96 | 82.81 | 13.54 |
| 83 | 1 | 77.08 | 0 | 91.66 | 0 |

Cómo se observa en la tabla 16, las mujeres son quienes puntúan más alto en las mediciones a comparación de los hombres en calidad de vida. Mediante la prueba de U de Mann-Whitney se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en la medición pre, excepto en el grupo de réplica.

Tabla 16.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre hombres y mujeres de ambos grupos Pre y Post de la Calidad de Vida.

| Grupo | Sexo | Mediana pre | z | p | Mediana post | z | p |
|--------------|-------------|--------------------|----------|-------------|---------------------|----------|----------|
| G1 | M | 83.85 | -2.127 | .033 | 89.06 | -1.371 | .170 |
| | H | 71.35 | | | | | |
| G2 | M | 77.60 | -1.509 | .131 | 80.72 | -1.074 | .283 |
| | H | 59.37 | | | | | |
| Total | M | 80.72 | -2.036 | .042 | 85.93 | -1.469 | .142 |
| | H | 68.75 | | | | | |

En la tabla 17 se muestra la calidad de vida respecto a la condición de salud de las y los participantes, se encontró que las personas que no presentan ninguna enfermedad puntúan medianas altas en la primera medición ($Me= 81.25$), mientras que, las personas con hipertensión tuvieron una mediana más alta en la medición post ($Me= 88.54$), sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla 17.

Medianas Pre y Post de la Calidad de Vida por Enfermedad

| Enfermedades | N | PRE | | POST | |
|--------------|---|--------------|-------|--------------|-------|
| | | Mediana | Rango | Mediana | Rango |
| Hipertensión | 5 | 75.00 | 30.21 | 88.54 | 25.00 |
| Diabetes | 4 | 75.52 | 25.00 | 79.16 | 25.00 |
| Otra | 6 | 69.27 | 42.71 | 73.95 | 43.75 |
| Ninguna | 9 | 81.25 | 36.46 | 86.45 | 20.83 |

En el grupo 1 o experimental, la mediana más alta en la medición pre es en la subescala de intimidad ($Me= 90.62$) y en la medición post es en las subescalas de autonomía ($Me= 93.75$) y actividades ($Me= 93.75$), esta última teniendo una diferencia estadísticamente significativa ($z= -2.623$, $p= .009$). En cuanto a la puntuación total del instrumento se encontró que la mediana más alta en calidad de vida en la primera medición es de $Me= 76.68$, y para la segunda medición es de $Me= 88.54$. Con el objetivo de conocer la significancia en la diferencia entre las puntuaciones se utilizó la prueba Wilcoxon, y se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($z= -2.536$, $p= .011$) entre la puntuación de ambas medianas, como se muestra en la tabla 18.

Tabla 18.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas del Grupo Experimental.

| Subescala | Mediana Pre | Mediana Post | z | p |
|-----------------------------|--------------------|---------------------|----------|-------------|
| Capacidad sensorial | 81.25 | 87.50 | -1.150 | .250 |
| Autonomía | 87.50 | 93.75 | -1.429 | .153 |
| Actividades | 81.25 | 93.75 | -2.623 | .009 |
| Participación social | 75.00 | 84.37 | -1.622 | .105 |
| Temor a la muerte | 81.25 | 84.37 | -.213 | .831 |
| Intimidad | 90.62 | 90.62 | -.431 | .667 |
| Total | 79.68 | 88.54 | -2.536 | .011 |

Como se observa en la tabla 19, en el grupo 2 o de réplica, la mediana más alta en la medición pre es en la subescala de temor a la muerte ($Me= 93.75$), y en la medición post es en la subescala de actividades ($Me= 90.62$). En la subescala de intimidad se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la medición pre ($Me= 75.00$) y post ($Me= 81.25$) con una significancia de .016. En el puntaje total del instrumento de calidad de vida la mediana en la medición pre es de $Me= 75.00$, y en la medición post es de $Me= 79.16$; para conocer las diferencias entre ambas puntuaciones se utilizó la prueba Wilcoxon, que nos indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa ($z= -1.358$, $p=. 196$).

Tabla 19.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas del Grupo de Réplica.

| Subescala | Mediana Pre | Mediana Post | z | p |
|-----------------------------|--------------------|---------------------|----------|-------------|
| Capacidad sensorial | 87.50 | 81.25 | -1.204 | .228 |
| Autonomía | 75.00 | 84.37 | -.666 | .505 |
| Actividades | 68.75 | 90.62 | -1.904 | .057 |
| Participación social | 75.00 | 81.25 | -1.498 | .137 |
| Temor a la muerte | 93.75 | 84.37 | -1.358 | .174 |
| Intimidad | 75.00 | 81.25 | -2.402 | .016 |
| Total | 75.00 | 79.16 | -1.292 | .196 |

Con el objetivo de conocer las diferencias entre ambos grupos en la puntuación total de la calidad de vida y por subescalas del instrumento, se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney, y se encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, ni en su puntuación total ni por subescalas, como se muestra en la tabla 20.

Tabla 20.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre ambos grupos Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas.

| Subescala | Grupo | Mediana Pre | z | p | Mediana Post | z | p |
|-----------------------------|--------------|--------------------|----------|----------|---------------------|----------|----------|
| Capacidad sensorial | G1 | 81.25 | -.763 | .445 | 87.50 | -.410 | .681 |
| | G2 | 87.50 | | | 81.25 | | |
| Autonomía | G1 | 87.50 | .555 | .579 | 93.75 | -1.778 | .075 |
| | G2 | 75.00 | | | 84.37 | | |
| Actividades | G1 | 81.25 | -.320 | .749 | 93.75 | -.681 | .496 |
| | G2 | 68.75 | | | 90.62 | | |
| Participación social | G1 | 75.00 | -.733 | .463 | 84.37 | -.294 | .769 |
| | G2 | 75.00 | | | 81.25 | | |
| Temor a la muerte | G1 | 81.25 | .000 | 1.00 | 84.37 | -.702 | .483 |
| | G2 | 93.75 | | | 84.35 | | |
| Intimidad | G1 | 90.62 | -1.447 | .148 | 90.62 | -.939 | .348 |
| | G2 | 75.00 | | | 81.25 | | |
| Total | G1 | 79.68 | -1.156 | .248 | 88.54 | -1.590 | .112 |
| | G2 | 75.00 | | | 76.16 | | |

En la tabla 21 se muestran las diferencias entre los puntajes de las mediciones pre y post de la calidad de vida y las subescalas del instrumento del total de las y los participantes. La mediana más alta en la medición pre es en la subescala de temor a la muerte ($Me= 87.50$), y en la medición post es en la subescala de actividades ($Me= 93.75$). Mediante la prueba de Wilcoxon se observa

que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas puntuaciones totales ($z = -2.666$, $p = .008$), al igual que en las subescalas de actividades ($z = -3.113$, $p = .002$), participación social ($z = -2.152$, $p = .031$) e intimidad ($z = -2.354$, $p = .019$).

Tabla 21.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas de la muestra

| Subescala | Mediana Pre | Mediana Post | z | p |
|-----------------------------|--------------------|---------------------|----------|-------------|
| Capacidad sensorial | 81.25 | 81.25 | -0.509 | .611 |
| Autonomía | 84.37 | 87.50 | -1.559 | .119 |
| Actividades | 81.25 | 93.75 | -3.113 | .002 |
| Participación social | 75.00 | 81.25 | -2.152 | .031 |
| Temor a la muerte | 87.50 | 84.37 | -.737 | .461 |
| Intimidad | 81.25 | 87.50 | -2.354 | .019 |
| Total | 76.04 | 83.85 | -2.666 | .008 |

En concordancia con lo anterior, en la figura 16 se muestran los cambios en las medianas de las puntuaciones totales y por subescalas de ambas mediciones en la muestra.

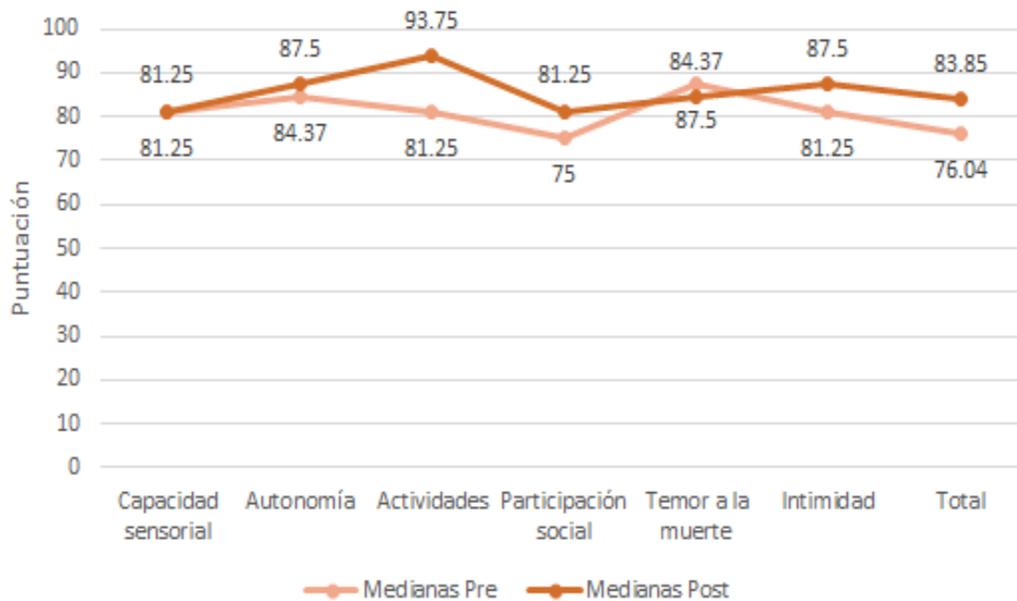


Figura 16. Medianas Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas de la muestra.

Por último, se muestra en la figura 17 el cambio en las medianas por grupos y en el total de la muestra en ambas mediciones, destacando que el grupo experimental presenta medianas más altas en ambas mediciones ($Me=79.68$ y $Me=88.54$) a comparación del grupo de réplica.

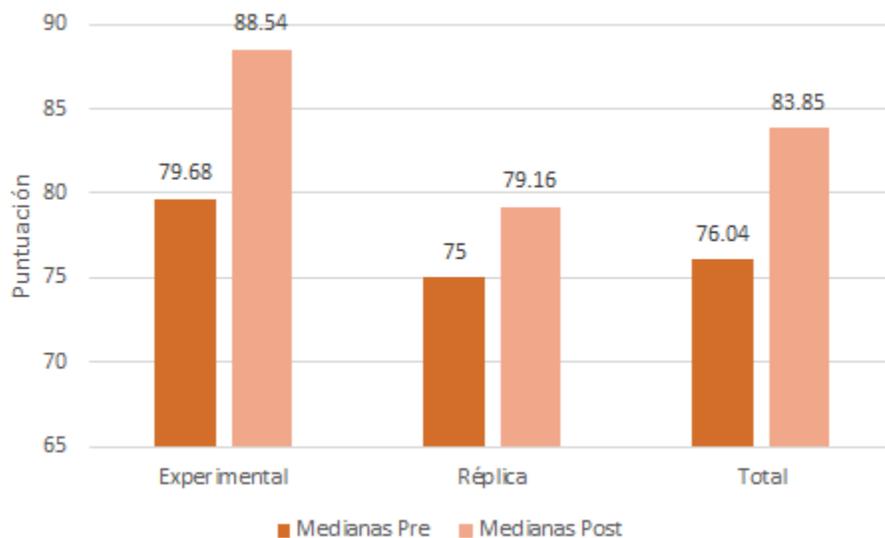


Figura 17. Medianas Pre y Post de la Calidad de Vida por Grupos

Análisis estadístico del bienestar psicológico antes y después de la intervención.

Con la finalidad de describir el bienestar psicológico de la muestra antes y después de la intervención, se realizó la prueba descriptiva de comparación de medianas. Se encontró que las personas de 66 y 78 años son quienes presentan las medianas más altas en ambas mediciones ($Me= 205.00$ y $Me= 219.00$) como se muestra en la tabla 22.

Tabla 22.

Medianas Pre y Post del Bienestar Psicológico por Edad

| Edad | N | PRE | | POST | |
|-------------|----------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | | Mediana | Rango | Mediana | Rango |
| 60 | 2 | 196.50 | 3 | 197.00 | 4 |
| 61 | 3 | 201.00 | 17 | 197.00 | 22 |
| 62 | 1 | 203.00 | 0 | 194.00 | 0 |
| 63 | 2 | 174.50 | 13 | 183.50 | 1 |
| 65 | 1 | 193.00 | 0 | 191.00 | 0 |
| 66 | 1 | 205.00 | 0 | 219.00 | 0 |
| 67 | 3 | 182.00 | 36 | 195.00 | 32 |
| 68 | 2 | 195.00 | 26 | 202.00 | 5 |
| 69 | 2 | 166.00 | 18 | 171.50 | 5 |
| 70 | 2 | 144.50 | 25 | 180.00 | 75 |
| 73 | 2 | 171.50 | 33 | 180.00 | 30 |
| 78 | 2 | 221.00 | 14 | 225.00 | 6 |
| 83 | 1 | 182.00 | 0 | 213.00 | 0 |

En la tabla 23 se muestran las medianas por sexo de las y los participantes, en dónde se muestra que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en ambas mediciones a comparación de los hombres, cuya diferencia es estadísticamente significativa en la medición post ($z = -2.403$, $p = .016$) según la prueba de U de Mann-Whitney.

Tabla 23.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre hombres y mujeres en las mediciones Pre y Post del Bienestar Psicológico.

| Sexo | N | PRE | | | POST | | |
|---------------|----|---------|--------|------|---------|--------|-------------|
| | | Mediana | z | p | Mediana | z | p |
| Mujer | 18 | 196.00 | -1.836 | .066 | 196.00 | -2.403 | .016 |
| Hombre | 6 | 171.50 | | | 178.50 | | |

Respecto a las medianas comparadas según su creencia religiosa, como se puede ver en la tabla 24 las personas católicas puntúan más alto ($Me = 193.00$ y $Me = 195.00$), aunque las personas que no profesan ninguna religión también presentaron medianas altas, sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 24.*Medianas Pre y Post del Bienestar Psicológico por Religión.*

| Religión | N | PRE | | POST | |
|------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|
| | | Mediana | Rango | Mediana | Rango |
| Católica | 17 | 193.00 | 96 | 195.00 | 89 |
| Agnóstico | 1 | 182.00 | 0 | 183.00 | 0 |
| Ninguna | 6 | 192.50 | 59 | 192.00 | 57 |

En el grupo 1 o experimental, las medianas más altas en la medición pre están en las subescalas de crecimiento personal ($Me= 38.00$), y en la medición post está la subescala de autonomía ($Me= 37.00$), mientras que la mediana del puntaje total pre es de $Me= 191.50$, y post de $Me= 194.50$. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post del bienestar psicológico y sus subescalas, y se encontró que en la puntuación total no hay una diferencia estadísticamente significativa ($z= -1.689$, $p= .091$), sin embargo, en la subescala de autoaceptación sí existe una diferencia estadísticamente significativa ($z=-2.721$, $p= .007$), todo esto se puede ver en la tabla 25.

Tabla 25.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post del Bienestar Psicológico y por Subescalas del Grupo Experimental

| Subescala | Mediana Pre | Mediana Post | z | p |
|-----------------------------|--------------------|---------------------|----------|-------------|
| Autoaceptación | 28.00 | 31.00 | -2.721 | .007 |
| Relaciones positivas | 28.50 | 29.00 | -.522 | .602 |
| Autonomía | 33.00 | 37.00 | -1.460 | .144 |
| Dominio del entorno | 30.50 | 30.50 | -.462 | .644 |
| Crecimiento personal | 38.00 | 35.00 | -.713 | .476 |
| Propósito de vida | 31.50 | 31.00 | -.356 | .722 |
| Total | 191.50 | 194.50 | -1.689 | .091 |

En el grupo 2 o de réplica, la tabla 26 muestra que las medianas más altas en las mediciones pre y post están en la subescala de crecimiento personal ($Me=35.50$ y $Me=36.50$). La mediana de puntaje total pre es de $Me=187.50$, y de la puntuación total post es de $Me=196.00$. Con el propósito de conocer si la diferencia entre ambas puntuaciones es estadísticamente significativa se utilizó la prueba de Wilcoxon, dando como resultado una significancia de $z=2.182$, $p=.029$, lo que indica que, si existe una diferencia estadísticamente significativa, al igual que en la subescala de propósito de vida ($z=2.316$, $p=.021$).

Tabla 26.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post del bienestar Psicológico y por Subescalas del Grupo de Réplica

| Subescala | Mediana Pre | Mediana Post | z | p |
|-----------------------------|--------------------|---------------------|----------|-------------|
| Autoaceptación | 29.00 | 31.00 | -1.952 | .051 |
| Relaciones positivas | 29.50 | 31.00 | -1.207 | .228 |
| Autonomía | 35.00 | 36.00 | -1.021 | .307 |
| Dominio del entorno | 29.00 | 33.00 | -1.429 | .153 |
| Crecimiento personal | 35.50 | 36.50 | -.580 | .562 |
| Propósito de vida | 32.00 | 34.00 | -2.316 | .021 |
| Total | 187.50 | 196.00 | -2.182 | .029 |

En cuanto a las diferencias entre los grupos experimental y de réplica se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para conocer si dichas diferencias son estadísticamente significativas entre el puntaje total y las subescalas. Como se muestra en la tabla 27, entre ambos grupos no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 27.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre ambos grupos Pre y Post del Bienestar Psicológico y por Subescalas.

| Subescala | Grupo | Mediana Pre | z | p | Mediana Post | z | p |
|-----------------------------|--------------|--------------------|----------|----------|---------------------|----------|----------|
| Auto-aceptación | G1 | 28.00 | -.145 | .885 | 31.00 | -.029 | .977 |
| | G2 | 29.00 | | | 31.00 | | |
| Relaciones positivas | G1 | 28.50 | -.609 | .543 | 29.00 | -.726 | .468 |
| | G2 | 29.50 | | | 31.00 | | |
| Autonomía | G1 | 33.00 | -1.246 | .213 | 37.00 | -.377 | .706 |
| | G2 | 35.00 | | | 36.00 | | |
| Dominio del entorno | G1 | 30.50 | -.929 | .353 | 30.50 | -.966 | .334 |
| | G2 | 29.00 | | | 33.00 | | |
| Crecimiento personal | G1 | 38.00 | -.435 | .664 | 35.00 | -.087 | .931 |
| | G2 | 35.50 | | | 36.50 | | |
| Propósito de vida | G1 | 31.50 | -.701 | .483 | 31.00 | -1.540 | .124 |
| | G2 | 32.00 | | | 34.00 | | |
| Total | G1 | 191.50 | -.116 | .908 | 194.50 | -.694 | .488 |
| | G2 | 187.50 | | | 196.00 | | |

Con el objetivo de conocer las diferencias entre las puntuaciones totales del bienestar psicológico y por subescalas, se utilizó la prueba Wilcoxon (ver tabla 28), en dónde se encontró que si existe una diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación pre y post ($z = -2.690$, $p = .007$), y en la subescala de autoaceptación ($z = -3.194$, $p = .001$).

Tabla 28.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post del bienestar Psicológico y por Subescalas de la muestra

| Subescala | Mediana Pre | Mediana Post | z | P |
|-----------------------------|--------------------|---------------------|----------|-------------|
| Autoaceptación | 28.50 | 31.00 | -3.194 | .001 |
| Relaciones positivas | 29.50 | 30.00 | -1.082 | .279 |
| Autonomía | 34.50 | 36.00 | -1.725 | .085 |
| Dominio del entorno | 29.50 | 31.50 | -.750 | .453 |
| Crecimiento personal | 37.50 | 35.50 | -.228 | .820 |
| Propósito de vida | 32.00 | 32.00 | -1.782 | .075 |
| Total | 190.50 | 195.00 | -2.690 | .007 |

Complementando lo anterior, en la figura 18, se muestran las medianas obtenidas por grupo. Se observa que el grupo experimental en la primera medición obtuvo una mediana más alta ($Me= 191.50$) que el grupo de réplica ($Me= 187.50$), sin embargo, en la segunda medición el grupo de réplica presenta una mediana más alta ($Me= 196.00$), sin que existan diferencias estadísticamente significativas.

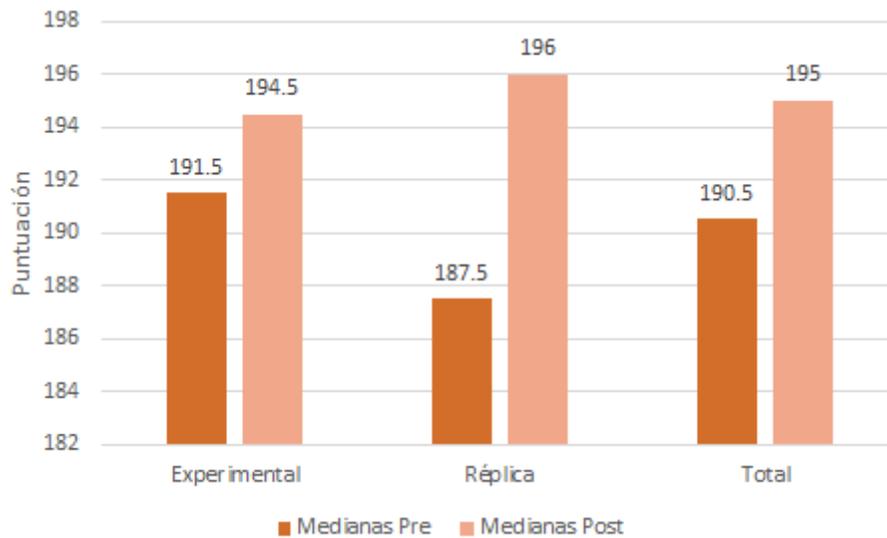


Figura 18. Medianas Pre y Post del Bienestar Psicológico por Grupo

A continuación, en la figura 19 se muestran las medianas de las mediciones pre y post por subescala del instrumento en la muestra.

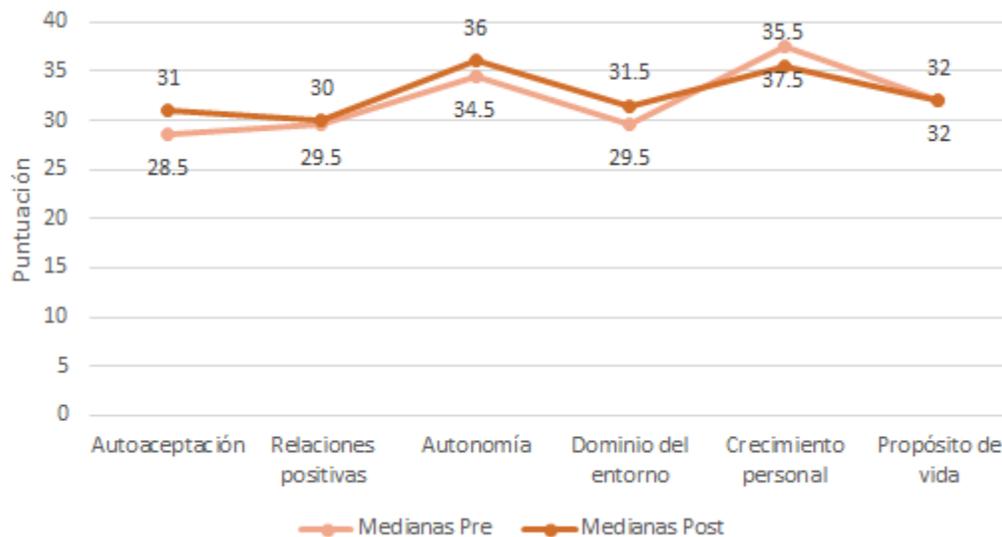


Figura 19. Medianas Pre y Post del Bienestar Psicológico por Subescalas

En cuanto al nivel de bienestar psicológico presentado por las y los participantes antes de la intervención, el 71% tenía un nivel elevado de bienestar (n= 17), un 25% alto (n= 6) y 4% bajo (n= 1). Después de la intervención, el 83% obtuvo un nivel elevado (n= 20), 13% alto (n= 3) y 4% moderado de bienestar psicológico (n= 1).

Análisis estadístico descriptivo de la satisfacción con la vida antes y después de la intervención.

Con el propósito de describir la satisfacción con la vida de las y los participantes antes y después de la intervención, se realizó la prueba descriptiva de comparación de medianas. En la tabla 29 se muestran las medianas en comparación con su edad, destacando que las personas de 78 años presentan las medianas más altas en ambas mediciones ($Me= 33.00$, y $Me= 34.00$).

Tabla 29.

Medianas Pre y Post de la Satisfacción con la Vida por Edad

| Edad | N | PRE | | POST | |
|------|---|--------------|----------|--------------|----------|
| | | Mediana | Rango | Mediana | Rango |
| 60 | 2 | 29.50 | 1 | 31.00 | 4 |
| 61 | 3 | 31.00 | 4 | 32.00 | 3 |
| 62 | 1 | 30.00 | 0 | 30.00 | 0 |
| 63 | 2 | 32.00 | 6 | 30.50 | 3 |
| 65 | 1 | 26.00 | 0 | 31.00 | 0 |
| 66 | 1 | 31.00 | 0 | 33.00 | 0 |
| 67 | 3 | 30.00 | 6 | 33.00 | 5 |
| 68 | 2 | 32.50 | 5 | 31.00 | 4 |
| 69 | 2 | 29.50 | 3 | 31.00 | 6 |
| 70 | 2 | 16.00 | 4 | 23.00 | 12 |
| 73 | 2 | 30.00 | 4 | 31.50 | 3 |
| 78 | 2 | 33.00 | 4 | 34.00 | 2 |
| 83 | 1 | 32.00 | 0 | 33.00 | 0 |

Por otro lado, en la tabla 30 se observa que las mujeres tienen medianas más altas a comparación de los hombres en ambas mediciones. Mediante la prueba U de Mann-Whitney, se encontró que si existen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en la medición post de la muestra ($z = -2.526$, $p = .012$) y del grupo 2 o de réplica ($z = -2.085$, $p = .037$).

Tabla 30.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre hombres y mujeres de ambos grupos en las mediciones Pre y Post de la Satisfacción con la Vida.

| Grupo | Sexo | Mediana pre | z | p | Mediana post | z | P |
|--------------|-------------|--------------------|----------|----------|---------------------|----------|-------------|
| G1 | M | 31.00 | -1.462 | .144 | 33.00 | -1.570 | .116 |
| | H | 28.50 | | | 29.50 | | |
| G2 | M | 30.00 | -1.212 | .226 | 32.50 | -2.085 | .037 |
| | H | 22.00 | | | 23.00 | | |
| Total | M | 31.00 | -1.818 | .069 | 33.00 | -2.526 | .012 |
| | H | 28.50 | | | 29.00 | | |

Respecto a la ocupación de las y los participantes, en la tabla 31 se muestran las medianas obtenidas, siendo las y los jubilados quienes tienen las medianas más altas ($Me = 31.00$ y $Me = 32.50$), aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las mediciones.

Tabla 31.*Medianas Pre y Post de la Satisfacción con la Vida por Ocupación.*

| Ocupación | N | PRE | | POST | |
|---------------|-----------|--------------|----------|--------------|----------|
| | | Mediana | Rango | Mediana | Rango |
| Trabajador(a) | 5 | 30.00 | 20 | 30.00 | 16 |
| Jubilado(a) | 10 | 31.00 | 9 | 32.50 | 7 |
| Ama de casa | 9 | 30.00 | 6 | 32.00 | 5 |

Para conocer si las diferencias entre los grupos experimental y de réplica son estadísticamente significativas se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. En dónde se encontró que entre los dos grupos no se presentan diferencias estadísticamente significativas ni antes ni después de la intervención, como se ve en la tabla 32.

Tabla 32.*Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre ambos grupos Pre y Post de la Satisfacción con la Vida*

| Grupo | Mediana pre | z | p | Mediana post | z | P |
|-----------|-------------|-------|------|--------------|-------|------|
| G1 | 31.00 | | | 31.50 | | |
| | | -.583 | .560 | | -.118 | .906 |
| G2 | 30.00 | | | 32.00 | | |

Con el objetivo de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones pre y post de la satisfacción con la vida, se utilizó la prueba de Wilcoxon. Como se observa en la tabla 33, en el grupo 1 o experimental se encontró que no existe una diferencia estadísticamente significativa ($z = -2.285$ $p = .121$). Por otro lado, en el grupo 2 o de réplica la significancia fue de

$z = -1.792$, $p = .073$, lo que indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa. Y por último se tomó el total de la muestra, en donde se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones pre y post ($z = -2.285$, $p = .022$).

Tabla 33.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Satisfacción con la Vida

| | Mediana Pre | Mediana Post | z | P |
|----------------|-------------|--------------|--------|-------------|
| Grupo 1 | 31.00 | 31.50 | -1.552 | .121 |
| Grupo 2 | 30.00 | 32.00 | -1.792 | .073 |
| Total | 30.00 | 32.00 | -2.285 | .022 |

Por último, en la figura 20 se muestran las medianas obtenidas por el grupo en el que participaron y el total. El grupo 1 o experimental tiene una mediana más alta en la primera medición ($Me = 31.00$), sin embargo, el grupo 2 o de réplica, en la segunda medición tiene una medición un poco más alta ($Me = 32.00$).

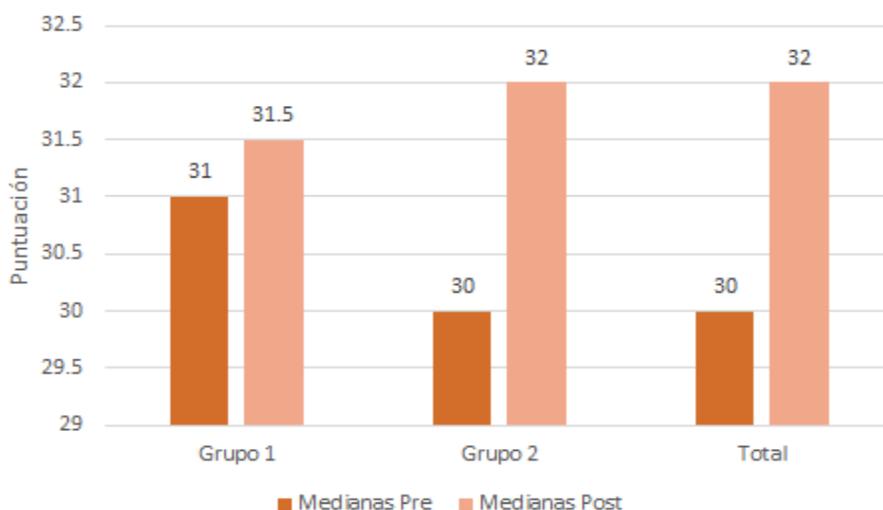


Figura 20. Medianas Pre y Post de la Satisfacción con la Vida por Grupo

Análisis estadístico descriptivo del uso de virtudes y fortalezas carácter antes y después de la intervención.

Con el objetivo de describir el uso de fortalezas de carácter y virtudes de la muestra antes y después de la intervención, se realizó la prueba descriptiva de comparación de medianas. En la tabla 34 se muestran las medianas según las virtudes, se encontró que en el grupo 1 o experimental la virtud de humanidad fue la que tuvo una mediana más alta en la medición pre ($Me= 4.26$), mientras que justicia en la medición post obtuvo una mediana más alta ($Me= 4.56$). Mientras que, en el grupo 2 o de réplica, en ambas mediciones la virtud de justicia obtuvo medianas más altas en ambas mediciones ($Me= 4.40$ y $Me= 4.50$).

Tabla 34.

Medianas Pre y Post de las Virtudes por Grupos

| Virtud | N | Grupo 1 | | Grupo 2 | |
|---------------------------------|----|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | Pre | Post | Pre | Post |
| Coraje | 12 | 4.08 | 4.42 | 4.11 | 4.10 |
| Humanidad | 12 | 4.26 | 4.51 | 4.16 | 4.10 |
| Justicia | 12 | 4.21 | 4.56 | 4.40 | 4.50 |
| Sabiduría y conocimiento | 12 | 3.86 | 4.09 | 4.11 | 4.04 |
| Templanza | 12 | 4.01 | 4.28 | 4.04 | 4.08 |
| Trascendencia | 12 | 4.19 | 4.42 | 4.02 | 4.20 |

En la figura 21 se muestran las medianas de las virtudes antes y después de la intervención. Se observa que las medianas más altas en ambas mediciones son en la virtud de justicia, mientras que las más bajas son para templanza.

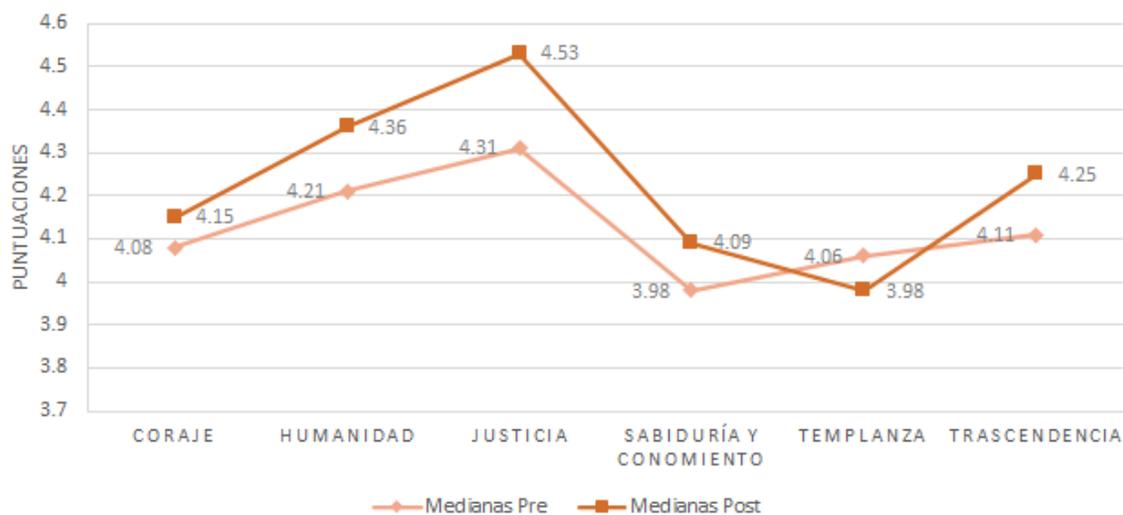


Figura 21. Figura 21. Medianas Pre y Post de las Virtudes

Respecto a las fortalezas de carácter, en la tabla 35 se muestran las medianas, destacando que en el grupo 1 o experimental, las fortalezas de amor ($Me= 4.50$), gratitud ($Me= 4.50$) y espiritualidad ($Me= 4.50$) es más alta en la primera medición, mientras que bondad ($Me= 4.70$) y liderazgo ($Me= 4.70$) en la segunda medición obtuvieron medianas más altas, y en el grupo 2 o de réplica, espiritualidad es la que tiene las medianas más altas en ambas mediciones ($Me= 4.65$ y $Me= 4.75$).

Tabla 35.

Medianas Pre y Post de las Fortalezas de Carácter por Grupos

| Fortaleza | N | Grupo 1 | | Grupo 2 | |
|-------------|----|---------|------|---------|------|
| | | Pre | Post | Pre | Post |
| Curiosidad | 12 | 4.20 | 4.30 | 4.25 | 4.20 |
| Aprendizaje | 12 | 3.90 | 4.20 | 3.90 | 4.20 |

| | | Grupo 1 | | Grupo 2 | |
|------------------------|----|----------------|-------------|----------------|------|
| Apertura mental | 12 | 4.00 | 4.25 | 4.10 | 4.05 |
| Creatividad | 12 | 3.80 | 3.90 | 3.95 | 4.05 |
| Inteligencia | 12 | 3.70 | 4.30 | 3.90 | 3.90 |
| Perspectiva | 12 | 3.40 | 3.60 | 4.10 | 3.85 |
| Valentía | 12 | 4.05 | 4.15 | 4.15 | 4.10 |
| Persistencia | 12 | 4.25 | 4.35 | 4.20 | 4.30 |
| Integridad | 12 | 4.25 | 4.45 | 4.40 | 4.20 |
| Bondad | 12 | 4.35 | 4.70 | 4.30 | 4.50 |
| Amor | 12 | 4.50 | 4.45 | 4.35 | 4.20 |
| Ciudadanía | 12 | 4.05 | 4.35 | 4.45 | 4.50 |
| Imparcialidad | 12 | 4.35 | 4.65 | 4.55 | 4.60 |
| Liderazgo | 12 | 4.30 | 4.70 | 4.25 | 4.50 |
| Autocontrol | 12 | 3.90 | 4.20 | 4.00 | 3.75 |
| Prudencia | 12 | 3.80 | 4.40 | 3.95 | 3.95 |
| Apreciación | 12 | 3.90 | 4.15 | 3.90 | 4.10 |
| Gratitud | 12 | 4.50 | 4.65 | 4.60 | 4.60 |
| Esperanza | 12 | 4.25 | 4.65 | 4.15 | 4.25 |

| | | Grupo 1 | | Grupo 2 | |
|-----------------------|----|-------------|------|-------------|-------------|
| Espiritualidad | 12 | 4.50 | 4.50 | 4.65 | 4.75 |
| Humor | 12 | 3.85 | 4.40 | 4.00 | 4.20 |
| Humildad | 12 | 3.65 | 4.00 | 3.85 | 4.05 |
| Vitalidad | 12 | 4.10 | 4.25 | 4.10 | 4.00 |
| Clemencia | 12 | 4.35 | 4.35 | 4.20 | 4.15 |

En la figura 22 se observan las medianas del puntaje total de las fortalezas de carácter de ambos grupos y de las y los participantes. El grupo 1 o experimental tuvo una mediana más alta en la medición post ($Me= 4.43$), y el grupo 2 o de réplica puntuó más alto en la medición pre ($Me= 4.13$).

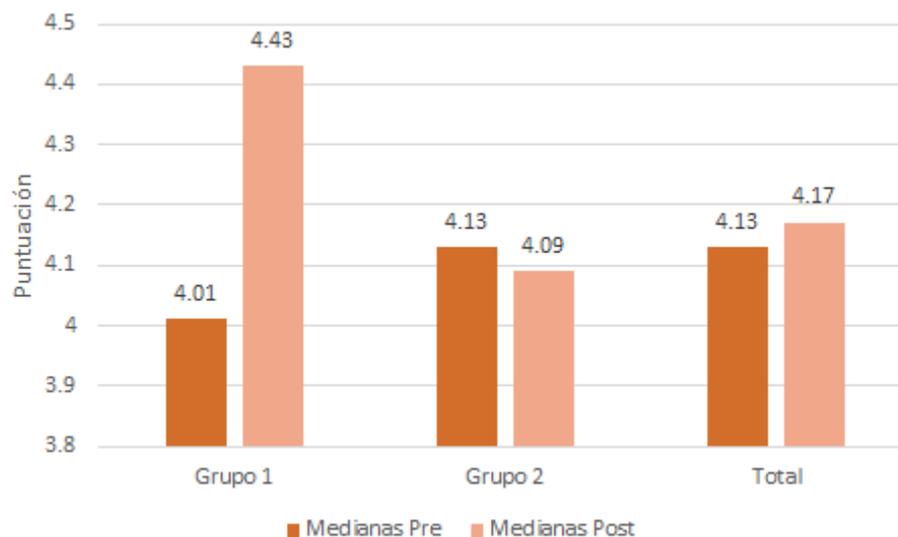


Figura 22. Medianas Pre y Post de las Fortalezas de Carácter

Análisis estadístico de la virtud de trascendencia

Dado que durante la intervención se trabajó en específico con las fortalezas de carácter dentro de la virtud de trascendencia, a continuación, se describen las medianas de dicha virtud en comparación con la edad de las y los participantes como se muestra en la tabla 36. Se observa que las personas de 61 años son quienes presentan medianas más altas en pre y post ($Me= 4.66$ y $Me= 4.66$).

Tabla 36.

Medianas Pre y Post de la Virtud de Trascendencia por Edad

| Edad | N | PRE | | POST | |
|------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | | Mediana | Rango | Mediana | Rango |
| 60 | 2 | 3.20 | 1.20 | 4.40 | .48 |
| 61 | 3 | 4.66 | .62 | 4.66 | .78 |
| 62 | 1 | 4.26 | 0 | 4.26 | 0 |
| 63 | 2 | 3.74 | .44 | 4.42 | .52 |
| 65 | 1 | 4.34 | 0 | 4.60 | 0 |
| 66 | 1 | 4.24 | 0 | 4.58 | 0 |
| 67 | 3 | 4.08 | 1.18 | 3.82 | 1.12 |
| 68 | 2 | 4.41 | .98 | 4.52 | .76 |
| 69 | 2 | 4.38 | 1.04 | 4.31 | .90 |
| 70 | 2 | 4.09 | .34 | 4.15 | .18 |
| 73 | 2 | 3.85 | .14 | 3.88 | .08 |
| 78 | 2 | 4.14 | 1.12 | 4.02 | 1.60 |
| 83 | 1 | 4.11 | 2.30 | 4.25 | 1.68 |

En la tabla 37 se observan las medianas respecto a mujeres y hombres por grupos y del total de la muestra. En dónde se muestra que las mujeres presentan medianas más altas, mediante la prueba de U de Mann-Whitney se encontró que las diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 37.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre hombres y mujeres de ambos grupos en las mediciones Pre y Post de la Virtud de Trascendencia

| Grupo | Sexo | Mediana pre | Z | p | Mediana post | z | P |
|--------------|-------------|--------------------|----------|----------|---------------------|----------|----------|
| G1 | M | 4.25 | -.894 | .396 | 4.42 | -.340 | .734 |
| | H | 3.89 | | | | | |
| G2 | M | 4.02 | -.108 | .914 | 4.38 | -.430 | .667 |
| | H | 4.09 | | | | | |
| Total | M | 4.19 | -.768 | .443 | 4.42 | -.133 | .894 |
| | H | 3.92 | | | | | |

Como se muestra en la tabla 38, respecto a la religión se encontró que las personas que son católicas tienen medianas más altas en ambas mediciones ($Me= 4.19$ y $Me= 4.45$). Con la prueba de Kruskal Wallis se encontró que si existen diferencias estadísticamente significativas entre la muestra según su religión en la segunda medición ($X^2= 6.241$, $gl= 2$, $p= .044$).

Tabla 38.

Prueba de Kruskal Wallis para las diferencias entre religión en las mediciones Pre y Post de la Virtud de Trascendencia

| Religión | N | Pre | p | x ² | gl | Post | p | x ² | Gl |
|------------------|-----------|-------------|------|----------------|----|-------------|-------------|----------------|----|
| Católica | 17 | 4.19 | | | | 4.45 | | | |
| Agnóstico | 1 | 3.92 | .297 | 2.428 | 2 | 4.14 | .044 | 6.241 | 2 |
| Ninguna | 6 | 3.96 | | | | 3.92 | | | |

En el grupo 1 o experimental, las medianas más altas en la primera medición son en la fortaleza de gratitud ($Me= 4.50$) y Espiritualidad ($Me= 4.50$), mientras que en la segunda medición las medianas más altas son en las fortalezas de gratitud ($Me= 4.65$) y esperanza ($Me= 4.65$). En la medición pre de la virtud la mediana es de $Me= 4.19$, y para la medición post es de $Me= 4.42$, mediante la prueba de Wilcoxon se encontró que las diferencias no son estadísticamente significativas ($z= -1.067$, $p= .286$). Todo esto se puede ver en la tabla 39.

Tabla 39.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Virtud de Trascendencia y Fortalezas de Carácter del Grupo Experimental

| Subescala | Mediana Pre | Mediana Post | z | P |
|-----------------------|-------------|--------------|--------|------|
| Apreciación | 3.90 | 4.15 | -.404 | .686 |
| Gratitud | 4.50 | 4.65 | -.949 | .342 |
| Esperanza | 4.25 | 4.65 | -1.423 | .155 |
| Espiritualidad | 4.50 | 4.50 | -.351 | .726 |
| Humor | 3.85 | 4.40 | -1.364 | .173 |
| Trascendencia | 4.19 | 4.42 | -1.067 | .286 |

En el grupo 2 o de réplica, en la tabla 40 se muestra la mediana más alta en las mediciones pre y post es en la fortaleza de espiritualidad ($Me= 4.65$ y $Me= 4.75$). En cuanto a la virtud de trascendencia, en la primera medición se obtuvo una mediana de $Me= 4.02$, y en la segunda medición de $Me= 4.20$; mediante la prueba de Wilcoxon se encontró que las diferencias entre ambas puntuaciones no son estadísticamente significativas ($z= -1.660$, $p= .097$).

Tabla 40.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Virtud de Trascendencia y Fortalezas de Carácter del Grupo de Réplica

| Subescala | Mediana Pre | Mediana Post | z | P |
|-----------------------|--------------------|---------------------|----------|----------|
| Apreciación | 3.90 | 4.10 | -.085 | .932 |
| Gratitud | 4.60 | 4.60 | -1.198 | .231 |
| Esperanza | 4.15 | 4.25 | -.658 | .511 |
| Espiritualidad | 4.65 | 4.75 | -1.843 | .065 |
| Humor | 4.00 | 4.20 | -.705 | .481 |
| Trascendencia | 4.02 | 4.20 | -1.660 | .097 |

Con el objetivo de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 1 o experimental y grupo 2 o de réplica se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, en dónde se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, ni en las fortalezas de carácter ni en la virtud de trascendencia. Esto se puede observar en la tabla 41.

Tabla 41.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre ambos grupos Pre y Post de la Virtud de Trascendencia y las Fortalezas de Carácter.

| Subescala | Grupo | Mediana Pre | z | p | Mediana Post | z | P |
|-----------------------|--------------|--------------------|----------|----------|---------------------|----------|----------|
| Apreciación | G1 | 3.90 | .000 | 1.00 | 4.15 | -.261 | .794 |
| | G2 | 3.90 | | | 4.10 | | |
| Gratitud | G1 | 4.50 | -.176 | .860 | 4.65 | -.846 | .397 |
| | G2 | 4.60 | | | 4.60 | | |
| Esperanza | G1 | 4.25 | -.521 | .602 | 4.65 | -1.135 | .256 |
| | G2 | 4.15 | | | 4.25 | | |
| Espiritualidad | G1 | 4.50 | -.957 | .338 | 4.50 | -.900 | .368 |
| | G2 | 4.65 | | | 4.75 | | |
| Humor | G1 | 3.86 | -.550 | .582 | 4.40 | -.203 | .840 |
| | G2 | 4.00 | | | 4.20 | | |
| Trascendencia | G1 | 4.19 | -.058 | .954 | 4.42 | -.029 | .977 |
| | G2 | 4.02 | | | 4.0 | | |

Cómo se puede observar en la tabla 42, la mediana más alta en la medición pre es en la fortaleza de gratitud ($Me= 4.55$), y en la medición post en espiritualidad ($Me= 4.70$). En la virtud de trascendencia, con el total de la muestra, se encontró una mediana de $Me= 4.11$ en la medición pre y $Me= 4.25$ en la medición post, con la prueba de Wilcoxon se encontró que si hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas puntuaciones ($z= -2.004$, $p= .045$).

Tabla 42.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Virtud de Trascendencia y Fortalezas de Carácter

| Subescala | Mediana Pre | Mediana Post | z | P |
|-----------------------|--------------------|---------------------|----------|-------------|
| Apreciación | 3.90 | 4.15 | -.307 | .759 |
| Gratitud | 4.55 | 4.60 | -.119 | .905 |
| Esperanza | 4.25 | 4.45 | -1.659 | .097 |
| Espiritualidad | 4.50 | 4.70 | -1.478 | .139 |
| Humor | 3.95 | 4.30 | -1.497 | .134 |
| Trascendencia | 4.11 | 4.25 | -2.004 | .045 |

Por último, en la figura 23 se observan las medianas pre y post de las fortalezas de carácter de la virtud de trascendencia en el total de la muestra. Las líneas amarillas representan los valores normales esperados en las puntuaciones, lo que indica que la muestra obtuvo puntuaciones por encima de las esperadas.

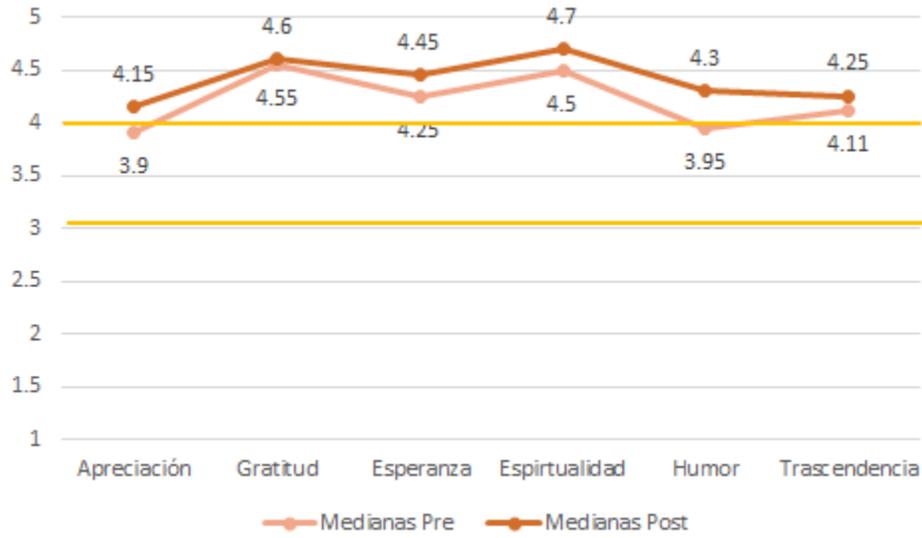


Figura 23. Medianas Pre y Post de las Fortalezas de Carácter de la Virtud de Trascendencia

Nota: Las líneas amarillas representan el uso de fortalezas normales

Análisis estadísticos de los signos vitales durante la intervención

Con el propósito de conocer cómo son los signos vitales de las y los participantes durante la intervención se tomaron dos veces por sesión durante 7 sesiones, dichos datos se promediaron para obtener un dato único por sesión. Para poder realizar análisis estadísticos y clínicos posteriores se promediaron los primeros dos datos para obtener la línea base (LB), y los últimos 5 son el promedio durante la intervención (Tx). Los signos vitales que se tomaron fueron presión sistólica, presión diastólica, pulso y frecuencia respiratoria.

En la tabla 43 se muestran las medianas de los signos vitales de las y los participantes. Se observa que el grupo 2 o de réplica presenta medianas más altas en la presión sistólica, mientras que el grupo 1 o experimental obtuvo medianas más altas en la presión diastólica. En cuanto al pulso, el grupo 1 o experimental promedia más alto en la LB, mientras que el grupo 2 o de réplica lo hace en el Tx. Por último, respecto a la frecuencia respiratoria el grupo 2 o de réplica presenta medianas más altas.

Tabla 43.

Medianas de la Línea Base y durante la Intervención de los signos vitales

| | | Grupo 1 | Grupo 2 | Total |
|--------------------------------|----|----------------|----------------|--------------|
| Presión sistólica | LB | 116.54 | 117.70 | 117.12 |
| | Tx | 114.02 | 114.14 | 114.08 |
| Presión diastólica | LB | 75.72 | 75.37 | 75.55 |
| | Tx | 75.63 | 72.08 | 73.85 |
| Pulso | LB | 71.93 | 67.52 | 69.72 |
| | Tx | 67.52 | 68.24 | 69.65 |
| Frecuencia respiratoria | LB | 19.79 | 21.89 | 20.84 |
| | Tx | 19.77 | 20.83 | 20.30 |

En concordancia con lo anterior, en la figura 24 se muestran las medianas de los signos vitales del total de las y los participantes.

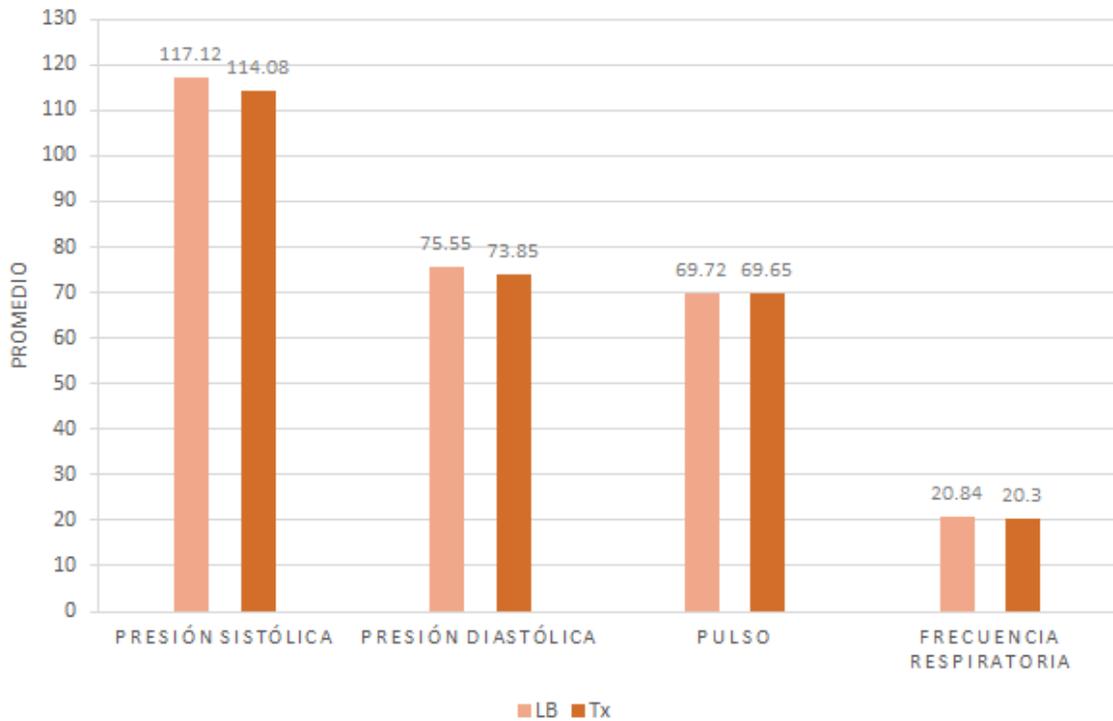


Figura 24. Medianas de la línea base y durante la intervención de los signos vitales

Con el objetivo de conocer si existen cambios estadísticamente significativos en los signos vitales de las y los participantes se utilizó la prueba de Wilcoxon. En el grupo 1 o experimental, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de la línea base y los promedios durante la intervención, esto se muestra en la tabla 44

Tabla 44

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre los promedios de la línea base y los promedios durante la Intervención del Grupo Experimental.

| Signo vital | LB | Tx | z | P |
|--------------------------------|-----------|-----------|----------|----------|
| Presión sistólica | 116.4 | 114.02 | -1.374 | .169 |
| Presión diastólica | 75.72 | 75.63 | -.118 | .906 |
| Pulso | 71.93 | 71.05 | -.589 | .556 |
| Frecuencia respiratoria | 19.79 | 19.77 | -.863 | .388 |

Como se observa en la tabla 45, en el grupo 2 o de réplica, para conocer las diferencias entre los promedios de la línea base y los promedios durante la intervención se utilizó la prueba Wilcoxon, que nos indica que hay una diferencia estadísticamente significativa en la presión sistólica ($z = -2.119$, $p = .034$).

Tabla 45.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas del Grupo de Réplica.

| Signo vital | LB | Tx | z | P |
|--------------------------------|-----------|-----------|----------|-------------|
| Presión sistólica | 117.70 | 114.14 | -2.119 | .034 |
| Presión diastólica | 75.37 | 72.08 | -1.483 | .138 |
| Pulso | 67.52 | 68.24 | -.784 | .433 |
| Frecuencia respiratoria | 21.89 | 20.83 | -1.490 | .136 |

Por último, se utilizó la prueba de Wilcoxon en el total de la muestra, y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de la línea base y el promedio durante la intervención de la presión sistólica ($z = -2.544$, $p = .011$), esto se puede ver en la tabla 46.

Tabla 46.

Resultados de la prueba Wilcoxon para las diferencias entre las mediciones Pre y Post de la Calidad de Vida y por Subescalas de la muestra.

| Signo vital | LB | Tx | z | P |
|--------------------------------|-----------|-----------|----------|-------------|
| Presión sistólica | 117.12 | 114.08 | -2.544 | .011 |
| Presión diastólica | 75.55 | 73.85 | -1.235 | .217 |
| Pulso | 69.72 | 69.65 | -.086 | .932 |
| Frecuencia respiratoria | 20.84 | 20.30 | -.443 | .658 |

Prueba de correlación de Spearman antes y después de la intervención.

Con el objetivo de conocer la correlación que existe entre las variables de calidad de vida, bienestar psicológico, satisfacción con la vida y fortalezas de carácter, se utilizó la prueba de correlación de Spearman con las puntuaciones totales y por subescalas de los instrumentos, antes y después de la intervención.

Antes de la intervención y como se muestra en la figura 25, la calidad de vida tiene correlaciones positivas con el bienestar subjetivo ($r = .702$, $p = .01$), y con la satisfacción con la vida ($r = .621$, $p = .01$), es decir, que a mayor calidad de vida, mayor bienestar psicológico y satisfacción con la vida. Este último instrumento también tiene correlaciones positivas con el bienestar psicológico ($r = .633$, $p = .01$), y las fortalezas de carácter ($r = .581$, $p = .01$), lo que indica que, a mayor satisfacción con la vida, mayor bienestar psicológico y mayor uso de fortalezas de carácter.



Figura 25. Correlación de las puntuaciones totales de los instrumentos, antes de la Intervención.

Después de la intervención se encontró que, la calidad de vida tiene correlaciones positivas con el bienestar subjetivo ($r= .464$, $p= .05$), con la satisfacción con la vida ($r= .502$, $p= .01$) y fortalezas de carácter ($r= .571$, $p=.01$), es decir que, a mayor calidad de vida, mayor bienestar psicológico, satisfacción con la vida y uso de fortalezas de carácter. La satisfacción con la vida también tiene una correlación positiva con el bienestar psicológico ($r= .633$, $p= .01$), lo que indica que, a mayor satisfacción con la vida, mayor bienestar psicológico. Todo esto se puede ver en la figura 26.



Figura 26. Correlación de las puntuaciones totales de los instrumentos, después de la Intervención.

Como se puede observar en la tabla 47, se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas en casi toda la subescala de actividades del instrumento de calidad de vida en ambas mediciones, lo mismo en la subescala de relaciones positivas del instrumento de bienestar psicológico. Además de

mostrarse algunas correlaciones negativas en la subescala de temor a la muerte, aunque no son estadísticamente significativas.

Tabla 47.

Correlación de las Subescalas de Calidad de Vida y las Subescalas del Bienestar Psicológico

| | | Capacidad sensorial | Autonomía | Actividades | Participación social | Temor a la muerte | Intimidad |
|-----------------------------|------|---------------------|--------------|---------------|----------------------|-------------------|--------------|
| Auto-aceptación | Pre | .203 | .378 | .736** | .460* | -.229 | .403 |
| | Post | .402 | .488* | .452* | .344 | -.076 | .335 |
| Relaciones positivas | Pre | .509* | .106 | .472* | .465* | .062 | -.037 |
| | Post | .555** | .203 | .514* | .478* | .100 | .346 |
| Autonomía | Pre | .336 | .047 | .532** | .569** | .112 | .106 |
| | Post | .187 | .340 | .613** | .354 | .006 | .184 |
| Dominio del entorno | Pre | .380 | .467* | .690** | .615** | -.038 | .416* |
| | Post | .202 | .180 | .441* | .349 | .063 | .125 |
| Crecimiento personal | Pre | .366 | .285 | .868** | .610** | -.109 | .292 |
| | Post | .241 | .304 | .553** | .396 | -.084 | .374 |
| Propósito de vida | Pre | .277 | .491* | .716** | .511* | -.080 | .408* |
| | Post | .007 | .099 | .278 | -.212 | -.041 | .396 |

*** $p < 0.05$ ** $p < 0.01$**

Dado que durante la intervención se trabajó con la virtud de trascendencia, se correlacionaron las fortalezas de carácter de dicha virtud con las subescalas de calidad de vida. Se puede observar en la tabla 48 que la fortaleza de humor correlaciona positivamente en ambas mediciones con la subescala de actividades, al igual que la fortaleza de esperanza con la subescala de intimidad.

Tabla 48.

Correlación de las Subescalas de Calidad de Vida y las Fortalezas de Carácter de la Virtud de Trascendencia

| | | Capacidad sensorial | Autonomía | Actividades | Participación social | Temor a la muerte | Intimidad |
|-----------------------|------|---------------------|--------------|--------------|----------------------|-------------------|--------------|
| Apreciación | Pre | .077 | .148 | .238 | .144 | -.105 | .301 |
| | Post | .188 | .293 | .344 | .450* | .337 | .376 |
| Gratitud | Pre | .221 | .332 | .391 | .240 | -.111 | .190 |
| | Post | .243 | .351 | .216 | .382 | .351 | .373 |
| Esperanza | Pre | -.087 | .427* | .305 | .223 | .040 | .477* |
| | Post | .390 | .394 | .255 | .323 | .359 | .420* |
| Espiritualidad | Pre | .267 | .348 | .332 | .233 | -.014 | .168 |
| | Post | .078 | .378 | .342 | .198 | .304 | .423* |
| Humor | Pre | .046 | .436* | .406* | .209 | -.010 | .189 |
| | Post | .357 | .202 | .412* | .498* | .371 | .307 |
| Trascendencia | Pre | .144 | .429* | .357 | .212 | -.035 | .287 |
| | Post | .276 | .236 | .354 | .437* | .428* | .357 |

*p<0.05 **p<0.01

Se correlacionaron las subescalas del instrumento de bienestar psicológico con las fortalezas de carácter de la virtud de trascendencia, como se muestra en la tabla 49. Las fortalezas de esperanza y humor son las que más correlaciones estadísticamente significativas presentan con las subescalas de propósito de vida y dominio del entorno respectivamente.

Tabla 49.

Correlación de las Subescalas del Bienestar Psicológico y las Fortalezas de Carácter de la Virtud de Trascendencia

| | | Auto- aceptación | Relaciones positivas | Autonomía | Dominio del entorno | Crecimiento personal | Propósito de vida |
|-----------------------|------|---------------------|-------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------|----------------------|
| Apreciación | Pre | .221 | -.100 | -.066 | .202 | .178 | .345 |
| | Post | .150 | .210 | .056 | .383 | .167 | .271 |
| Gratitud | Pre | .348 | .166 | .016 | .497* | .310 | .481* |
| | Post | -.122 | .027 | -.186 | .288 | .001 | .182 |
| Esperanza | Pre | .421* | -.338 | -.045 | .291 | .230 | .509* |
| | Post | .280 | .184 | .071 | .541** | .322 | .414* |
| Espiritualidad | Pre | .213 | -.073 | -.147 | .228 | .079 | .253 |
| | Post | .124 | .057 | .143 | .213 | .105 | .178 |
| Humor | Pre | .354 | .084 | .190 | .412* | .422* | .465* |
| | Post | .227 | .326 | .123 | .428* | .324 | .337 |
| Trascendencia | Pre | .275 | -.039 | -.033 | .381 | .233 | .436* |
| | Post | .175 | .149 | .060 | .461* | .239 | .335 |

*p<0.05 **p<0.01

En cuanto a la satisfacción con la vida, se correlacionó con las subescalas de calidad de vida, bienestar psicológico y las fortalezas de carácter.

En la tabla 50 se muestran que existen correlaciones en las subescalas de intimidad y actividades en ambas mediciones, y en la subescala de autonomía en la primera medición.

Tabla 50.

Correlación de las Subescalas de Calidad de Vida con la Satisfacción con la Vida.

| | | Capacidad sensorial | Autonomía | Actividades | Participación social | Temor a la muerte | Intimidad |
|---------------------------------|------|---------------------|---------------|---------------|----------------------|-------------------|--------------|
| Satisfacción con la vida | Pre | .137 | .561** | .609** | .397 | .067 | .425* |
| | Post | .354 | .257 | .465* | .359 | .033 | .461* |

***p<0.05 **p<0.01**

Por otro lado, se observa que hay correlaciones en las subescalas de autoaceptación, crecimiento personal y propósito de vida en ambas mediciones, y en la subescala de dominio del entorno en la medición pre, además de la subescala de relaciones positivas en la medición post, como se observa en la tabla 51.

Tabla 51.

Correlación de las Subescalas del Bienestar Subjetivo con la Satisfacción con la Vida.

| | | Auto- aceptación | Relaciones positivas | Autonomía | Dominio del entorno | Crecimiento personal | Propósito de vida |
|-------------------------------------|------|---------------------|-------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------|----------------------|
| Satisfacción con la vida | Pre | .681** | .249 | .350 | .530** | .607** | .651** |
| | Post | .610** | .474* | .389 | .339 | .655** | .470* |
| *p<0.05 **p<0.01 | | | | | | | |

Por último, se muestra en la tabla 52, existen correlaciones en las fortalezas de esperanza y humor en ambas mediciones, además hay correlaciones en la fortaleza de gratitud y la virtud de trascendencia en la medición pre.

Tabla 52

Correlación de las Fortalezas de la Virtud de Trascendencia con la Satisfacción con la Vida.

| | | Apreciación | Gratitud | Esperanza | Espiritualidad | Humor | Trascendencia |
|---|------|-------------|----------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| Satisfacción con la vida | Pre | .385 | .469* | .601** | .201 | .618** | .462* |
| | Post | .289 | .049 | .433* | .038 | .418* | .278 |
| *p<0.05 **p<0.01 | | | | | | | |

Análisis de la significancia clínica

Con el objetivo de conocer la significancia clínica de la intervención se utilizó la técnica de partición de mitades (Split Middle Technique) (Kazdin, 1996). en la que se analiza la pendiente de la línea base (LB) y la intervención (Tx), después se compara la inclinación de dichas pendientes para conocer si existen cambios clínicamente significativos. La recolección de datos utilizados para dicha técnica se obtuvo a partir del diario de autorregistro (anexo 8) y la ficha de seguimiento (anexo 9) de cada participante.

Las variables utilizadas correspondientes al diario son: gratitud, cambios (si han notado algún cambio positivo en sus pensamientos o en su cuerpo) y habilidades socioemocionales (H.H.S.E). A cada participante se le asignó una combinación de letras para identificarles, dicha combinación se estructuró de la siguiente forma: tipo de grupo (E= experimental o R= réplica) y número de folio según sus fichas de seguimiento (ej. E1). Para este análisis se tomó en consideración solo a aquellas personas que sí presentaban cambios en las variables debido a que las y los otros participantes que no se tomaron en cuenta ya contaban con niveles de gratitud, cambios o de habilidades socioemocionales altos.

En la tabla 53 se observa el número de casos clínicamente significativos en cada una de las variables, 11 casos en gratitud (5 del grupo 1 o experimental y 6 del grupo 2 o de réplica), 17 en cambios (9 en el grupo 1 o experimental y 8 en el grupo 2 o de réplica) y 15 en habilidades socioemocionales (8 en el grupo 1 o experimental y 7 en el grupo 2 o de réplica).

Tabla 53.

Número de participantes con cambios clínicamente significativos usando la Técnica de Partición de Mitades en las variables de gratitud, cambios y habilidades socioemocionales.

| Variable | Grupo experimental | Grupo de réplica | Total |
|-----------------|---------------------------|-------------------------|--------------|
| Gratitud | 5 | 6 | 11 |
| Cambios | 9 | 8 | 17 |
| H.H.S.E. | 8 | 7 | 15 |

En cuanto a la variable de gratitud el puntaje era del 0 al 100, el cual se promedió en la línea base y después en el tratamiento. Con el objetivo de conocer su significancia clínica se utilizó la técnica de partición de mitades. Los casos que se presentan a continuación tienen cambios clínicamente significativos, debido a que las y los otros participantes ya contaban con puntuaciones altas de gratitud.

En la tabla 54 se observa que en el grupo 1 o experimental, el caso E1 en la LB obtuvo un promedio de 43.57, mientras que en el tratamiento es de 76.86, con una significancia en el cambio de pendiente de $p=0.0005$. El promedio de la LB del caso E2 es de 77.14, y 84.29 en el Tx, con una significancia de $p=0.0004$. Asimismo, en el caso E3, el promedio de la LB es de 43.57, y de 90.29 para el Tx, su significancia es de $p=0.0001$. En el caso E7 se obtuvo un promedio de 46.43 en la LB, y para el Tx de 75.43, lo que indica una significancia de $p=0.0003$. Por último, en el caso E10 se encontró un promedio de 46.43 para la LB, y un promedio de 62.38 en el Tx, con una significancia de $p=0.0004$.

Tabla 54.

Promedios de la variable Gratitud durante de la Intervención del Grupo Experimental.

| Caso | L.B | Tx | Ganancia | P |
|------|-------|-------|----------|--------|
| E1 | 43.57 | 76.86 | 33.29 | 0.0005 |
| E2 | 77.14 | 84.29 | 7.14 | 0.0004 |
| E3 | 43.57 | 90.29 | 46.71 | 0.0001 |
| E7 | 46.43 | 75.43 | 29.00 | 0.0003 |
| E10 | 46.43 | 62.38 | 15.95 | 0.0004 |

Se siguió el mismo procedimiento para el grupo 2 o de réplica. Como se muestra en la tabla 55, se encontró un promedio de 78.93 en la LB del caso R2, y de 82.68 en el tratamiento, con una significancia de $p= 0.0003$. En el caso R4 el promedio de la LB es de 91.07, para el Tx de 96.90, y su significancia de $p= 0.0004$. Mientras que en el caso R5 el promedio de LB es de 90.71 y de 92.48 en el Tx, con una significancia en el cambio de pendiente de $p= 0.0005$. En el caso R6, el promedio es de 77.14 para la LB, y de 91.14 para el Tx, y con una significancia de $p= 0.0003$. Asimismo, en el caso R10 el promedio de LB es de 77.69, y del Tx es de 89.16, su significancia es de $p= 0.0006$. Y, por último, en el caso R12, el promedio es de 91.42 para la LB y de 91.53 para el Tx, con una significancia de $p= 0.0003$.

Tabla 55.

Promedios de la variable Gratitud durante la Intervención del Grupo de Réplica

| Caso | L.B | Tx | Ganancia | P |
|------|-------|-------|----------|--------|
| R2 | 78.93 | 82.68 | 3.74 | 0.0003 |
| R4 | 91.07 | 96.90 | 5.83 | 0.0004 |
| R5 | 90.71 | 92.49 | 1.78 | 0.0005 |
| R6 | 77.14 | 91.14 | 14 | 0.0003 |
| R10 | 77.69 | 89.16 | 11.47 | 0.0006 |
| R12 | 91.42 | 91.53 | .11 | 0.0003 |

A continuación, se muestran dos de las gráficas que ilustran los resultados de la técnica de partición de mitades en la variable de gratitud. La primera corresponde al caso E3 del grupo experimental y la segunda al caso R6 del grupo de réplica.

La figura 27 muestra el caso E3, que tiene un promedio en la LB de 43.57, y durante la intervención de 90.29, lo que indica una ganancia de 46.71, con cambios de pendiente, pero no de nivel, y con una significancia de $p= 0.0001$.

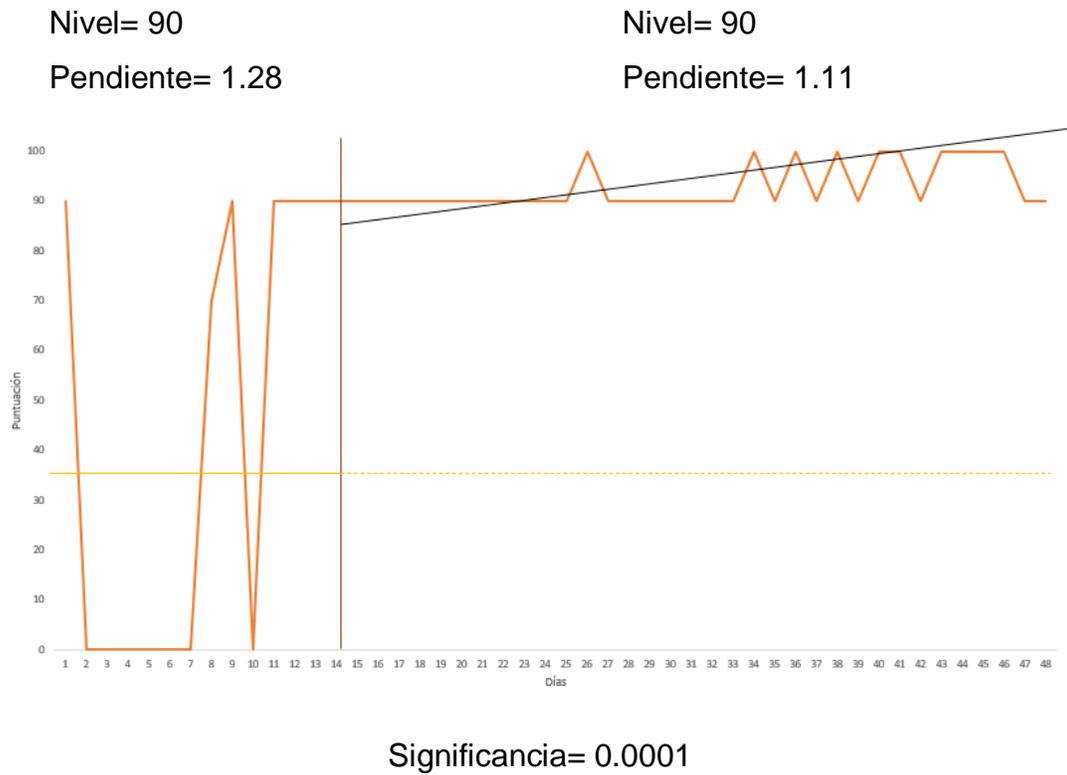
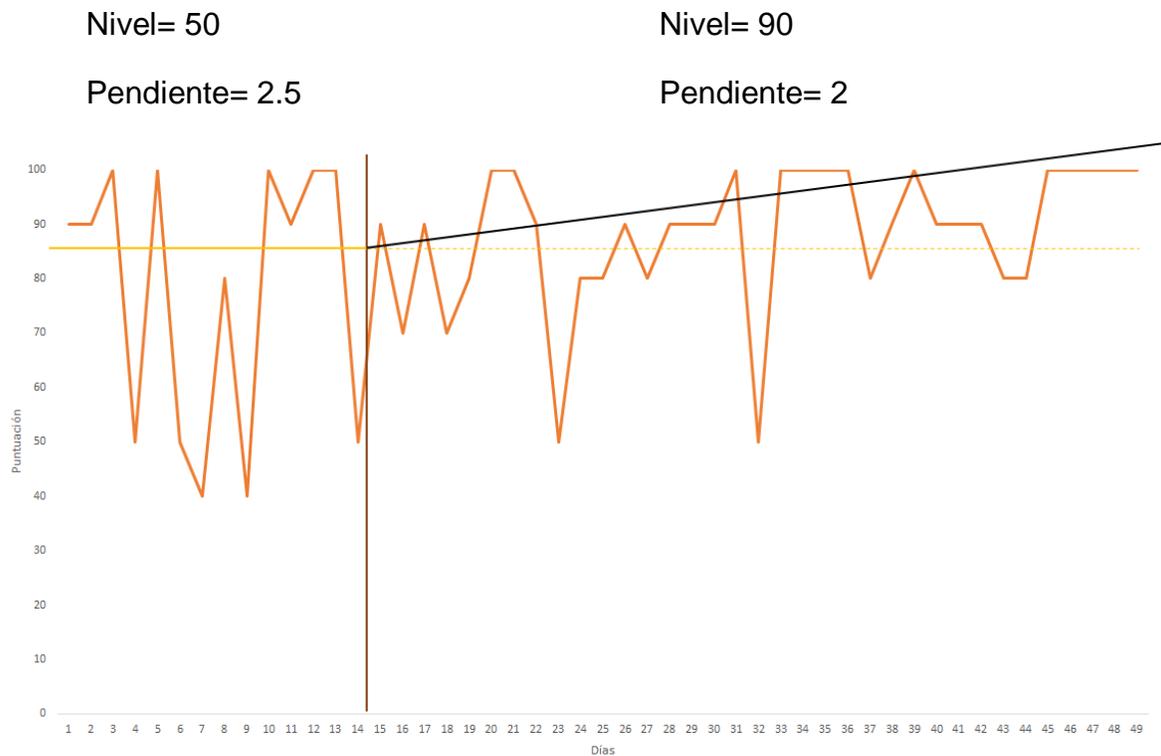


Figura 27. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E3. en la variable de gratitud.

El caso R6 tiene un promedio de 77.14 en la LB, mientras que durante la intervención tiene promedio de 91.14, lo que representa una ganancia de 14, tiene cambios en la pendiente y el nivel, con una significancia de 0.0003, como se muestra en la figura 28.



Significancia= 0.0003

Figura 28. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R6 en la variable de gratitud.

En la variable denominada “cambios”, se utilizó una escala del 0 al 10 que era contestada semanalmente. Dichos datos se promediaron y se obtuvo la significancia clínica con la técnica de partición de mitades. Los casos que se presentan a continuación tienen cambios clínicamente significativos, debido a que las y los otros participantes ya contaban con puntuaciones altas de cambios

En el grupo 1 o experimental se encontró que el caso E1 tiene un promedio de la LB de 6, y para el tratamiento es de 8.2, con una significancia de $p= 0.0004$. Además del promedio de 4 en la LB del caso E2, y de 8.8 en el tratamiento, con una significancia de $p= 0.0004$. En el caso E3 el promedio de la LB es de 3.5, para el Tx de 9.4, y su significancia de $p= 0.0004$. Mientras que en el caso E4 el promedio de LB es de 2 y de 7.6 en el Tx, con una significancia en el cambio de pendiente de $p= 0.0004$. En el caso E5, el promedio es de 7 para la LB, y de 9.6 para el Tx, y con una significancia de $p= 0.0006$. Asimismo, en el caso E6 el promedio de LB es de 0, y del Tx es de 7.6, su significancia es de $p= 0.0006$. Por otro lado, en el caso E8, el promedio es de 6 para la LB y de 6 para el Tx, con una significancia de $p= 0.0004$. El promedio del caso E10 en la LB es de 0, mientras que en el Tx es de 3.2, lo que representa una significancia de $p= 0.0005$. Por último, en el caso E12 la LB tiene un promedio de 0, y el TX de 9.5, con una significancia de 0.0005. Todo esto se puede ver en la tabla 56.

Tabla 56.

Promedios de la variable Cambios durante la Intervención del Grupo Experimental.

| Caso | L.B | Tx | Ganancia | p |
|-------------|------------|-----------|-----------------|----------|
| E1 | 6 | 8.2 | 2.2 | 0.0004 |
| E2 | 4 | 8.8 | 4.4 | 0.0004 |
| E3 | 3.5 | 9.4 | 5.9 | 0.0004 |
| E4 | 2 | 7.6 | 5.6 | 0.0004 |

| Caso | L.B | Tx | Ganancia | <i>p</i> |
|-------------|------------|-----------|-----------------|-----------------|
| E5 | 7 | 9.6 | 2.6 | 0.0006 |
| E6 | 0 | 7.6 | 7.6 | 0.0006 |
| E8 | 6 | 6 | 0 | 0.0004 |
| E10 | 0 | 3.2 | 3.2 | 0.0005 |
| E12 | 0 | 9.5 | 9.5 | 0.0005 |

En la tabla 57 se muestran los casos clínicamente significativos del grupo 2 o de réplica. El caso R1 en la LB obtuvo un promedio de 2.5, mientras que en el tratamiento es de 6, con una significancia de $p= 0.0005$. El promedio de la LB del caso R3 es de 8, al igual que en el Tx, con una significancia de $p=0.0004$. Asimismo, en el caso R4, el promedio de la LB es de 8, y de 8.5 para el Tx, su significancia es de $p= 0.0005$. En el caso R5 se obtuvo un promedio de 7 en la LB, y para el Tx de 8.5, lo que indica una significancia de $p= 0.0004$. Por otro lado, en el caso R6 el promedio de la LB es de 0, y en el Tx de 4.2, con una significancia de $p=0.0004$. El promedio de la LB del caso R7 es de 2.5, y de 8.2 en el Tx, su significancia es de $p= 0.0004$. En el caso R8, en la LB el promedio es de 0, y para el Tx es de 7.5, con una significancia de $p=0.0005$. Por último, en el caso R10 se encontró un promedio de 4 para la LB, y un promedio de 7.6 en el Tx, con una significancia en el cambio de pendiente de $p= 0.0004$.

Tabla 57.

Promedios de la variable Cambios durante la Intervención del Grupo de Réplica

| Caso | L.B | Tx | Ganancia | p |
|-------------|------------|-----------|-----------------|----------|
| R1 | 2.5 | 6 | 3.5 | 0.0005 |
| R3 | 8 | 8 | 0 | 0.0004 |
| R4 | 8 | 8.5 | 0.5 | 0.0005 |
| R5 | 7 | 8.6 | 1.6 | 0.0004 |
| R6 | 0 | 4.2 | 4.2 | 0.0004 |
| R7 | 2.5 | 8.2 | 5.7 | 0.0004 |
| R8 | 0 | 7.5 | 7.5 | 0.0005 |
| R10 | 4 | 7.6 | 3.6 | 0.0005 |

En la sección de cambios del diario también se les pidió que se registrarán cuáles eran las modificaciones en sus pensamientos o en su cuerpo en la última semana. En la tabla 58 se seleccionaron algunos comentarios que apoyan de manera cualitativa la significancia clínica de la intervención.

Tabla 58.

Comentarios de la variable cambios de las y los participantes durante la intervención

| Caso | Comentarios |
|-------------|--|
| E3 | <p>“Mi cuerpo funciona bien de acuerdo a mi edad y mi pensamiento trato de que sea lo más positivo posible”</p> <p>“Trato de actuar con modestia, honestidad y agradecimiento”</p> <p>“Sigo cultivando mi condición física con el ejercicio y sigo luchando contra el deterioro de mi organismo”</p> <p>“Me siento optimista y tranquilo”</p> <p>“He tratado de ser feliz y al lograrlo siento tranquilidad en mi cuerpo y en mi espíritu”</p> <p>“He meditado sobre algunos problemas de mi comportamiento y en lugar de reaccionar negativamente lo hice de una manera positiva”</p> |
| E7 | <p>“Mejor carácter”</p> <p>“Sí, una actitud más positiva”</p> <p>“Retomar metas por realizar, tengo una actitud más positiva.</p> <p>“Siempre he tenido metas de largo plazo, me dan mayor satisfacción personal (metas mayores a un año)”</p> <p>“La actitud, más positivo”</p> |
| E12 | <p>“Pensamientos. Vivo con entusiasmo y aprecio cada instante”</p> <p>“El nivel de glucosa ha disminuido, soy feliz”</p> <p>“Pensamientos. Ser mejor cada día”</p> <p>“En mi cuerpo, y me siento contenta por este logro”</p> |
| R2 | <p>“Estoy emocionado con el taller”</p> <p>“Estoy tratando de encontrar a todo algo bueno, me sentía amargado. Empecé a buscar un lugar en un asilo. YA NO”</p> <p>“Me siento más, con más dinamismo que el primer día que llegué aquí, estos días ya se me fue mi depresión. Me siento feliz”</p> <p>“Ya pienso más positivamente, Termine el 1er periodo de computación, gracias a Dios”</p> <p>“Muy positivo, trato de hacerles cumplidos a mis hijas”</p> <p>“Trato de ver mis cualidades y pensar que puedo salir adelante”</p> |

R3 “Mis pensamientos son más positivos y mi cuerpo un poco más ágil”
“Lo que pienso es positivo y además si soy perseverante lo logro”
“Sí, en mi pensamiento es más positivo cada día”
“Darme cuenta que el que persevera alcanza”
“Si alguien se molesta conmigo porque no le salen bien las cosas no me culpo y me alejo para no entrar en discusiones”
“Ahora puedo tener prioridades en mis actividades cotidianas”

R19 “Tengo curiosidad por seguir adelante y aprender”
“Me enfoco en una cosa buena en medio de cinco malas”
“Pensado no tomar a pecho mis malestares, actitud más positiva”
“En que siempre hay algo bueno todos los días”
“He notado que me enfermo menos, y casi no tengo tiempo para estar triste”
“Intento siempre bajar de peso. Veo lo positivo”

Siguiendo con la misma variable, se presentan dos gráficas de los resultados de la técnica de partición de mitades. La primera corresponde al caso E6 del grupo experimental y la segunda al caso R7 del grupo de réplica.

En el caso E6 se encontró un promedio de 0 en la línea base, y de 7.6 durante la intervención, lo que a su vez representa la ganancia obtenida. No hay cambios en el nivel ni en la pendiente, su significancia es de 0.0006, como se observa en la figura 29.

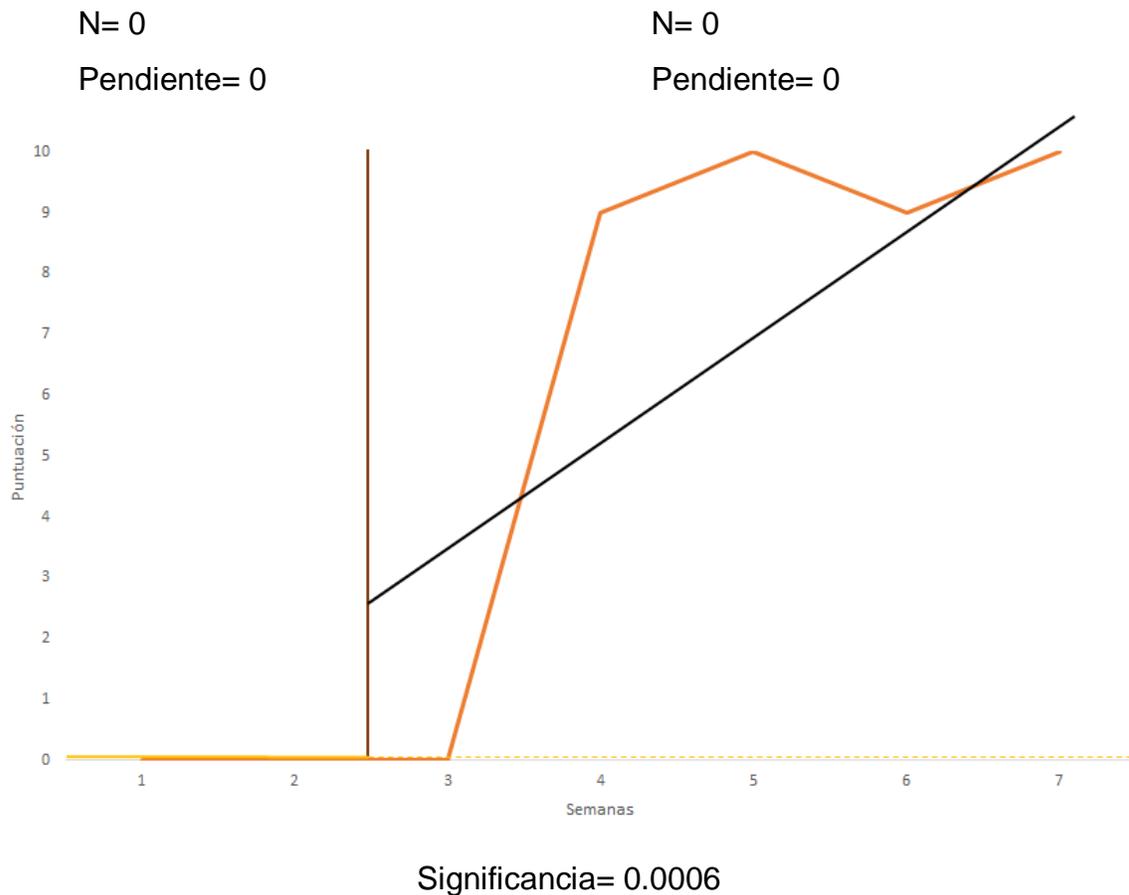


Figura 29. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E6 en la variable de cambios.

En la figura 30 se observa el caso R7, en dónde se obtuvo un promedio de línea base de 2.5, y de 8.2 durante la intervención, con una ganancia de 5.7, no se muestran cambios en el nivel ni en la pendiente, su significancia es de $p= 0.0004$.

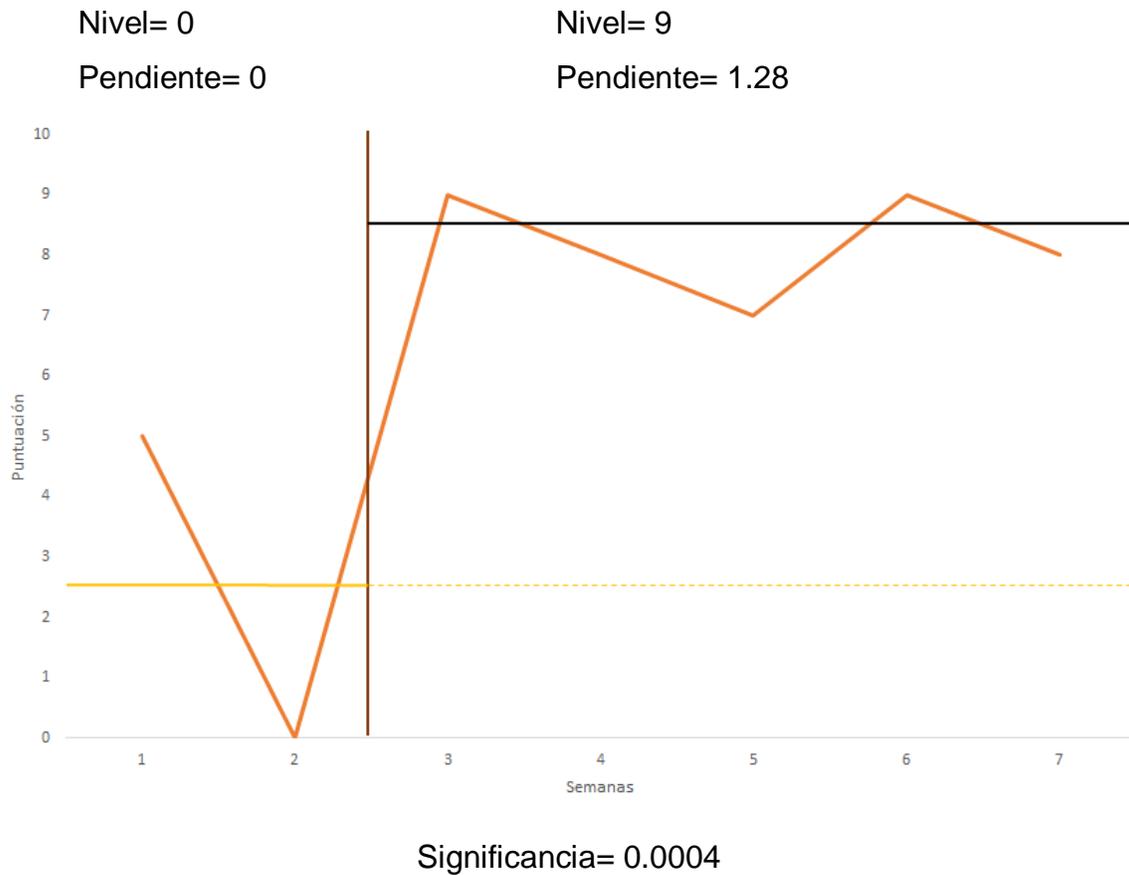


Figura 30. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R7 en la variable de cambios.

Para la variable de habilidades socioemocionales se empleó una escala de 1 al 9, cada número representa una actividad realizada semanalmente. Para determinar su significancia clínica se utilizó la técnica de partición de mitades. Los casos que se presentan a continuación tienen cambios clínicamente significativos, debido a que las y los otros participantes ya contaban con puntuaciones altas de habilidades socioemocionales.

En el grupo 1 o experimental, el caso E1 en la LB obtuvo un promedio de 4, mientras que en el tratamiento es de 5.8, con una significancia en el cambio de pendiente de $p=0.0004$. El promedio de la LB del caso E2 es de 5, y 6.2 en el Tx, con una significancia de $p=0.0004$. Asimismo, en el caso E3, el promedio de la LB es de 1, y de .2 para el Tx, su significancia es de $p=0.0002$. En la LB del caso E5 el promedio es de 2.5, y en el Tx de 7.2, con una significancia de $p=0.0004$. El promedio del caso E6 en la LB es de 3, y para el Tx es de 5, con una significancia de $p=0.0006$. En el caso E7 se obtuvo un promedio de 0 en la LB, y para el Tx de 3.2, lo que indica una significancia de $p=0.0005$. Al igual que el caso anterior, el promedio de la LB del caso E10 es de 0, y en el Tx de 5.2, con una significancia de $p=0.0005$. Por último, en el caso E12 se encontró un promedio de 0 para la LB, y un promedio de 4.7 en el Tx, con una significancia de $p=0.0005$. Todo esto se puede observar en la tabla 59.

Tabla 59.

Promedios de la variable Habilidades Socioemocionales durante la Intervención del Grupo Experimental

| Caso | L.B | Tx | Ganancia | p |
|-------------|------------|-----------|-----------------|----------|
| E1 | 4 | 5.8 | 1.8 | 0.0004 |
| E2 | 5 | 6.2 | 1.2 | 0.0004 |
| E4 | 1 | 1.2 | .2 | 0.0002 |

| Caso | L.B | Tx | Ganancia | <i>p</i> |
|-------------|------------|-----------|-----------------|-----------------|
| E5 | 2.5 | 7.2 | 4.7 | 0.0004 |
| E6 | 3 | 5 | 2 | 0.0006 |
| E7 | 0 | 3.2 | 3.2 | 0.0005 |
| E10 | 0 | 5.2 | 5.2 | 0.0005 |
| E12 | 0 | 4.7 | 4.7 | 0.0005 |

En la tabla 60 se muestran los casos con una significancia clínicamente significativos del grupo 2 o de réplica. El caso R1 en la LB obtuvo un promedio de 4, mientras que en el tratamiento es de 8, con una significancia de $p= 0.0005$. En la LB del caso R2 el promedio es de 4, y para el Tx es de 4.2, con una significancia de $p= 0.0005$. El promedio de la LB del caso R3 es de 6, y en el Tx de 7.4, con una significancia de $p= 0.0006$. Asimismo, en el caso R4, el promedio de la LB es de 3 al igual que en el Tx, su significancia es de $p= 0.0005$. En el caso R8 se obtuvo un promedio de 2.5 en la LB, y para el Tx de 5.2, lo que indica una significancia de $p= 0.0005$. Por otro lado, en el caso R9 el promedio de la LB es de 3, y en el Tx de 4 con una significancia de $p= 0.0005$. Por último, en el caso R10 se encontró un promedio de 3 para la LB, y un promedio de 3.6 en el Tx, con una significancia de $p= 0.0004$.

Tabla 60.

Promedios de la variable Habilidades Socioemocionales durante la Intervención del Grupo Experimental

| Caso | L.B | Tx | Ganancia | p |
|-------------|------------|-----------|-----------------|----------|
| R1 | 4 | 8 | 4 | 0.0005 |
| R2 | 4 | 4.2 | 2.2 | 0.0005 |
| R3 | 6 | 7.4 | 1.4 | 0.0006 |
| R4 | 3 | 3 | 0 | 0.0005 |
| R8 | 2.5 | 5.2 | 2.7 | 0.0005 |
| R9 | 3 | 4 | 1 | 0.0005 |
| R10 | 3 | 3.6 | .6 | 0.0004 |

Para ilustrar de manera gráfica la técnica de partición de mitades en la variable de habilidades socioemocionales, se muestran dos gráficos. El primero de ellos del caso E5 del grupo experimental, y el segundo del caso R3, del grupo de réplica.

En la figura 31 se muestra el caso E5 el promedio de la línea base es de 2.5, mientras que durante la intervención fue de 7.2, lo que muestra una ganancia de 4.7, con cambios en la pendiente y el nivel y una significancia de $p=0.0004$.

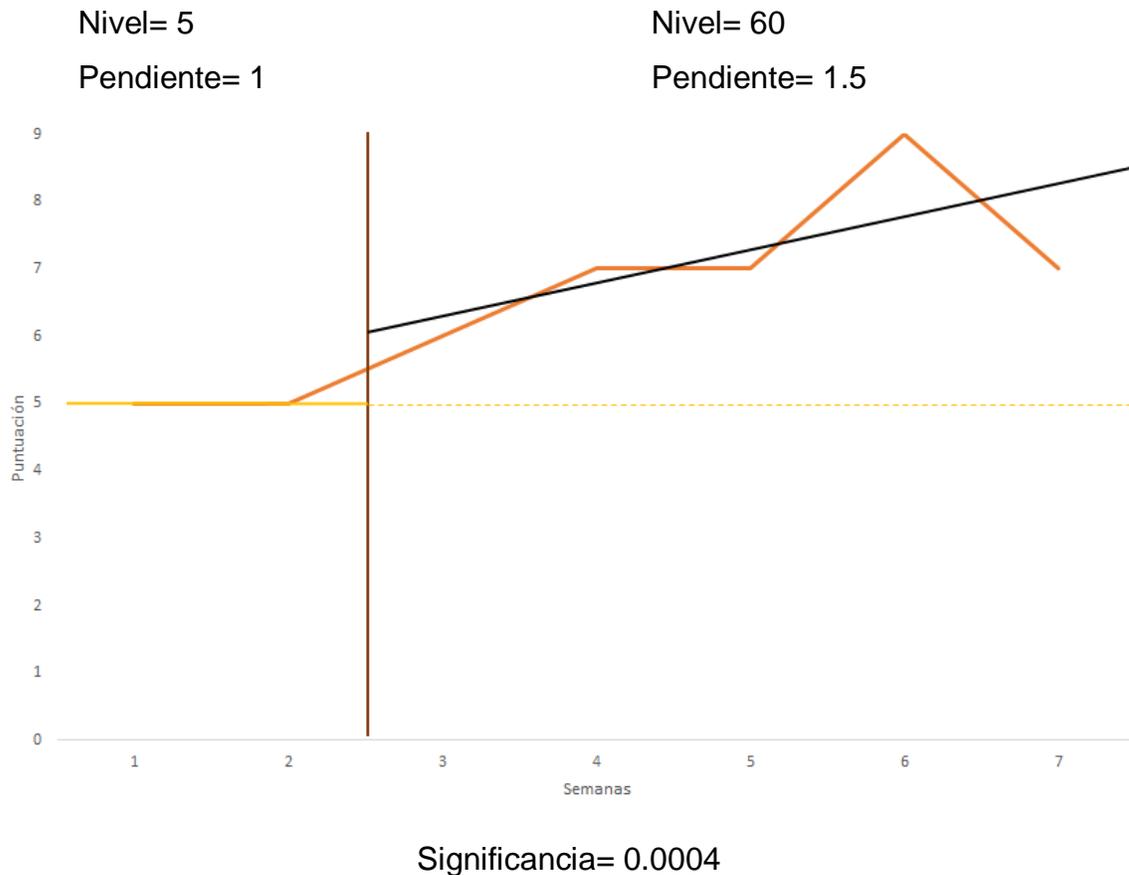


Figura 31. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E5 en la variable de habilidades socioemocionales.

En el caso R3, se obtuvo un promedio de 6 en la línea base, y de 7.4 durante la intervención, con una ganancia de 1.4, con cambios de nivel y de pendiente, y con una significancia de $p=0.0005$, como se muestra en la figura 32.

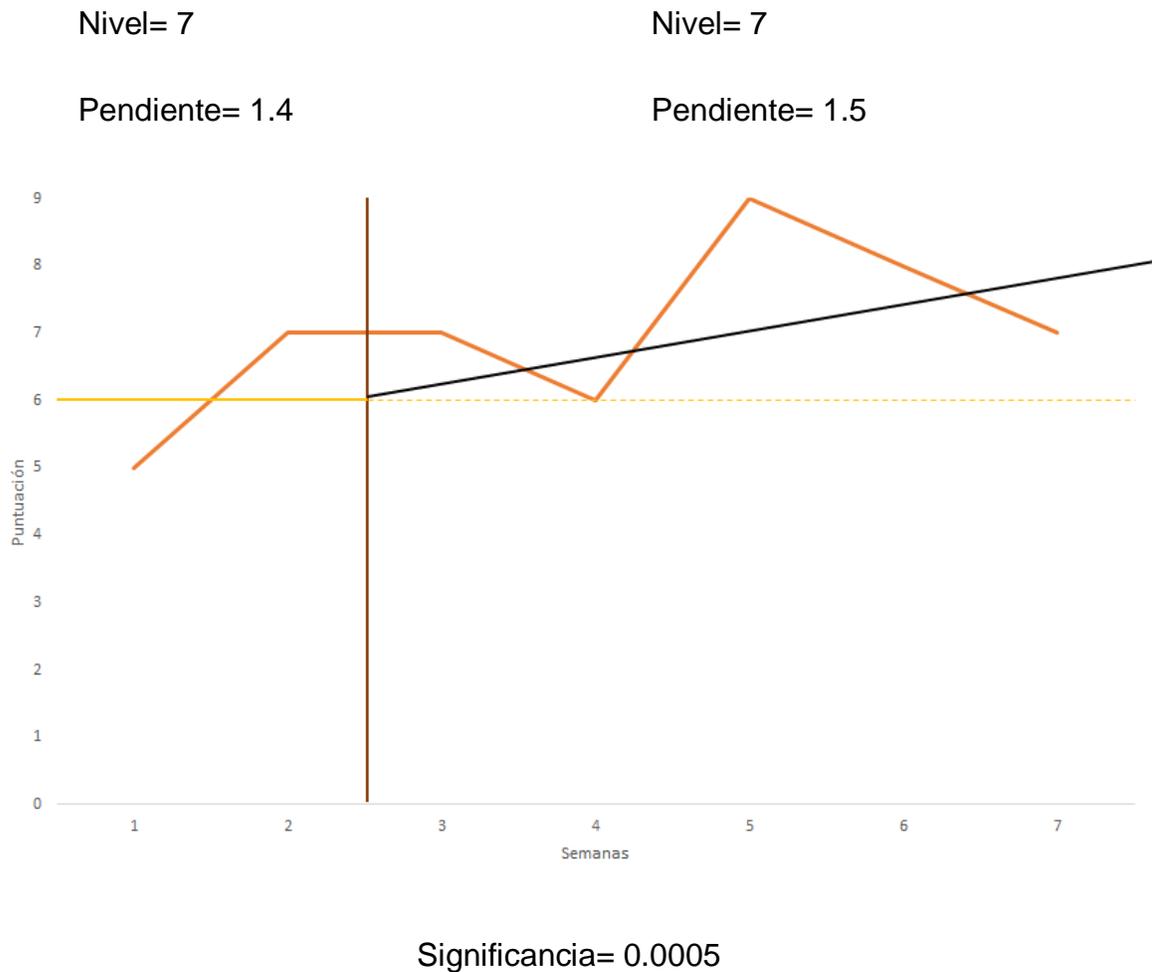


Figura 32. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R3 en la variable de habilidades socioemocionales.

Durante la intervención se tomaron los signos vitales de presión sistólica y diastólica, pulso y frecuencia respiratoria, antes y después de cada sesión. Para conocer si existieron cambios clínicamente significativos se utilizó la técnica de partición de mitades. Para ello se promedió la toma de signos por sesión, luego por línea base y por último durante la intervención. En la tabla 61 se muestra el número de casos clínicamente significativos en cada grupo, del total y por cada signo vital.

Tabla 61.

Número de participantes con cambios clínicamente significativos usando la Técnica de Partición de Mitades para la significancia clínica por caso por signos vitales.

| Signos vitales | Grupo experimental | Grupo de réplica | Total |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------|
| Presión sistólica | 4 | 3 | 7 |
| Presión diastólica | 3 | 2 | 5 |
| Pulso | 1 | 1 | 2 |
| Fx respiratoria | 2 | 5 | 7 |

La presión sistólica normal en personas adultas mayores es de 110 mmHg a 120 mmHg (Villegas, Villegas, & Villegas, 2012), por lo que se consideró a las personas que tuvieran más de dichas medidas (ganancias negativas) o menos (ganancias positivas) como se muestra en la tabla 53. Respecto al grupo 1 o experimental, el caso E3 obtuvo un promedio en la LB de 125 mmHg, y durante la intervención un promedio de 115.6 mmHg, con una ganancia de $p= 0.0005$. El promedio de la LB del caso E4 es de 104 mmHg, y del Tx de 110.4 mmHg, con una significancia de $p= 0.0004$. Por otro lado, en el caso E5 el promedio de la LB es de 122.5 mmHg y en el Tx de 113.8 mmHg, con una significancia de $p= 0.0005$. El promedio de la LB del caso E8 es de 121.5 mmHg, y de 111.2 mmHg en el Tx, su

significancia es de $p=0.0005$. En el grupo 2 o de réplica, se encontró que en el caso R1, en la LB el promedio es de 122.5 mmHg, y para el Tx es de 112.5 mmHg, con una significancia de $p=0.0005$. El promedio de la LB en el caso R7 es de 107.5 mmHg, y de 112.8 mmHg, con una significancia de $p=0.0004$. Por último, en el caso R9 se encontró un promedio de 122.5 mmHg para la LB, y un promedio de 121.7 mmHg en el Tx, con una significancia de $p=0.0006$.

Tabla 62.

Promedios de la presión sistólica durante la intervención de ambos grupos.

| Grupo | Caso | LB | Tx | Ganancia | P |
|---------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------------|----------|
| Grupo experimental | E3 | 125 | 115.6 | -9.4 | 0.0005 |
| | E4 | 104 | 110.4 | 6.4 | 0.0004 |
| | E5 | 122.5 | 113.8 | -8.7 | 0.0005 |
| | E8 | 121.5 | 111.2 | -10.3 | 0.0006 |
| Grupo de réplica | R1 | 122.5 | 112.5 | -10 | 0.0005 |
| | R7 | 107.5 | 112.8 | 5.3 | 0.0004 |
| | R9 | 122.5 | 121.7 | -0.8 | 0.0006 |

A continuación, se presentan dos gráficas que ejemplifican los resultados de la técnica de partición de mitades en la presión sistólica. Las líneas moradas representan los valores normales en personas adultas mayores. El primer gráfico es el caso E8 del grupo experimental, mientras que el segundo gráfico es del caso R7 del grupo de réplica.

En la figura 33 se muestra el caso E8, en donde el promedio de la LB es de 121.5 mmHg, lo cual está por encima de los valores normales, el promedio durante la intervención disminuyó a 111.2 mmHg, con una ganancia de -10.3 mmHg. Se muestran cambios en el nivel y la pendiente, con una significancia de $p= 0.0005$.

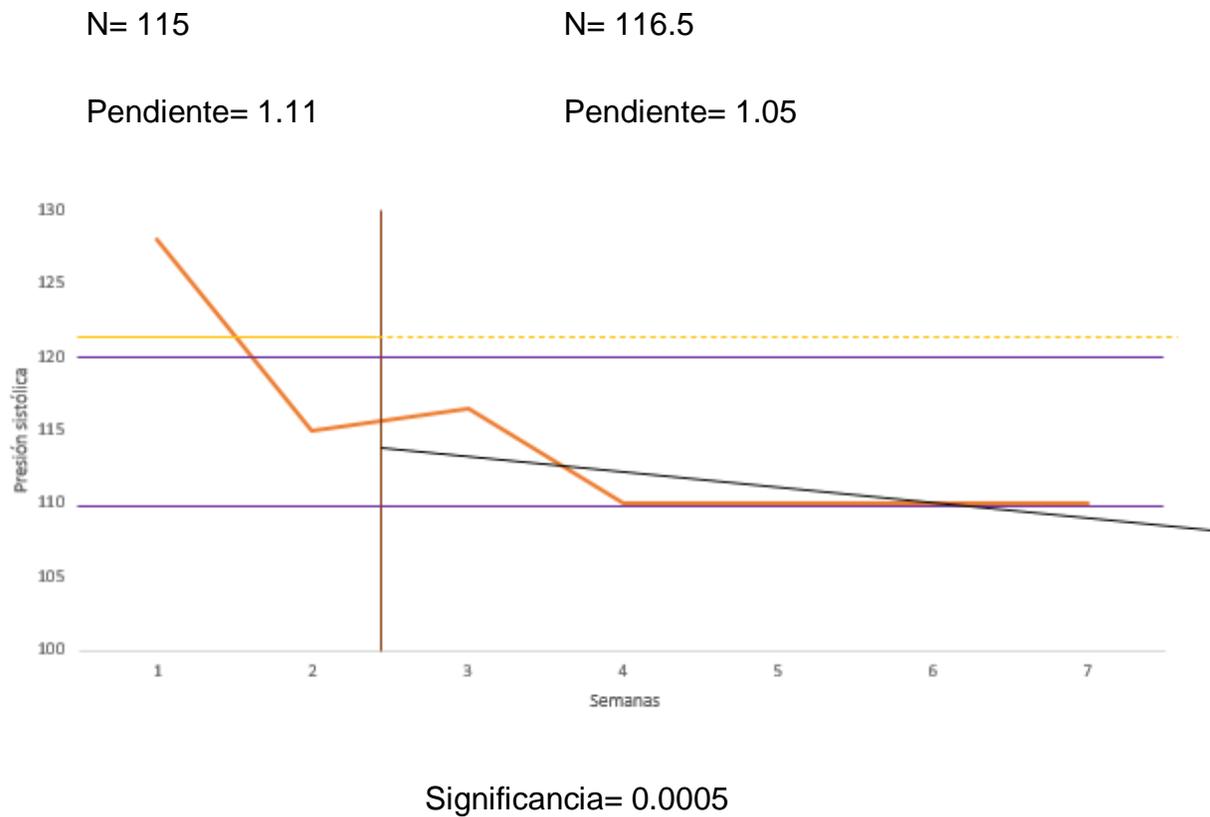


Figura 33. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E8 de la presión sistólica.

Nota: Las líneas moradas representan los valores normales en personas adultas mayores

Para considerar los casos clínicamente significativos en la presión diastólica se siguió el mismo procedimiento de la presión sistólica. Los valores normales en personas adultas mayores son de 70 mmHg a 80 mmHg (Villegas, Villegas, & Villegas, 2012).

En la tabla 63 se muestran los casos clínicamente significativos del grupo 1 o experimental y grupo 2 o de réplica. En el primero se encuentra el caso E4 que obtuvo un promedio en la LB de 65 mmHg, y durante la intervención un promedio de 74 mmHg, con una ganancia de $p= 0.0004$. El promedio de la LB del caso E7 es de 81 mmHg, y del Tx de 75 mmHg, con una significancia de $p= 0.0005$. Por otro lado, en el caso E8 el promedio de la LB es de 68.5 mmHg y en el Tx de 71 mmHg, con una significancia de $p= 0.0005$. Mientras que en el grupo 2 o de réplica se encuentra el caso R7 con una LB de 67.5 mmHg y de 71 mmHg en el Tx, con una significancia de $p= 0.0005$. Y por último, el caso R9 con un promedio de LB de 82.5 y de Tx de 80 mmHg, con una significancia de $p= 0.0006$.

Tabla 63.

Promedios de la presión diastólica durante la intervención de ambos grupos.

| Grupo | Caso | LB | Tx | Ganancia | p |
|---------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------------|----------|
| Grupo experimental | E4 | 65 | 74 | 9 | 0.0004 |
| | E7 | 81 | 75 | -6 | 0.0005 |
| | E8 | 68.5 | 71 | 2.5 | 0.0005 |
| Grupo de réplica | R7 | 67.5 | 75 | 7.5 | 0.0005 |
| | R9 | 82.5 | 80 | -2.5 | 0.0004 |

Se presentan dos gráficas que corresponden a los resultados de la técnica de partición de mitades respecto a la presión diastólica. Las líneas marrones representan los valores normales en personas adultas mayores. La primera de ellas es del caso E4 del grupo experimental, mientras que la segunda es del caso R9 del grupo de réplica.

En la figura 35 se muestra el caso E4, en el que el promedio de la LB es de 65 mmHg, y durante la intervención fue de 74 mmHg, lo que representa una ganancia de 9 mmHg. Se observan cambios en la pendiente y el nivel, y su significancia es de 0.0004.

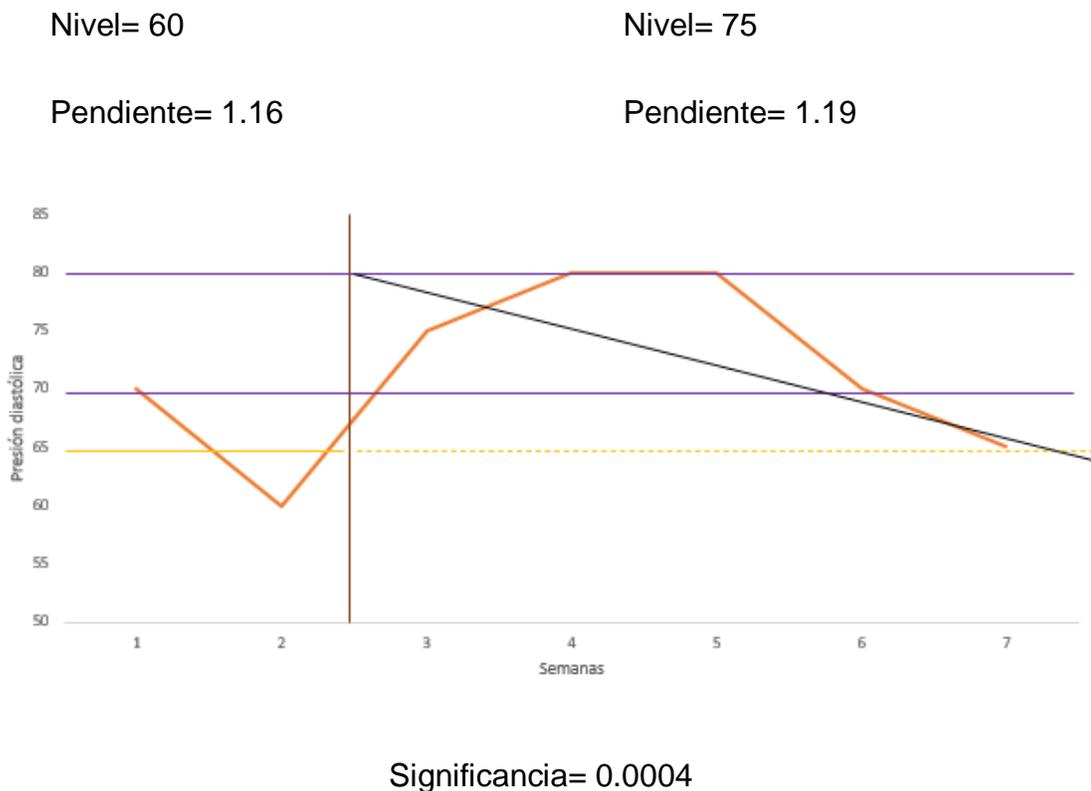
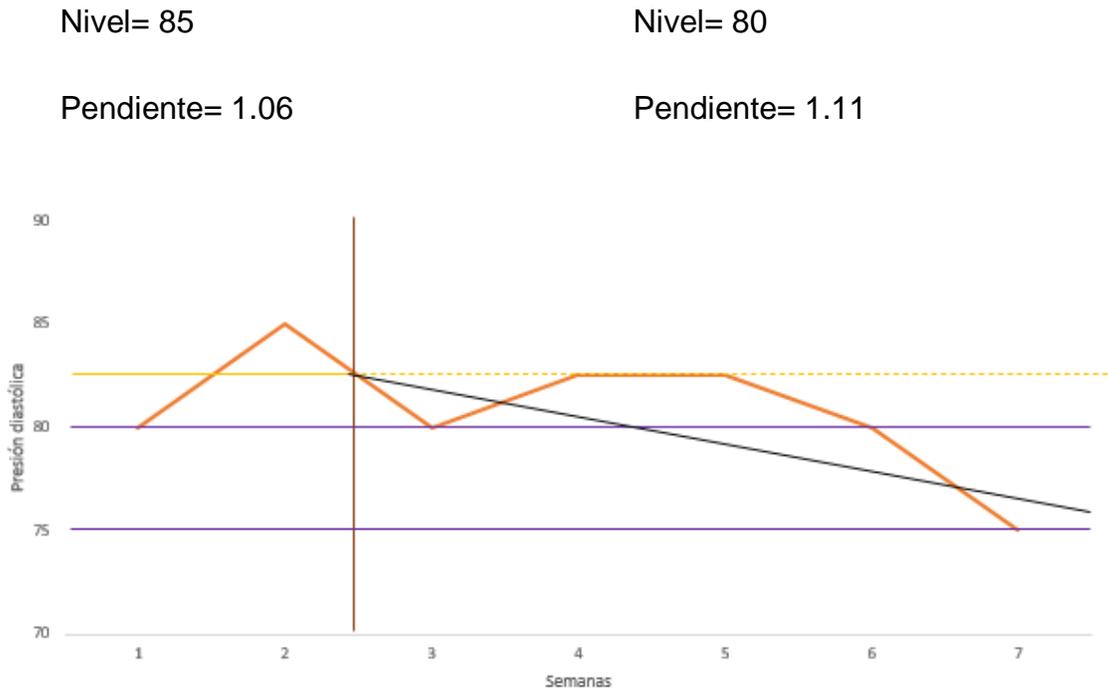


Figura 35. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E4 de la presión diastólica.

Nota: Las líneas moradas representan los valores normales en personas adultas mayores

El caso R9 obtuvo un promedio de 82.5 mmHg en la línea base, mientras que durante la intervención su promedio fue de 80 mmHg, con una ganancia de -2.5 mmHg. Se muestran cambios en el nivel y en la pendiente. Su significancia es de $p=0.0004$, y se puede observar en la figura 36.



Significancia= 0.0004

Figura 36. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R9 de la presión diastólica.

Nota: Las líneas moradas representan los valores normales en personas adultas mayores

Para el pulso se siguió el mismo procedimiento y se calculó la significancia clínica con la técnica de partición de mitades. Los valores normales en personas adultas mayores son menores de 60 lpm, o bien de 60 lpm a 80 lpm en personas adultas (Villegas, Villegas, & Villegas, 2012).

En la tabla 64 se muestra el caso E1 del grupo 1 o experimental, el cual obtuvo un promedio en la LB de 89 lpm, y en el Tx de 79.8 lpm, con una significancia de $p= 0.0005$. Y del grupo 2 o de réplica, el caso R2, con un promedio de LB de 82.75 lpm, y de 72 lpm durante la intervención, con una significancia de $p= 0.0005$.

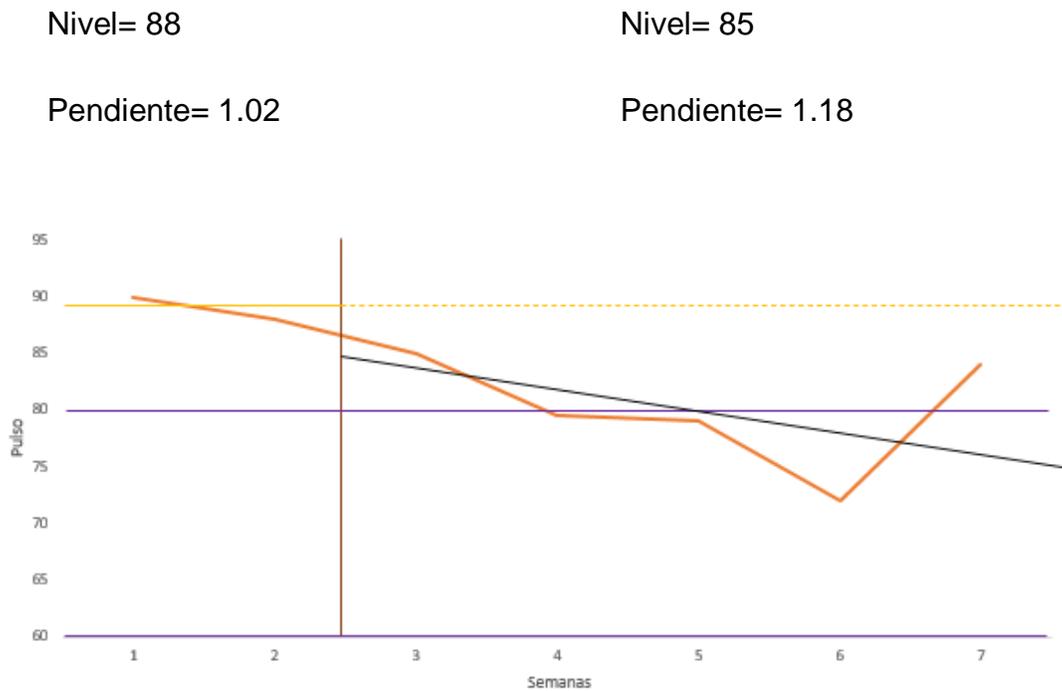
Tabla 64.

Promedios del pulso durante la intervención de ambos grupos.

| Grupo | Caso | LB | Tx | Ganancia | p |
|---------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------------|----------|
| Grupo experimental | E1 | 89 | 79.8 | -12.2 | 0.0005 |
| Grupo de réplica | R2 | 82.75 | 72 | -10.75 | 0.0005 |

A continuación, se muestran las gráficas de resultados de la técnica de partición de mitades de ambos casos.

En la figura 37 se encuentra el caso E1, con una ganancia de -12.2 lpm, con cambios en la pendiente y el nivel, su significancia es de $p= 0.0005$.



Significancia= 0.0005

Figura 37. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E1 del pulso.

Nota: Las líneas moradas representan los valores normales en personas adultas mayores

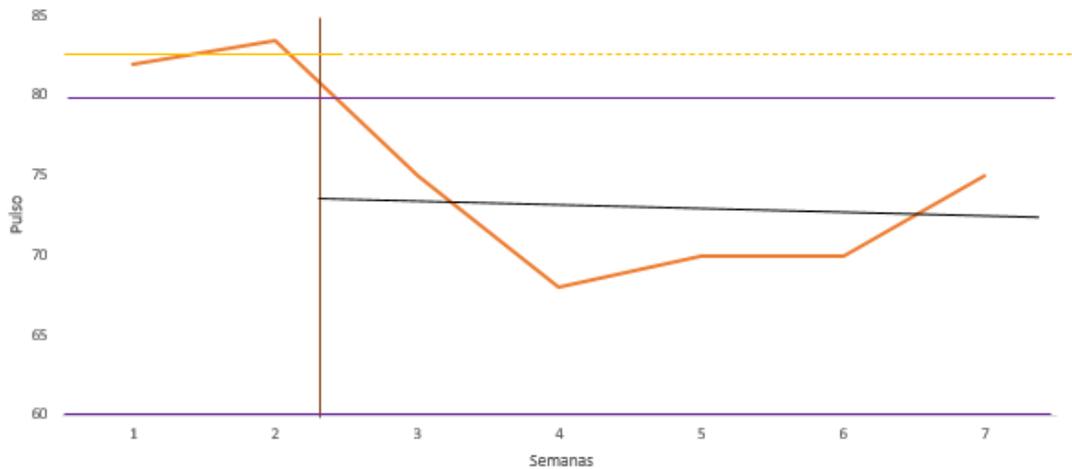
El caso R2 tiene una ganancia -10.75, con cambios de pendiente y de nivel, y con una significancia de $p=0.0005$. (Ver figura 38).

Nivel= 83.5

Nivel= 75

Pendiente= 1.01

Pendiente= 1.10



Significancia= 0.0005

Figura 38. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R2 del pulso.

Nota: Las líneas moradas representan los valores normales en personas adultas mayores

Por último, se utilizó la técnica de partición de mitades para la frecuencia respiratoria con el mismo procedimiento de los signos vitales anteriores. Los valores normales en personas adultas mayores son de 14 rpm a 16 rpm, o bien en personas adultas de 16 a 20 rpm (Villegas, Villegas, & Villegas, 2012).

En el grupo 1 o experimental hay dos casos, el E1 con un promedio en la LB de 25.5 rpm, y de 19.8 rpm en el Tx, con una significancia de 0.0004. El promedio de la LB del caso E5 es de 29 rpm, y en el Tx de 20.2 rpm, con una significancia de $p=0.0002$. Dentro del grupo 2 o de réplica, en el caso R4, el promedio de la LB es de 24 rpm, y de 21.75 rpm en el Tx, su significancia es de $p=0.0005$. En el caso R5 se obtuvo un promedio de 22.5 rpm en la LB, y para el Tx de 22 rpm, lo que indica una significancia de $p=0.0002$. Por otro lado, en el caso R9 el promedio de la LB es de 23 rpm, y en el Tx de 22.5 rpm con una significancia de $p=0.0007$. En el caso R10 se encontró un promedio de 23 rpm para la LB, y un promedio de 22 rpm en el Tx, con una significancia de $p=0.0002$. Por último, el promedio de la LB del caso R11 es de 21.5 rpm, y de 20.5 rpm en el Tx, con una significancia de $p=0.0005$. Esto se puede ver en la tabla 65.

Tabla 65.

Promedios de la frecuencia respiratoria durante la intervención de ambos grupos

| Grupo | Caso | LB | Tx | Ganancia | p |
|---------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------------|----------|
| Grupo experimental | E1 | 25.5 | 19.8 | -5.7 | 0.0002 |
| | E5 | 29 | 20.2 | -8.8 | 0.0004 |
| Grupo de réplica | R4 | 24 | 21.75 | -2.25 | 0.0005 |
| | R5 | 22.5 | 22 | -0.5 | 0.0002 |
| | R9 | 23 | 22.5 | -0.5 | 0.0007 |
| | R10 | 23 | 22 | -1 | 0.0002 |
| | R11 | 21.5 | 20.5 | -1 | 0.0004 |

Se muestran dos gráficas que ejemplifican los resultados de la técnica de partición de mitades respecto a la frecuencia respiratoria. La primera del grupo experimental del caso E5, y la segunda del grupo de réplica, el caso R11.

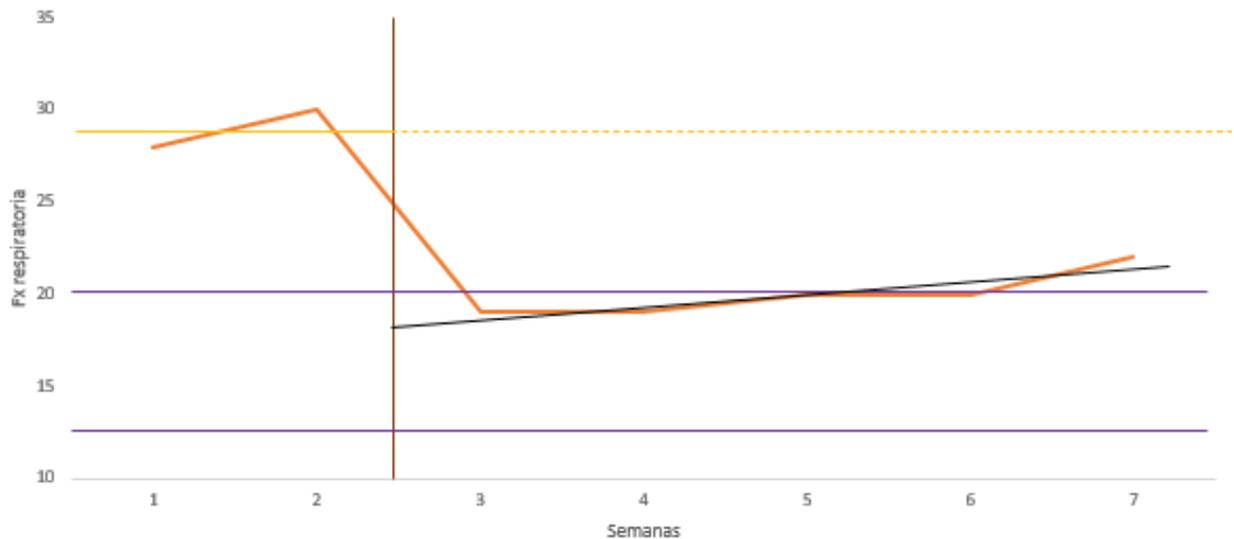
En la figura 39 se observa el caso E5, con un promedio de línea base de 29 rpm, y durante la intervención de 20.2 rpm, lo que representa una ganancia de -8.8 rpm, hay cambios de nivel y de pendiente, con una significancia de $p= 0.0002$.

Nivel= 30

Nivel= 19

Pendiente= 1.07

Pendiente= 1.15



Significancia= 0.0004

Figura 39. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso E5 de la frecuencia respiratoria.

Nota: Las líneas moradas representan los valores normales en personas adultas mayores

El caso R11 tiene una línea base de 21.5 rpm, y durante la intervención obtuvo un promedio de 20.5 rpm, lo que genera una ganancia de -1 rpm, se muestran cambios de nivel y de pendiente, con una significancia de $p=0.0004$. Esto se puede ver en la figura 40.

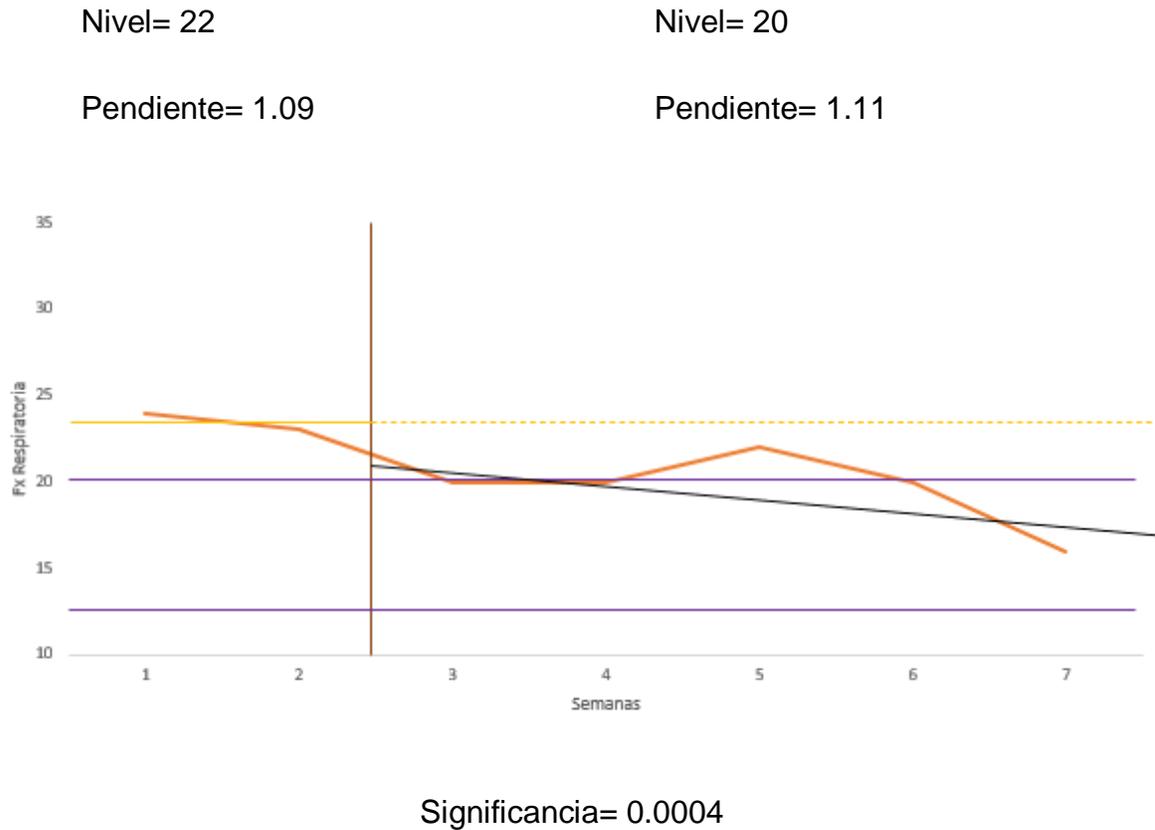


Figura 40. Gráfica del resultado de la Técnica de partición de mitades del caso R11 de la frecuencia respiratoria.

Nota: Las líneas moradas representan los valores normales en personas adultas mayores

Discusión y conclusiones

La promoción de la salud es esencial durante el proceso de envejecimiento, especialmente en la adquisición de estilos de vida saludables y la disminución o retraso de los signos y síntomas del mismo. Además de la especial atención en el mantenimiento de sus capacidades físicas y cognitivas (Montario, et al, 2014).

Por años las investigaciones y la puesta en práctica de la promoción de la salud se ha enfocado en las carencias, necesidades y problemas de esta población, dejando de lado a las personas adultas mayores que aún tienen una buena salud, e incluso las fortalezas de quienes padecen alguna enfermedad, es por esto que se propone que las políticas públicas y las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud se enfoquen en las ganancias que genera el envejecimiento (Mira, 2016).

El envejecimiento positivo se propone como un enfoque integral que incluye al envejecimiento activo, exitoso y saludable. Así la promoción de la salud se enfoca en las áreas físicas, mentales y emocionales, como en la participación e integración de las personas adultas mayores, y en factores objetivos como en la economía (Nassir, et al, 2015). En este mismo sentido, el envejecimiento positivo también incluye el reconocimiento de las personas adultas mayores como sujetos y sujetas de derechos humanos (Calva, 2013).

Además, el desarrollo de proyectos e investigaciones del buen envejecer favorecen la convivencia intergeneracional, generando empatía y solidaridad para las generaciones más jóvenes, estableciendo un sentido de pertenencia a nivel social, comunitario y político para las personas adultas mayores beneficiadas. Esto a su vez les produce un mayor conocimiento de prevención y promoción de su salud, formando en ellas y ellos estilos de vida saludables y de autocuidado, además les protege de ser vulneradas en sus derechos. Así se considera a las personas adultas mayores no solo como receptores de los servicios de salud, sino como agentes activos en su protección (INAPAM, 2010).

Con la intención de seguir las recomendaciones emitidas por las y los expertos, esta investigación tuvo como objetivo general conocer la eficacia de una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del

envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Para ello se realizaron dos objetivos específicos que a su vez constituyen las fases en las que se desarrolló esta intervención. La primera de ellas enfocada al desarrollo de la intervención y su validación por expertas y un experto en el tema. La segunda fase tuvo como objetivo la implementación y la comprobación de la significancia estadística y clínica de la intervención.

Fase I.

El objetivo de la fase uno fue desarrollar una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, validada por jueces expertos.

Para lograr este objetivo se utilizó la formulación de caso Clínico propuesta por Nezu, Nezu y Lombardo (2006), que al ser una herramienta pictográfica facilita el construir y diseñar la intervención, así como el material psicoeducativo de uso clínico que es adecuado para cada resultado instrumental esperado.

La propuesta de intervención, así como los materiales de uso clínico fueron validados por dos juezas y un juez que contaban con experiencia profesional y clínica en los temas de psicología positiva y de envejecimiento, esto se realizó con la retroalimentación libre centrada en la tarea (Canabal & Margalef, 2017). Las y el juez consideraron que la intervención cumplía con las metas y objetivos propuestos, así como la aprobación de las técnicas, instrumentos y material clínico, y que los resultados esperados eran adecuados (Wolpe, 1977). Dadas las características del Programa Institucional “Grandeza Garza” de la UAEH la propuesta de intervención consideró su misión y visión, por lo que siguió un enfoque en derechos humanos.

Ya que la intervención se llevó a cabo en un plantel educativo y debido a las particularidades del Programa Institucional “Grandeza Garza”, también se realizaron diferentes capacitaciones a las y los prestadores de servicio social destinados a participar en la intervención, para que tuvieran el conocimiento y las herramientas

necesarias. Lo cual fue beneficioso para ellas y ellos ya que se contó con temas como los primeros auxilios psicológicos, indispensables para el trabajo de tipo emocional con personas adultas mayores (Santillán, 2017).

Fase II.

El objetivo de la fase dos consistió en implementar una intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para la promoción del envejecimiento positivo en adultos mayores dentro del programa Institucional “Grandeza Garza” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Para ello primero se describieron las características sociodemográficas de las y los participantes de la intervención. Se contó con una participación mayor de mujeres que de hombres, lo cual es congruente con los datos estadísticos del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2015) y del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2015), que indican que las mujeres adultas mayores representan el 54.1% de la población total adulta mayor en Hidalgo. El nivel educativo de las personas adultas mayores que participaron en el estudio es superior al esperado para su generación, lo que junto con el número de participantes jubilados y jubiladas nos indican que corresponden al 4.8% y 3% respectivamente del Estado (INAMPAM, 2015). Las personas que son casadas fueron las que más asistieron a la intervención, lo que es proporcional con las estadísticas que indican que el 59.1% de las personas adultas mayores en Hidalgo tienen este estado civil (INAMPAM, 2015). Por otra parte, el 21.2% de las personas adultas mayores en México viven solas (INMUJERES, 2015), lo que explica por qué es una de las características que presenta la mayoría de nuestra muestra.

Una variable muy importante es la presencia de alguna enfermedad, en este estudio se encontró que las personas con hipertensión son quienes más asistieron, seguidas de las personas con diabetes, lo que es esperado ya que se estima que el 40% de la población adulta mayor en México padece de esta enfermedad, seguido por las personas con diabetes (24.3%) (INMUJERES, 2015).

La importancia de estos datos estadísticos recae en reconocer que la muestra cuenta con algunas condiciones que concuerdan con lo esperado dadas las condiciones sociodemográficas, pero también indica que se trata de personas activas, que tienen una mayor posibilidad de adquisición al sistema económico y de salud, lo que explicaría por qué su calidad de vida, bienestar psicológico, satisfacción con la vida e incluso el uso de sus fortalezas es mayor, tal como lo indica Uriate (2014) en las condiciones o factores protectores del envejecimiento sano y positivo.

Posteriormente se evaluó su calidad de vida, encontrando que las mujeres presentan niveles de calidad de vida ligeramente más altos a comparación de los hombres, lo que podría deberse a sus condiciones y estilos de vida en particular, como refieren López, Morales, Urgate, Rodríguez, Hernández, y Sauza (2019). También se encontró que las personas con hipertensión se ven mayormente beneficiadas por esta clase de intervenciones ya que aprenden temas de autocuidado para su salud, como lo confirman Fernández, Guerrero, Gutiérrez, Estrada, Casal, Andugar, Crespo, y Campo (2007).

Por otro lado, se encontró que, sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de calidad de vida antes y después de la intervención, lo que nos indica que la investigación sí generó resultados positivos en las y los participantes, específicamente en las subescalas de participación social, intimidad y actividades, esto podría deberse a que el taller se realizaba de manera grupal y semanal lo que generaba nuevas actividades y el involucramiento con sus pares, lo que destaca la necesidad de crear programas de promoción de la salud con un enfoque salutogénico e intergeneracionales, ya que se considera que la participación activa de las personas adultas mayores ayuda a mejorar su calidad de vida, compartiendo más allá de sus propias carencias y seguir desarrollando sus capacidades a través del contacto (Zapata, 2001).

En cuanto al bienestar psicológico, se encontró que las mujeres y las personas católicas son quienes presentan puntuaciones mayores, lo que se explica

debido a que la religión cumple un factor protector en este grupo etario en México, además de que las mujeres son quienes más profesan esta religión, como lo confirma Maldonado (2015).

Se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención para el bienestar psicológico de las y los participantes, lo que indica que se comprobó la utilidad de esta intervención para dicha variable, específicamente en la esto podría deberse a que el taller se realizaba de manera grupal y semanal lo que generaba nuevas actividades y el involucramiento con sus pares, lo que destaca la necesidad de crear programas de promoción de la salud con un enfoque salutogénico e intergeneracionales, generando así que la percepción de identidad se mantenga mediante roles asignados en las familias, o la sociedad en general (Zapata, 2001).

En esta investigación participaron personas que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa), jubiladas y personas que aún tienen un trabajo formal o informal que les genera ingresos económicos. Las mujeres y las personas jubiladas son quienes presentan puntuaciones mayores de satisfacción, lo que podría deberse a la gratificación que genera el grado de estudios alcanzado y el mérito de haber realizado actividades de acuerdo a sus profesiones, además de que muchas de esas personas a pesar de no tener un trabajo remunerado siguen realizando diferentes actividades que les generan satisfacción, tal como lo comprueban Guerson, Franca y Amorim (2018).

Aunque se encontró que la diferencia antes y después de la intervención es significativa, es baja, debido que es una variable que tiene que ver con lo que ha transcurrido en sus vidas, es decir, si se sienten bien con su pasado, aunque también contempla las expectativas al futuro.

Las fortalezas que más utilizan las personas adultas mayores que participaron en esta investigación son: bondad, amor, liderazgo, gratitud y espiritualidad, lo que es congruente con la investigación realizada por Ramírez, Ortega y Martos, (2015). Mientras que las virtudes que más utilizan son las de humanidad y justicia, lo que se podría deber a la experiencia de vida que tienen,

conocida como inteligencia moral o sabiduría (Belsky, 2001). Las personas que más utilizan la virtud de trascendencia son las personas católicas, esto se puede deber a que esta virtud incluye el sentirse bien con algo superior, como lo es Dios, además de sentirse fortalecidas y fortalecidos mediante la espiritualidad, dándoles un sustento emocional (Cosentino, 2010).

A pesar de que, sí existe una diferencia significativa entre el antes y después de la intervención, su significancia es baja. Eso se puede deber a que el uso de sus fortalezas y virtudes ya es alto, por lo que no se esperaban cambios más grandes, considerando que en casi todas las fortalezas hay un aumento.

En cuanto a las correlaciones entre las variables se encontró que existen asociaciones de medias a considerables (Hernández, Fernández, & Batista, 2014) en las variables antes de la intervención, aunque es importante mencionar que no se presentaba una correlación entre calidad de vida y fortalezas de carácter, lo que cambió después de la intervención, con una correlación media. Lo que podría deberse a que antes del taller las personas no identificaban en ellos y ellas mismas el uso de sus fortalezas de carácter y las emociones positivas en su vida cotidiana, lo que cambió al terminar la intervención.

Se encontró que la subescala de actividades del instrumento de calidad de vida tiene correlaciones que van desde medias a considerable con todas las subescalas del instrumento de bienestar psicológico. Lo que quiere decir que las personas que se sentían bien respecto a las actividades que tenían que realizar durante el día, además de que dichas acciones eran positivas y suficientes, les generaban un estado de bienestar más duradero, tal y como lo confirman Árraga y Sánchez (2007). Es por eso que es indispensable contar con programas que cuenten con diferentes cursos y talleres dirigidos a personas adultas mayores.

Se encontraron correlaciones de medias a considerables en autonomía, capacidad sensorial, participación social e intimidad con la autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno y propósito de vida respectivamente, esto se puede deber a que el conservar un sentido de pertenencia a la comunidad, la convivencia intergeneracional, el mantenimiento de su independencia y la

funcionalidad óptima de sus sentidos genera también un estado de bienestar que se ve reflejado en su calidad de vida, como lo confirma el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2017).

La virtud trascendencia presenta correlaciones débiles a considerables con las subescalas de calidad de vida, destacando que el humor se asocia con las subescalas de actividades, autonomía y participación ya que se trata de una fortaleza que permite la interacción interpersonal e intrapersonal positiva; y tiene correlaciones débiles con el crecimiento personal y el propósito de vida, lo que genera en ellos y ellas expectativas positivas respecto a sus metas. Es por esto que las intervenciones deberían de ir dirigidas a las ganancias y al buen ánimo durante el envejecimiento, mirando así el lado positivo de la vida (Niemic, 2019a).

La fortaleza de esperanza correlaciona con la autonomía y la intimidad del instrumento de calidad de vida, es decir, que los pensamientos y conductas que realizaron se encaminaban a mejorar su calidad de vida y mantener su independencia. La esperanza también tiene correlaciones con la autoaceptación, el dominio del entorno y el propósito de vida del instrumento de bienestar psicológico, lo que podría generarles una mejor percepción de ellos y ellas mismas y de su vida lo que les permite tener un sentido y expectativas positivas a futuro. Es por esto que es importante que se les motive a enfrentarse a nuevos retos y adquirir más metas, logros y sentido, como lo reafirman Ramírez, Ortega & Martos, (2015).

En cuanto a la gratitud se encontró que tiene una correlación media con el propósito de vida y el dominio del entorno del instrumento de bienestar psicológico, esto podría indicar que las personas que están agradecidas tienen mejores expectativas sobre su futuro tal como lo describe Valencia (2016).

La satisfacción con la vida tiene correlaciones de medias a considerables con los otros tres instrumentos. En cuanto a calidad de vida se asocia con la autonomía, las actividades y la intimidad, es decir, están satisfechas y satisfechos con ellos y ellas y con lo que aún tienen por hacer cotidianamente además de hacerlo de forma independiente.

Las subescalas de autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida también tienen correlación con la satisfacción, esto puede deberse a que el bienestar tiene componentes subjetivos, dentro de ellos se encuentra la misma satisfacción. Además de que cuando las personas se aceptan con los cambios producidos tienen una mayor capacidad para entablar nuevas relaciones y generar en ellos y ellas un sentimiento de control sobre su entorno. Ser un o una adulta mayor resiliente ayuda a mantener la identidad propia, una visión de ganancias y pérdidas positiva y a aceptar los cambios físicos, como la aparición de arrugas o la lentitud, además puede ayudar a mejorar la reacción emocional (Uriate, 2014)

La satisfacción con la vida también tiene correlaciones con las fortalezas de esperanza y humor, así como con la virtud de trascendencia, se puede entender que es debido a que la satisfacción incluye también las metas y planes a futuro y a tomarlas con optimismo y buena actitud.

Aunque la significancia estadística es importante, Cristea y Cuijpers (2017) señalan que algunas veces se pierde la significancia clínica del proceso terapéutico, teniendo así resultados que las y los participantes puedan distinguir e identificar en su cotidianidad, además de ayudar al o la terapeuta a observar cambios en las y los participantes.

Siguiendo esta misma línea, se utilizó la “Técnica de Partición de Mitades” (Kazdin, 1996) en las variables de gratitud, cambios, habilidades socioemocionales, signos vitales de presión arterial, pulso y frecuencia respiratoria. Se tomó en cuenta a las y los participantes que presentaban puntuaciones de medias a bajas en dichas variables o bien que no contaban con signos vitales normales para su edad. Ya que las y los otros participantes ya contaban con buenos niveles de gratitud, habilidades socioemocionales, su percepción de cambios era constante o sus niveles en signos vitales eran buenos y adecuados.

La mayoría de las y los participantes alcanzaron la significancia clínica en los cambios percibidos en sus pensamientos o en su cuerpo durante la intervención, lo que indica que si hubo modificaciones notorias positivas en su vida. Los y las otras

participantes también tuvieron cambios, aunque no se consideraron en este análisis debido a que sus cambios fueron estables durante la intervención.

Un poco más de la mitad obtuvieron cambios clínicamente significativos en sus habilidades socioemocionales, lo que les permite identificar y vivenciar sus emociones positivas, de manera que puedan reconocerlas en ellas y ellos mismos y tener empatía con otras personas. Y un poco menos de la mitad tuvo cambios significativos en la variable de gratitud, esto debido a que la otra mitad ya era muy agradecida.

Con los datos recolectados de sus signos vitales también se realizaron análisis estadísticos y clínicos. Se encontró que su presión arterial, pulso y frecuencia respiratoria en general es muy buena, incluso se encuentran en los valores normales esperados para gente adulta, lo que indica que en general tienen una buena salud. Sin embargo, sí se encontraron cambios estadísticos en la presión arterial sistólica antes y después de la intervención y con variaciones en las tomas antes y después de cada sesión. Lo que podría indicar que para las y los participantes las dos horas por sesión del taller les servían para relajarse y disfrutar. Además, eso podría justificar por qué las personas con hipertensión puntuaron más alto en la segunda medición.

Clínicamente también se encontraron cambios en los cuatro signos vitales considerados, aunque fue en menos de la mitad de la muestra, debido a que presentan niveles normales y solo se tomó en cuenta a las personas que estaban por encima o debajo de los mismos. Esto respalda la eficacia de la intervención a nivel fisiológico, ya que no solamente se sintieron bien en sus pensamientos, sino que sus signos vitales en algunos casos se normalizaron, y esto fue notable en su día a día para su cuerpo, tal como lo confirman Jiménez, Izal y Montario (2016).

Utilizar un enfoque de derechos humanos en este tipo de intervenciones permite que durante el envejecimiento no se vulneren los derechos de las personas adultas mayores, dándoles herramientas para una participación activa en la sociedad, con independencia y procurando su atención preferente y autorrealización, contribuyendo así a su calidad de vida, bienestar y satisfacción.

Según la declaración propuesta por la CNDH (2017), Es necesario que este tipo de intervenciones en materia de salud contemple sus contextos y características específicas. Así se asegura lo más importante, el envejecer con dignidad y esperanza.

Limitaciones:

Durante la implementación de la intervención se encontraron limitaciones que tienen que ver con los recursos materiales, recursos humanos, y falta de literatura respecto al envejecimiento positivo y a un enfoque salutogénico en personas adultas mayores. Dichas limitaciones se enlistan a continuación:

- 1- Recursos materiales: espacios no adaptados para personas adultas mayores, por ejemplo, edificios con escaleras que no cuentan con elevadores o rampas. Además de espacios pequeños para desarrollar las sesiones.
- 2- Recursos humanos: existe una proporción baja de profesionales del área de salud que se enfoquen al estudio del envejecimiento, o que incluso se involucren en la práctica con este tipo de población.
- 3- Poca literatura que aborde al envejecimiento positivo, o que tenga como base a la psicología positiva, mayormente en español o de población mexicana.
- 4- Enfoques: existe mayor información de envejecimiento relacionado con patologías, demencias o trastornos mentales, dejando de lado al enfoque salutogénico, o cómo mantener o promocionar la salud y la participación activa de las personas adultas mayores.

Recomendaciones:

Para mejorar los resultados obtenidos se proponen las siguientes opciones que se consideraron tomando en cuenta el desarrollo y las limitaciones de la intervención:

- 1- Contar con la participación de la comunidad para mejorar las redes de apoyo de las personas adultas mayores y facilitar la relación intergeneracional.
- 2- Adaptar los espacios educativos de acuerdo a las características de las personas adultas mayores.

- 3- Desarrollar más intervenciones que tengan enfoque de derechos humanos para evitar que les vulneren.
- 4- Contar con un grupo de lista de espera que funja como grupo control.
- 5- Implementar la intervención con población que muestre otras características sociodemográficas.
- 6- Contar con una o dos mediciones de seguimiento a 6 o 12 meses después de la intervención.

Se puede concluir que la intervención presentada cumplió con los objetivos planteados y que resulta una opción útil para la promoción del envejecimiento positivo en poblaciones sanas. Además, se evidencia la necesidad de generar y apoyar programas e intervenciones que fomenten la participación activa de las personas adultas mayores a fin de promocionar y mantener su salud con un enfoque en derechos humanos a fin de evitar que se vean expuestos a perder su dignidad y calidad de vida, y contar con intervenciones intergeneracionales. Reconociendo que las personas adultas mayores también son participes de su cuidado y no solamente actores receptivos.

Esta intervención permite a las y los profesionales la adquisición de habilidades como el trabajo en equipo y multidisciplinario, manejo de grupos, liderazgo, empatía, sororidad y solidaridad con las personas adultas mayores dejando de lado estereotipos negativos hacia ellas y ellos.

De manera profesional permite el desarrollo y adquisición de habilidades profesionales como la aplicación e interpretación de pruebas psicométricas, uso de programas estadísticos, desarrollo y aplicación de intervenciones psicológicas, la ampliación de conocimientos metodológicos y clínicos dentro de la psicología positiva y de la salud, la gerontología y la geriatría.

Referencias

- Acosta, Ch. & González-Celis, A. (2009). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 19(2), 289-293.
- Acosta, Ch., Vales, J., Echeverría, S., Serrano, D., & 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.
- Acosta, Ch., Vales, J. & Palacio, R. (2015). Ajuste psicosocial, bienestar subjetivo y ocio en adultos mayores mexicanos. *Enseñanza en Investigación en Psicología*, 20(3), 316-325.
- Alpizar, I. (2011). Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional*, 31(42), 15 -26.
- Alvarado, A. y Salazar, A. (2004). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57 – 62.
- Amigo, I. (2012). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- American Psychiatric Association, (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (5ta ed.). Washington DC: Autor.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Arechabala, M. (2007). Promoción en salud y envejecimiento activo. *Medwave*, 7(4), doi: 10.5867/medwave.2007.04.2738
- Arias, C. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós Gerontología*, 16(4), 313-329.
- Aymerich, M. & Mora, P. (2012). Tratamiento cognitivo - conductual de la depresión. En Deví, J.(Ed). *Manual de intervención clínica en psicogerontología* (59 - 84), Barcelona: Herder Editorial, S. L.,
- Bados, A. & García, E. (2010). *La técnica de reestructuración cognitiva*. Barcelona

- Barragán, A. & Morales, C. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 103 - 118.
- Belnado, M. (s.f). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo. *Comunicación e Pessoas Maiores*, 77 – 93. ISBN- 13 978-84-690-7017-8
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: S.A Ediciones Paraninfo.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Lamers, S. & Westerhof, G. (2017). Intervenciones clínicas positivas: ¿Por qué son importantes y cómo funcionan? *Papeles del psicólogo*, 38(1), 34 -41
- Bordignon, N. (2006). El desarrollo psicosocial de Erik Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50 - 63.
- Bousoño, M., Gonzáles, P., Pedregal, J., & Bobes, J. (1993). Calidad de vida relacionada con la salud. *Psiquiatría*, 5(6), 12 – 17.
- Brenes, Y. (2008). Adultos (as) Mayores, Construyendo Procesos de Duelo Adecuados. *Revista de trabajo social*, (71), 17 -22.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos v.2*. España: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Calva, E. (2013). Envejecimiento Positivo. Diplomado a Distancia en Gerontología Social, 47 - 62.
- Canabal, C. & Margalef, L. (2017). La retroalimentación: La clave para una evaluación orientada al aprendizaje. *Profesorado*, 21(2), 149 - 170.
- Carranza, A., Arrieta, R., & Bautista, L. (2008). El significado del bien morir en el adulto mayor. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 51(3), 120 -124.
- Carrascal, S. & Solera, E. (2013). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Arte, Individuo y Sociedad*, 26(1), 9 - 19.

- Castillo, M.D. (2016). Envejecimiento exitoso. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 20(2), 167 – 174.
- Castro, A. (2010). Concepciones teóricas de la psicología positiva. En Castro, A., Omar, A. Tarragona, M. & Tonon, G. (Ed), *Fundamentos de Psicología Positiva* (19 - 25). México: Paidós.
- Construye-T. (s.f). *Guía para el desarrollo de habilidades socioemocionales de tutoría*. México: Secretaría de Educación Pública. https://www.construye-t.org.mx/resources/pdf/guia/Guia_sesiones_de_tutorias.pdf
- Contreras, F. & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva de la psicología. *Revista Diversitas – perspectivas en psicología*, 2(2), 311 -319.
- Cosentino, A. (2010). Evaluación de las virtudes y fortalezas humanas en población de habla hispana. *Psicodebate*, 10, 53 - 72.
- De la Barrera, M. y Donolo, D. (2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. *Pensamiento psicológico*, 5 (12), 45-58.
- Eguiluz, L. & Plasencia, M (2014). Las fortalezas humanas y la satisfacción con la vida. *Psicoterapia y Familia*, 27(1), 32 - 44.
- Engler, B. (1996). *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: Mcgraw-Hill.
- Escobar, J. & Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27 – 36.
- Fernández, B., Molina, V., Cavazos, M., & Larrañaga, B. (2011). *Hipertensión arterial. Guía para pacientes*. México: CENAPRECE Secretaría de Salud.
- Francke, M. y colab. (s.f.). El Sentido de la Vida y el Adulto Mayor en el Área Metropolitana de Monterrey. 1- 33.
- Fredrickson, B. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *Am Psychol*, 56(3), 218 - 226.

- Fredrickson, B. (2003). The Value of Positive Emotions The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91, 330 -335.
- Fredrickson, B. (2013). Positive Emotions Broaden and Build. *Advances in Experimental Social Psychology*, 47, 1 - 53.
- Fulco, M. (2002). Duelo de la propia muerte: ¿Es posible? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (96), 92 - 100.
- Gable, S. & Haidt, J. (2015). ¿Qué es (y por qué) la Psicología Positiva?. *Revista de toxicomanías*. (75), 3 -9.
- García, N. (2007). La educación con personas mayores en una sociedad que envejece. *Horizontes Educativos*, 12(2), 51-62.
- Gómez, L.E., Verdugo, M.A., Arias, B. y Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: La Escala FUMAT. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 189-199.
- González, C. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberabit. Revista de psicología*. (10), 82 – 88.
- González, J. (2010). Teorías de envejecimiento. *Tribuna del investigador*, 11(2), 42 – 66.
- Góngora, V. & Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
- Haranburu, M., Balluerka, N. & Gorostiaga, A. (2018). Filosofía y psicología del coraje. II Congreso Virtual Internacional de Psicología <http://congresopsicologia.psiquiatria.com>
- Herring, D., Burleson, M., Roberts, N. & Devine, M. (2010). Coherent with laughter: Subjective experience, behavior, and physiological responses during amusement and joy. *International Journal of Psychophysiology*, 79, 211 - 218.

- Hernández, R. Fernández, C. & Batista, P. (2014). Metodología de la investigación (6ta ed.) México: McGraw Hill.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 66(23). 23 - 41.
- Horgas, A., Wilms, H. y Baltes, M. (1998). Daily life in very old age. everyday activities as expression of successful aging. *The Gerontologist*, 38(5), 556-567.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f). *Guía de Promoción de la salud*. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_promocion.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores INAPAM (05 de marzo de 2019). *Envejecimiento y vejez*. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2015). *Por una cultura del envejecimiento*. México: Gobierno de México. http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf
- Izquierdo, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: Teorías y contextos. *INFAD, Revista de Psicología*, (2), 67 - 86.
- Jané, E. y Gabilondo, A. (2008). *Mental health in older people*. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
- Jiménez, G. (2012). *Teorías del desarrollo III*. México: Red Tercer Milenio.
- Jiménez, M., Izal, M., & Montario, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en psicología positiva. *Suma psicológica*, (23), 51 -59
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.

- Krzemien, D., Monchietti, A., & 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. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 22(2), 183 - 210.
- Marcial, N., Peña, B., Escobedo, J. & Macías, A. (2016). Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. *Estudios sociales*, 26(48), 278 – 303.
- Margulis, L. (2010). *Emociones y sentimientos*. Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Márquez, M., Arenas, J., Feria, D., León., R., Barquero, A., Carrasco, M., & Macías, A. (2000). A propósito de la muerte. *Cultura de los cuidados*, 4(7 y 8), 181 - 186.
- Martínez, B., Buz, J. & Navarro, A. (2011). Perspectivas sobre envejecimiento y calidad de vida. En Quintanar, F. (Ed.). *Atención psicológica de las personas mayores* (53 - 71). México: Editorial Pax México.
- Martínez, M., Polo, M., & Carrasco, B. (2002). Visión histórica del concepto de vejez desde la edad media. *Cultura de los cuidados*, 6(11), 40 – 46.
- Matarazzo, P. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- Medina, M., Gutiérrez, C. & Padrós, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27, 25 - 30.
- Mira, D. (2016). *Envejecimiento positivo y activos en salud*. <https://www.researchgate.net/publication/303311044>
- Montes de Oca, V. (2011). Viudez, soledad y sexualidad en la vejez: mecanismos de afrontamiento y superación. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14(5), 73 – 107.

- Montorio, I., Izal, M., & Pérez, G. (2014). Salud, conducta y vejez. En Triadó, C. & Villar, F. (Ed.), *Psicología de la vejez* (87 - 107). Madrid: Alianza Editorial
- Morales, F. (2014). Las fortalezas y las virtudes a lo largo del ciclo vital adulto. Una revisión de antecedentes. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*, 1045 – 1070.
- Nassir, S., Robertson, T. & Leong, T. (2015). Positive Ageing: Elements and factors for design. Conference: the Annual Meeting of the Australian Special Interest Group for Computer Human Interaction, 1 - 6.
- Negredo, A. (2002). Adaptación positiva en el proceso de envejecimiento. *Tabanague. Revista pedagógica*. (16), 49 - 82.
- Nezú, A., Nezú, C. & Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseño cognitivo-conductual. México. Manual Moderno. ISBN 9789707292352.
- Niemic, R. (2019a). *Fortalezas de carácter: Guía de Intervención*. México: Manual Moderno.
- Niemic, R. (2019b). *Mindfulness y fortalezas de carácter*. México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (10 ed). Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre salud y envejecimiento*: Estados Unidos. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (45 ed). Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista española de geriatría y gerontología*, 37(S2), 74 – 105.
- Organización Mundial de la Salud. (1989). Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra.
- Padrós, F., Gutiérrez, C., & Medina, M. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana / Bogotá (Colombia)*, 33(2), 223 - 232.
- Papalia, D. & Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano*. México: The McGraw-Hill.
- Papalia, D., Sterns H., Feldman, R., & Cam, D. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: The McGraw-Hill.
- Pérez, A., Rodríguez, A. & Vargas, C. (2007). Albert Ellis (1913-2007): pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16(2), 341 - 348.
- Peterson, C. & Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Nueva York: Oxford University Press.
- Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51(4), 229 – 241.
- Pinillos, Y. & Quintero, M. (2017). Envejecimiento y vejez: del concepto y la teoría a la funcionalidad del adulto mayor. En *Ejercicio físico para la condición física funcional en el adulto mayor: Estrategia de intervención* (31 – 49). Barranquilla: Universidad Simón Bolívar.
- Piña, J. & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y para qué. *Univ. Psychol. Bogotá*, 5(3), 669 - 679,
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. & Oblitas, L. (2010). Emociones negativas y salud. *Unife*, 18(1), 33 – 57.

- Ramírez, E., Ortega, A. & Martos, R. (2015). Las fortalezas en personas mayores como factor que aumenta el bienestar. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 187 -195
- Robles, A. Rubio, B., De la Rosa, E., & Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*, 11(3), 120-125.
- Rodríguez, C. (2013). ¿Qué es una emoción? Teoría relacional de las emociones. *Clínica e Investigación Relacional*, 7(2), 348-372.
- Rodríguez, L., Oñate, M. & Mesurado, B. (2017). Revisión del Cuestionario de Emociones Positivas para adolescentes. Propiedades psicométricas de la nueva versión abreviada. *Universitas Psychologica*, 16(3).
- Rojas, M. (2011). El bienestar subjetivo: su contribución a la apreciación y la consecución del progreso y el bienestar humano. *Revista internacional de estadística y geografía*, 2(1), 74 -77.
- Rojas, M. & Martínez, I. (2012). *Medición, investigación e incorporación a la política pública del bienestar subjetivo: América Latina*. México: Foro Consultivo Científico y Tecnológico.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719 - 727
- Saforcada, E., Lellis, M., & Mozobancyk, S. (2010). Psicología y salud pública. *Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Salas, C. y Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*, 4(1), 36 – 46.
- Salguero, M. y Panduro, A. (2001). Emociones y genes. *Investigaciones en salud*, 3(11), 35 – 40.

- Sánchez, A. (2018). Envejecimiento activo: implicaciones desde la educación para la salud. En Moreno, P., Moreno, O., Cejudo, A., & Corchuelo, C. (ed). Envejecimiento activo. Un reto socioeducativo (63 - 77). Barcelona: Ediciones OCTAEDRO, S.L.
- Seligman, M. (2011). *Flourish, a visionary new understanding of happiness and well-being*. Estados Unidos de América: Free Press
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology, an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5 - 14.
- Seligman, M. Parks, A. & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions of The Royal Society B Biological Sciences*, 359(1449), 1379 - 1381.
- Tarragona, M. (2015). *Tu mejor tú*. México: Alianza
- Tarragona, M. (2016). El estudio científico del bienestar psicológico. En Gaxiola, J. & Palomar, J. (Ed), *El bienestar psicológico: Una mirada desde Latinoamérica* (11 - 30). México: Qartuppi.
- Toledo, M. & García, V. (2010). El humor desde la psicología positiva. *Revista de psicología*, (1), 111 -117.
- Tonón, G. (2010). Los estudios sobre calidad de vida y la perspectiva de la Psicología Positiva. *Psicodebate*, 10, 73-82. <https://doi.org/10.18682/pd.v10i0.389>
- Uriate, J. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, 4(2), 67 – 77.
- Uribe, A., Valderrama, L., & López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109 - 120.
- Urrutia, N. y Villarraga, C. (2010). Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos. *Contribuciones a las ciencias sociales*.

- Urzúa, A. & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida, una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61 – 71.
- Valdez, I., Alejo, M., Meza, A., & Ortega, M. (2013). Aspectos subjetivos de la calidad de vida en personas mayores. *Revista de Educación y desarrollo*, 15- 24.
- Valencia, A. & Ruíz, X. (2013). Propuesta de tratamiento cognitivo - conductual y de psicología positiva para niños con labio y paladar hendido. *Revista latinoamericana de medicina conductual*, 3(1), 5 - 15.
- Valencia, J. (2016). Orígenes de la psicología positiva y el estudio científico de la gratitud. *Revista de psicología*, 6(2), 101 -117
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la facultad de medicina*, 68(3), 284 – 290.
- Villegas, J., Villegas, O., & Villegas, V. (2012). Semiología de los signos vitales. Una mirada novedosa a un problema vigente. *Archivos de medicina*, 12(2), 221 - 240.
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué es calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro mundial de la salud 1996 ; 17(4) : 385-387.
- Wholebeing Institute, (2019). SPIRE Well-being. <https://wholebeinginstitute.com/about/spire/>
- Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de conducta*, México: Trillas
- Workman, L. & Reader, W. (2004). *Evolutionary Psychology, an introduction*. Reino Unido: Cambridge University Press.
- Zapata, H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología*, 10(1), 189 - 197.
- Zapata, B., Delgado, N. & Cardona, D. (2017). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Revista de Salud Pública*, 17(6), 848 – 860.

Anexos

Anexo 1: Convocatoria



UAH
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE HUASCALCÓCOTL

150
Años
VEN INSTITUCIONAL
1864-2014

**El programa de Atención a Personas Mayores
Grandeza Garza invita al:**

Taller
“Engrandeciendo mi esperanza”

Iniciamos:
Martes 27 de agosto, miércoles 28 de agosto y viernes 30 de agosto

Tres grupos
Martes 9:00 - 11:00 hrs.
Miércoles 11:00 - 13:00 hrs.
Viernes 11:00 - 13:00 hrs.

**Edificio I, Ciudad del
Conocimiento
(A un costado de CEDAI)**

Inscripciones al teléfono
771 71 72000 Ext 4701

**Dirigido a personas
mayores de 60 años**

CUPO LIMITADO
TOTALMENTE GRATUITO

División de Vinculación e Internacionalización | Dirección de Servicio Social, Prácticas Profesionales y Vinculación Laboral

www.uah.mx

Anexo 2: Consentimiento informado



Taller "Engrandeciendo mi esperanza"



Asunto: Consentimiento informado

Por medio del presente nos permitimos hacer de su conocimiento que ha sido invitada (o) a participar en el taller "Engrandeciendo mi esperanza" impartido por la alumna Alinne Estrella Martínez Trejo, de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por parte del departamento de servicio social en el Programa de Atención a Personas Mayores: Grandeza Garza, con la supervisión de la Dra. Andrómeda Valencia Ortiz. Cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida durante el envejecimiento para que la persona adulta mayor pueda adoptar prácticas de salud, encontrar un significado y propósito de vida, además de desarrollar la fortaleza de carácter de trascendencia, mediante una intervención desde la psicología basada en evidencia (Psicología positiva y el Modelo Cognitivo-conductual) y que tiene una duración de 9 sesiones semanales de 2.30hrs cada una. De esta manera solicitamos respetuosamente su autorización a fin de permitir la aplicación de los siguientes instrumentos de medición:

- Cuestionario de calidad de vida para adultos mayores (WHOQOL-OLD)
- Escala de bienestar subjetivo de Ryff
- Escala de satisfacción con la vida de Diener
- Cuestionario VIA de fortalezas de carácter

Toda la información o datos que usted nos brinde serán manejados de manera confidencial apegándonos en todo momento a los lineamientos del Código Ético del Psicólogo, y serán utilizados sólo con fines de análisis estadísticos por las responsables del proyecto, de la misma manera favorecerán nuevos estudios, por lo que es muy valiosa su contribución en esta investigación. Es relevante darle a conocer que su participación es completamente voluntaria, y aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar la investigación sin consecuencia alguna. Para que su participación sea considerada es necesario su asistencia a al menos el 80% de las sesiones del taller y haber realizado su inscripción de manera correcta.

"He leído y entendido la descripción arriba mencionada de esta investigación. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas por lo que doy mi CONSENTIMIENTO INFORMADO para participar en este estudio. Declaro que mi participación consistirá en contestar una batería de instrumentos de medición y que no existe razón alguna para no contestar honestamente las pruebas, además de mi participación durante el taller "Engrandeciendo mi esperanza". Se me ha proporcionado la seguridad de la confiabilidad con que se manejarán mis resultados. Por último, tengo entendido que mi participación es voluntaria y que tengo la libertad de abandonar el estudio sin consecuencia alguna".

Nombre y firma.

Anexo 3: Ejemplo del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores de la OMS (WHOQOL - OLD)



Taller "Engrandeciendo mi esperanza"



Nombre: _____
Edad: _____

Grupo: _____
Folio: _____

Cuestionario de Calidad de vida para Personas Adultas Mayores

Instrucciones: A continuación, se presentan preguntas sobre sus pensamientos y sentimientos, en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y temas que pueden ser importantes para usted como miembro o persona adulta mayor de la sociedad. Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones.

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

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



Taller "Engrandeciendo mi esperanza"



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

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

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

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

Anexo 4: Ejemplo de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff



Taller "Engrandeciendo mi esperanza"



Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Instrucciones: A continuación, se presentan preguntas sobre sus pensamientos y sentimientos, le pido que piense en las dos últimas semanas y seleccione la respuesta que considere más apropiada.

| | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Parcialmente en desacuerdo | Parcialmente de acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|---------------|----------------------------|-------------------------|------------|-----------------------|
| 1. Estoy contento/a sobre cómo han resultado las cosas en mi vida | | | | | | |
| 2. A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos | | | | | | |
| 3. Expreso mis opiniones, aunque sean opuestas a la mayoría | | | | | | |
| 4. Me preocupa cómo se evalúan las elecciones que he hecho | | | | | | |
| 5. Es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga | | | | | | |
| 6. Disfruto haciendo planes y trabajar para hacerlos realidad | | | | | | |
| 7. En general, me siento seguro/a conmigo mismo/a | | | | | | |
| 8. No tengo muchas personas que quieran escucharme | | | | | | |
| 9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí | | | | | | |



Taller "Engrandeciendo mi esperanza"



| | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Parcialmente en desacuerdo | Parcialmente de acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|---------------|----------------------------|-------------------------|------------|-----------------------|
| 10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante | | | | | | |
| 11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto | | | | | | |
| 12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que me propongo | | | | | | |
| 13. Si pudiera, hay muchas cosas de mí mismo/a que cambiaría | | | | | | |
| 14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas | | | | | | |
| 15. Tiendo a estar influenciado por gente con fuertes convicciones | | | | | | |
| 16. Siento que soy responsable de la situación en la que vivo | | | | | | |
| 17. Me siento bien con lo hecho en el pasado y con lo que espero hacer en el futuro | | | | | | |
| 18. Mis objetivos en la vida han sido más satisfactorios que frustrantes | | | | | | |
| 19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad | | | | | | |

Anexo 5: Ejemplo de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener



Taller "Engrandeciendo mi esperanza"



Escala de Satisfacción con la Vida de Diener

Instrucciones: A continuación, se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala, indique cuan de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento. Por favor, sea honesto/a al responder.

| | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ligeramente en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Ligeramente de acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|---------------|---------------------------|--------------------------------|------------------------|------------|-----------------------|
| 1. En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal. | | | | | | | |
| 2. Las condiciones de mi vida son excelentes. | | | | | | | |
| 3. Estoy satisfecho/a con mi vida. | | | | | | | |
| 4. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida. | | | | | | | |
| 5. Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada. | | | | | | | |

Anexo 6: Ejemplo del Cuestionario de fortalezas de carácter (VIA)

VIA

Seleccione y marque una opción en respuesta a cada afirmación. Todas las preguntas reflejan afirmaciones que muchas personas encontrarían deseables, pero queremos que responda exclusivamente si las afirmaciones reflejan cómo es usted. Por favor sea honesto y preciso. Hasta que no responda a las 240 preguntas no podremos ponderar sus fortalezas. evita en la medida de lo posible la respuesta 3

- 1.- MUY DIFERENTE A MÍ
- 2.- ALGO DIFERENTE A MÍ
- 3.- NEUTRO
- 4.- ALGO PARECIDO A MÍ
- 5.- MUY PARECIDO A MÍ

Cuestionario VIA de fortalezas *

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El mundo me parece un lugar muy interesante. | <input type="radio"/> |
| Siempre hago lo posible por asistir a actividades educativas. | <input type="radio"/> |
| Siempre identifico las razones de mis actos. | <input type="radio"/> |
| Ser capaz de tener ideas nuevas y diferentes es uno de mis puntos fuertes/fortalezas. | <input type="radio"/> |

Anexo 7: Diapositivas “Engrandeciendo mi esperanza”



Anexo 8: Diario de autorregistro



Engrandeciendo mi esperanza

Nombre:

Grupo:

Mis expectativas del curso son:

Agradezco esta semana por...

| | | | |
|--|--|--|--|
| Día: ¿Qué tan agradecido me siento? Nada Mucho |
| Día: ¿Qué tan agradecido me siento? Nada Mucho | Día: ¿Qué tan agradecido me siento? Nada Mucho | Día: ¿Qué tan agradecido me siento? Nada Mucho | ¿Qué puedo hacer para ser una mejor versión de mí? |

¿Cuál es mi meta?

Probable obstáculo

Si...

Solución

Entonces...

Probable obstáculo

Si...

Solución

Entonces...

Probable obstáculo

Si...

Solución

Entonces...

¿Cómo fue mi pensamiento?

| Situación (¿Qué y dónde pasó?) | Pensamientos automáticos (¿Qué fue lo primero que pensé?) | Emociones (¿Qué sentí? Del 0 al 10 ¿qué tan intensa fue la emoción?) | Conducta (¿Qué hice?) |
|-----------------------------------|---|--|--------------------------|
| | | | |

Lista de cosas por hacer:

- ☐ Platicar con una amiga/o
- ☐ Decirle a alguien un cumplido
- ☐ Expresar mi cariño
- ☐ Hacer nuevos amigos/os
- ☐ Crear (o cumplir) nuevos objetivos y metas

¡Agrega nuevas actividades a tu lista!

☐
☐
☐
☐
☐

• Imagina nuevas formas de hacer cada cosa de tu lista!

Espacio para mis cualidades o cumplidos:

¿He notado algún cambio positivo en mi cuerpo o mis pensamientos?
¿Cuáles?

¿Cuánto?

Nada Mucho

¡Qué se exprese tu artista interior!
(Dibuja, escribe, raya lo que quieras, después regalala a algún compañero/a)

Anexo 9: Ficha de Seguimiento



Taller "Engrandeciendo mi esperanza"



FICHA DE SEGUIMIENTO

Nombre: _____

Edad: _____ Municipio: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Número de teléfono: _____

Religión o creencia religiosa: _____

Vive con: _____

Enfermedades: _____ Alergias: _____

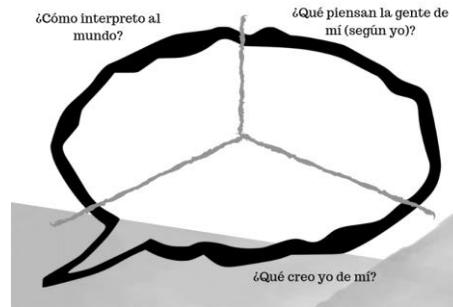
Números de emergencia: 1) _____ 2) _____

| No. De sesión | Presión Arterial | Pulso | Frecuencia respiratoria |
|---|------------------|-------|-------------------------|
| 1 Encuadre y pruebas | | | |
| 2 Resumen de vida | | | |
| 3 Reestructuración cognitiva | | | |
| 4 El mejor self posible | | | |
| 5 Psicoeducación "Emociones positivas" | | | |
| 5 Habilidades socioemocionales | | | |
| 7 Intenciones de implementación y autorrefuerzo | | | |
| 8 Cierre y pruebas post | | | |

Observaciones:

P. Psic. Alinne Estrella Martínez Trejo

Anexo 10: “Principales distorsiones”



Anexo 11: El Mejor Self Posible

-Seleccione un periodo de tiempo (seis meses, un año, cinco años) e imagine el mejor self posible que podría llegar a ser, que le haga sentir bien y le resulte agradable, es importante que imagine incluso pequeños detalles para que pueda planear algo grande y que no deje de ser realista.

1. Escriba todo aquello que imaginó, hágalo de manera lógica, así evitará tener pensamientos fragmentados o ideas difusas.
2. ¿Qué fortalezas de carácter podría utilizar para llegar a ese self?, redacte la forma en que llegará a ese self, con objetivos específicos y un plan de acción para lograrlo.



Anexo 12: Ejemplo de diapositivas “Emociones Positivas”

Emociones positivas

Taller Engrandeciendo mi Esperanza.
P. Psic. Ainele Estrella Martínez Tejo

¿Qué son las emociones?

Según Rodríguez (2013), las emociones pasan por un proceso cognitivo que conlleva a respuestas fisiológicas y que cumplen con una función adaptativa. Son desencadenadas ante diferentes estímulos externos y llevan consigo una tendencia a la acción.

¿Para qué nos ayudan?

- Adaptativas**
 - Ejecutar conductas
 - Sobrevivir
- Sociales**
 - Facilitar la relación con las personas
 - Generan respuestas de evitación o huida
- Motivacionales**
 - Realizar acciones de manera más vigorosa
 - Dirige las conductas hacia el afrontamiento

Anexo 13: Ejemplo de diapositivas “Técnicas de Emociones Positivas”

Interés Amor
ALEGRÍA
SERENIDAD Gracitud
Esperanza
Orgullo
Inspiración DIVERSIÓN
ASOMBRO

Emociones positivas
¿Cómo las potencio?
P. Psic. Alinne E. Martínez Trejo



¿Cómo y en dónde se generan?
NEUROTRANSMISORES

¿Qué es un neurotransmisor?
Son moléculas que permiten la transmisión de información desde una neurona hacia otra neurona.



Neurotransmisores

Hormonas de la felicidad

| | | |
|-------------------|--|---|
| Serotonina | Triciclo Reduce la ansiedad Mejora la digestión | Fluor Triciclo Resaca o mareo Ejercicio Meditación |
| Dopamina | Motivación Mejora en el peso Creatividad | Contra el dolor Alcohol Café Cocaína Heroina |
| Oxitocina | Regula la presión Mejora en el peso Creatividad Mejora la memoria | Contra el dolor Alcohol Café Cocaína Heroina |
| Endorfinas | Analgésico natural Reduce el estrés Reduce el tiempo Felicidad | Rie Canta Baila Comparte |

Decálogos
PARA SER FELIZ Y FUERTE, SIN DEJAR DE LADO LA ASERTIVIDAD



Decálogo de la Resiliencia
(Sambraño, 2010)

Anexo 14: Ejemplo de cartulinas “Técnicas de Emociones Positivas”

ABRIR LAS PUERTAS

Objetivo: superar dificultades.

Pasos: 1) Describe una situación negativa que estés o hayas pasado en tu vida.

2) Escribe las consecuencias positivas (aunque no sean aparentes en el instante) a corto y a largo plazo.

Emociones: optimismo, esperanza, felicidad, superación, valía, gratitud y reconocimiento.

Esperanza por sus metas

Objetivo: establecer y alcanzar metas.

Pasos: 1) Meta: identifica lo que quieras hacer o lograr.

2) Agencia: busca los recursos que ya tienes y piensa en cómo conseguir los que faltan.

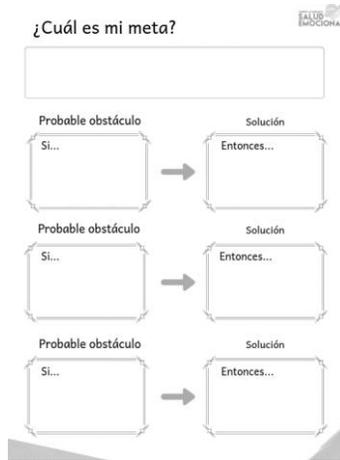
3) Caminos: elabora tu plan de acción con pequeñas metas.

Emociones: esperanza, significado, propósito, motivación, autoestima y optimismo.

Anexo 15: Plan de Acción

| Cronograma del Plan de Acción | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------|--------|-----------|-----------------------------------|-----|---------|
| Meta Plan de Acción | Objetivos (Orden prioridad) | Subobjetivos (Orden prioridad) | ¿Qué? | ¿Cómo? | ¿Con qué? | ¿Cuándo? Ordenar Cronológicamente | | ¿Quién? |
| | | | | | | Inicio | Fin | |
| Mi meta | OBJ 1 | SUBOBJ 1 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | OBJ 2 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | OBJ 3 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Anexo 16: Intenciones de implementación



Anexo 17: Ejemplo de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

| | |
|---|---|
|  <p style="text-align: center;">LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</p> <p style="text-align: center;">Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002</p> <p style="text-align: center;">TEXTO VIGENTE</p> <p style="text-align: center;">Última reforma publicada DOF 24-01-2020</p> <p>Al margen de lo que el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos - Presidencia de la República.</p> <p>VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes saludó:</p> <p>Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido originar el siguiente:</p> <p style="text-align: center;">DECRETO</p> <p style="text-align: center;">"EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, D E C R E T A.</p> <p style="text-align: center;">SE CREA LA LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</p> <p style="text-align: center;">LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</p> <p style="text-align: center;">TÍTULO PRIMERO</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO ÚNICO</p> <p style="text-align: center;">DISPOSICIONES GENERALES</p> <p>Artículo 1o.- La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, mediante la legislación de:</p> <p>I. La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores.</p> <p>II. Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y</p> <p>III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.</p> <p>Artículo 2o.- La aplicación y seguimiento de esta Ley, corresponde a:</p> <p>I. El Ejecutivo Federal, a través de los Secretarías del Estado y demás dependencias que integran la Administración Pública, así como las Entidades Federativas, los Municipios, los Organos Desconcentrados y prestadores, en el ámbito de sus respectivas competencias y jurisdicción;</p> <p>II. La familia de las personas adultas mayores vinculada por el parentesco, de conformidad con lo dispuesto por los ordenamientos jurídicos aplicables;</p> |  <p style="text-align: center;">LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</p> <p style="text-align: center;">Última reforma publicada DOF 24-01-2020</p> <p>III. Los ciudadanos y la sociedad civil organizada, y</p> <p>IV. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.</p> <p>Artículo 3o.- Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:</p> <p>I. Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.</p> <p>II. Asistencia social. Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desamparo o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.</p> <p>III. Entidades federativas. Los estados y el Distrito Federal que integran los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>IV. Ley. La presente Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.</p> <p>V. Galardón. Conjunto de papales, atribuciones y representaciones de hombres y mujeres en nuestra cultura que honran como base la diferencia sexual.</p> <p>VI. Garantía. Es la especialidad médica dedicada al estudio de las enfermedades propias de las personas adultas mayores.</p> <p>VII. Gerontología. Estudio científico sobre la vejez y de las cualidades y fenómenos propios de la misma.</p> <p>VIII. Integración social. Es el resultado de las acciones que realizan las dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y municipal, las familias y la sociedad organizada, orientadas a modificar y mejorar las condiciones que impiden a las personas adultas mayores su desarrollo integral.</p> <p>IX. Atención integral. Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. Para facilitarles una vejez plena y sana se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales, roles y costumbres y preferencias.</p> <p>X. Calidad del servicio. Conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales.</p> <p style="text-align: right;"><small>Proceso legislativo DOF 12-07-2002</small></p> <p>XI. Instituto. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, y</p> <p style="text-align: right;"><small>Proceso legislativo DOF 12-07-2002</small></p> <p>XII. Violencia contra las Personas Adultas Mayores. Cualquier acción u omisión que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.</p> <p style="text-align: right;"><small>Proceso legislativo DOF 12-07-2002</small></p> <p>Artículo 3o. Bis. Los tipos de violencia contra las Personas Adultas Mayores, son:</p> |
|---|---|

Anexo 18: Reconocimiento



Anexo 19: Ejemplo del "Resumen de temas"

Taller Engrandeciéndome en esperanza

Taller de autocuidado
"ENGRANDECIENDO MI ESPERANZA"

Psic. Alinne Estrella Martínez Trejo

Agosto - octubre 2019

NO COPIAR

Taller Engrandeciéndome en esperanza

Psicología Positiva

Es una rama de la psicología que se encarga de estudiar y comprender aquellos mecanismos que generan las fortalezas y virtudes humanas, su objetivo es ayudar a la psicología y la salud mental para poder brindar una mejor calidad de vida y bienestar, además de investigar los efectos de estas en las personas y su impacto en la sociedad desde una perspectiva diferente (González, 2004). La psicología positiva no trata de negar los aspectos desagradables de la vida, ni quiere decir que toda la demás psicología sea necesariamente negativa, sino que busca que las personas sientan alegría que genere a su vez felicidad más sana y resiliente (Gable & Haidt, 2015).

- Fortalezas y Virtudes de carácter

Estas fortalezas se han investigado en diferentes culturas y religiones (Hervás, 2009), dando como resultado las **siete virtudes** (Mesurado, 2017). En la psicología positiva se busca que la persona pueda poner en práctica las fortalezas que tiene de forma natural, trata de destacar sus recursos, potenciarlos y aprovecharlos.

CLASIFICACIÓN VIA DE VIRTUDES Y FORTALEZAS DE CARÁCTER

Psic. Alinne Estrella Martínez Trejo

Taller Engrandeciéndome en esperanza

- Fortalezas de carácter de la Transcendencia

Doctrina de la belleza y la excelencia: Aprecia la belleza, la excelencia y la habilidad (virtuosismo) en todos los ámbitos.

Espiritualidad, propósito, fe, religiosidad: Sus creencias le definen y son una fuente de consuelo para él (ella). Posee una filosofía coherente de la vida, que le da significado, propósito y vinculación con algo más elevado.

Gratitud: Es consciente de lo bueno, se toma tiempo para expresar agradecimiento. Apreciación por la vida misma.

Humor: Gusta de reír y hacer reír a otras personas, ve fácilmente el lado cómico de la vida.

Esperanza, previsión: Espera lo mejor del futuro, planea y trabaja para conseguirlo. Actitud positiva, espera acontecimientos positivos si se esfuerza y planifica.

Psic. Alinne Estrella Martínez Trejo

Taller Engrandeciéndome en esperanza

Distorsiones cognitivas

Tras los sentimientos negativos (ansiedad, ira, depresión...) existen unos pensamientos irracionales que los provocan. Son las llamadas distorsiones cognitivas. Estos pensamientos ocultan, ignoran o distorsionan la realidad y harán estériles nuestros esfuerzos para conseguir lo que nos proponemos.

Distorsiones cognitivas

Psic. Alinne Estrella Martínez Trejo