

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**REMINISCENCIA EN ADULTOS MAYORES NO
INSTITUCIONALIZADOS DE
REPÚBLICA DOMINICANA:
SEGUIMIENTO DE UNA INTERVENCIÓN**

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

Flor Berenice Fortuna Terrero

DIRIGIDA POR:

Juan Carlos Meléndez Moral

Valencia 2016

A mi madre Reyna.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, los valores inculcados, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y apoyo para con mis hijos.

A mi padre Saúl.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis hijos e hija

Lisbeth, Héctor y Moisés, porque le he robado tiempo para estar con ustedes y comprender mi ausencia. En especial a Lisbeth porque ha tenido que asumir y jugar un rol que no le correspondía... los amo.

A mis hermanos(as):

Abraham, Daniel y Elizabeth, porque comparten conmigo la felicidad de mis logros.

A mis sobrinos (as)

Glorianny, Lia Valeria, Heleni y Elian...siempre están en mi corazón y son parte de mi vida.

La Fundación Carolina, por otorgarme la Beca que me facilitó lograr mi meta. A la Universidad de Valencia y la Universidad Autónoma de Santo Domingo por el apoyo recibido.

A mis maestros

Jesús Jornet y Francisco Salva (Paco), porque en los momentos más difíciles de mi estancia en España, ellos siempre han estado conmigo.

A mis amigas

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y emocional: Andrea, Leticia y Alicia....Chicas ustedes son geniales, sin ustedes mi estancia aquí no hubiese sido igual.

A mi asesor:

Juan Carlos Meléndez director de mi tesis, porque en este camino hacia mi meta se ha convertido en mi amigo.

A mis compañeras de la Facultad de Psicología Alicia, Encar y Ana. Porque estuvieron siempre pendientes de mí y de mi trabajo. Fueron un apoyo no solo a nivel intelectual sino también a nivel emocional.

Índice capítulos

Prólogo	1
Capítulo 1. Cambios Psicológicos en el Adulto Mayor	11
1. Sucesos, crisis y transiciones en el adulto mayor.....	14
1.1. Sucesos.....	15
1.2. Transición.....	16
1.3. Crisis.....	17
2. Paso del modelo decremental hacia la psicología positiva en el envejecimiento ...	18
3. Tipos de envejecimiento.....	22
3.1. Envejecimiento normal, patológico y exitoso	23
4. Formas de adaptación a los cambios en el proceso de envejecimiento.....	27
4.1. Modelo de optimización selectiva con compensación (SOC).....	28
4.2. Teoría del desarrollo intencional	29
4.3. Teoría del control a lo largo del ciclo vital.....	31
4.4. Teoría de la selectividad socioemocional (TSS)	32
5. Trastornos adaptativos: El estrés detonador de trastornos	34
Capítulo 2. Variables emocionales y personales en el adulto mayor	39
1. Variables emocionales del adulto mayor	41
1.1. Estado de ánimo en el adulto mayor.....	41
1.2. Depresión en el adulto mayor	46
2. Variables personales en el adulto mayor.....	54
2.1. Bienestar en el adulto mayor.....	54

2.2. Autoestima en el adulto mayor	65
2.3. Resiliencia y adultos mayores.	69
2.4. Afrontamiento en el adulto mayor	76
Capítulo 3. Origen y evolución de la Intervención con Reminiscencia	87
1. Recuerdos y memoria.....	90
1.1. Memoria autobiográfica	91
2. Las intervenciones no farmacológicas.....	97
3. Terapia de reminiscencia.....	103
3.1. La reminiscencia y el vínculo para recordar	103
3.2. Conceptualizando la reminiscencia	104
3.3. Historia de la reminiscencia.....	106
3.4. Tipos de intervención que trabajan con el recuerdo autobiográfico.....	110
3.5. Tipos y Funciones de Reminiscencia.....	113
3.6. Programas de intervención con Reminiscencia: revisión de resultados	126
Capítulo 4. Contextualización de la investigación.....	137
1. Los adultos mayores y su situación psico-sociodemográfica en la RD.....	139
1.1. Perfil Demográfico de la Población de RD	140
1.2. Información Socioeconómica de la República Dominicana.....	141
2. Situación de los Adultos Mayores Dominicanos	143
3. Logros y base legislativa del Adulto Mayor en la República Dominicana	146
Capítulo 5. Método	151
1. Objetivos e hipótesis de la investigación	153
1.1. Objetivo 1.....	154
1.2. Objetivo 2.....	155

2. Participantes	156
2.1. Procedimiento de recogida de la muestra	156
2.2. Descripción del total de la muestra	159
2.3. Descripción de los grupos tratamiento y control	160
3. Instrumentos	163
4. Procedimiento en la aplicación del programa de reminiscencia	172
5. Análisis de los datos.....	198
Capítulo 6. Resultados.....	201
1. Reminiscencia y salud mental	203
1.1. Estimación del modelo de medida.	204
1.2. Estimación del modelo estructural.	206
2. Efectos del programa de Reminiscencia.....	207
Capítulo 7. Discusión	233
Capítulo 8. Conclusiones	267
Capítulo 9. Referencias.....	273
Anexos: Instrumentos	329

Índice de Figuras

Figura 1. Tipos de Envejecimiento	24
Figura 2. Modelo de Optimización Selectiva de Compensación (SOC)	29
Figura 3. Teoría del desarrollo intencional. Estrategias de adaptación.....	30
Figura 4. Teoría De Control a lo largo del Ciclo Vital.....	32
Figura 5. Teoría de la Selectividad Socioemocional (TSS)	33
Figura 6. Síndrome General de Adaptación	37
Figura 7. Modelo bidimensional de los Estados de Ánimo	43
Figura 8. Taxonomía de sistema de memoria	91
Figura 9. Componentes de la Memoria Autobiográfica.....	93
Figura 10. Modelo circunflejo de Webster	119
Figura 11. Modelo integral de las funciones de la reminiscencia	123
Figura 12. Evolución de publicaciones en relaciona intervenciones con TR.....	131
Figura 13. Distribución de la población en función de la edad y el género	140
Figura 14. Tasa de pobreza e indigencia	143
Figura 15. Diagrama del proceso realizado	158
Figura 16. Porcentaje del total de la muestra en función del género	159
Figura 17. Porcentaje del total de la muestra en estado civil y escolaridad.....	159
Figura 18. Porcentaje del total de la muestra en función del nivel de ingresos.....	160
Figura 19. Porcentaje en los grupos tratamiento y control en función del género.....	160
Figura 20. Porcentaje en los grupos tratamiento y control en estado civil	161
Figura 21. . Porcentaje en los grupos en función del nivel de escolaridad.....	161

Figura 22. Porcentaje en los grupos en función del nivel de ingresos.....	162
Figura 23. Modelo final de funciones de reminiscencia prediciendo salud mental	206
Figura 24. Puntuaciones de los grupos en la variable MEC	207
Figura 25. Puntuaciones de los grupos en la variable depresión.....	208
Figura 26. Puntuaciones de los grupos en la variable autoestima.....	209
Figura 27. Puntuaciones de los grupos en la variable satisfacción vital	210
Figura 28. Puntuaciones de los grupos en la variable autonomía	211
Figura 29. Puntuaciones de los grupos en la variable dominio del ambiente	212
Figura 30. Puntuaciones de los grupos en la variable autoaceptación.....	213
Figura 31. Puntuaciones de los grupos variable relaciones positivas con otros.....	214
Figura 32. Puntuaciones de los grupos en la variable crecimiento personal.....	215
Figura 33. Puntuaciones de los grupos en la variable propósito en la vida.....	216
Figura 34. Puntuaciones de los grupos en la variable resiliencia.....	217
Figura 35. Puntuaciones de los grupos en focalizado en solución de problemas	218
Figura 36. Puntuaciones de los grupos en la variable autofocalización negativa.....	219
Figura 37. Puntuaciones de los grupos en la variable reevaluación positiva	220
Figura 38. Puntuaciones de los grupos en la variable expresión emocional abierta.....	221
Figura 39. Puntuaciones de los grupos en la variable evitación	222
Figura 40. Puntuaciones de los grupos en la variable búsqueda de apoyo social	223
Figura 41. Puntuaciones de los grupos en la variable religión.....	223
Figura 42. Puntuaciones de los grupos en la variable identidad	224
Figura 43. Puntuaciones de los grupos en la variable resolución de problemas.....	225
Figura 44. Puntuaciones de los grupos en la variable preparación para la muerte	226
Figura 45. Puntuaciones de los grupos en la variable revivir la amargura	227

Figura 46. Puntuaciones de los grupos en la variable reducción del aburrimiento 228

Figura 47. Puntuaciones de los grupos en la variable mantenimiento de la intimidad.. 229

Figura 48. Puntuaciones de los grupos en la variable conversación..... 230

Figura 49. Puntuaciones de los grupos en la variable enseñar/informar 231

Índice de Tablas

Tabla 1. Modalidades de definición, autores y definiciones del concepto de estrés 35

Tabla 2. Modelo de Bienestar Psicológico 63

Tabla 3. Categorías de atributos que caracterizan la personalidad resiliente..... 70

Tabla 4. Funciones de la Memoria Autobiográfica 95

Tabla 5. Tipos de Reminiscencia y su función (Webster 1993, 1997)..... 118

Tabla 6. Comparación de las funciones de reminiscencia 120

Tabla 7. Características de los estudios incluidos 128

Tabla 8. Distribución de la población de R.D. por edad 140

Tabla 9. Medias, desviaciones típicas y alfa de Cronbrach de las dimensiones 172

Tabla 10. Correlaciones entre las variables del modelo de medida 204

Los avances en el área de la salud y la mejora de la calidad de vida en las últimas décadas, han producido una importante reducción de la mortalidad, aspecto que se destaca sobremanera en las edades avanzadas (Sánchez-Segado, 1999, 2004). Este cambio en la estructura de la población, unido a aspectos como la reducción en la tasa de mortalidad infantil y el descenso de la natalidad ha traído consigo un claro aumento de la población mayor, que ya en el 2005 a nivel mundial se estimaba de un 7,4% y que se prevé que aumentará hasta un 16,1% en el año 2050 (Naciones Unidas División de Población, 2009).

Según el informe de la Oficina del Censo de Estados Unidos *An Aging World* de 2008 a nivel mundial, el número de personas mayores de 65 años se duplicará pasando del 7% al 14% en los próximos 30 años. De este modo, se producirá un aumento que irá desde los 506 millones de personas mayores hasta los 1400 en el 2040. De manera específica y en el contexto de la República Dominicana, de acuerdo a los datos presentados por la Oficina Nacional de Estadística (ONE, 2007), se estima que la población mayor de 60 años en 2005 era de 664061 personas, siendo la progresión demográfica esperada para el 2025 de un total de 1485913 personas de más de 65 años, lo cual implica más del doble en 20 años.

Dentro de este marco poblacional, en el que el envejecimiento se presenta como una tendencia de futuro a nivel internacional, se pretende en primer lugar conceptualizar esta etapa del desarrollo. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (1999) se debe partir de que, en este mundo lleno de diversidad y constante cambio, el envejecimiento es una de las pocas características que definen y unifican al ser humano. De este modo, es difícil establecer con precisión un concepto único de envejecimiento, pero en general, los autores coinciden en que se trata de un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres vivos.

Desde un punto de vista eminentemente biológico, el envejecimiento es visto como un proceso de diferenciación progresiva, el cual comienza con la vida y termina con la muerte. Es una realidad característica de todas las formas de vida multicelular y por supuesto, de la vida de todos los seres humanos (Dulcey-Ruiz y Valdivieso, 2002). En esta misma línea, algunos autores señalan que la vejez varía no solamente de un individuo a otro, sino de acuerdo con las expectativas sociales y culturales, además con la posición social y económica de las personas. Se asume, por tanto, que la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiera (Dulcey-Ruiz y Valdivieso, 2002)

De este modo, la vejez debe de contemplarse como un proceso diferencial y no como un estado encaminado a las pérdidas, siendo conceptualizada como una etapa más del ciclo vital, en la que necesariamente no debe de existir o aparecer patología, sino que puede concurrir cambio y desarrollo en un sentido positivo. Así, tal y como indica Cornachione (2008), hablar de vejez debe ser más que mencionar características médico-biológicas de la etapa, debiendo tener en cuenta aspectos relacionados con la dimensión social, cultural o psicológica. Esta visión del envejecimiento está altamente relacionada con el concepto de la evaluación geriátrica integral, en la que se plantea el análisis tanto de los aspectos médicos como los funcionales, sociales y psicológicos.

De esta manera surge una visión de la vejez como una evolución procesual a lo largo de toda la vida. Esta conceptualización de mano de las teorías de la psicología del desarrollo, establece que durante esos procesos existen cambios que pueden ser tanto continuos y acumulativos como discontinuos e innovadores. Concretamente, desde la perspectiva del ciclo vital, la vejez no es entendida como una etapa en la que se observa de forma

generalizada un declive de capacidades y funciones que se van acentuando a medida que transcurren los años, sino más bien como un proceso de desarrollo general que reconoce la plasticidad y la importancia de las relaciones funcionales y los factores situacionales (Cornachione, 2008).

Continuando con esta teoría, destaca cómo la misma rompe con los modelos establecidos, en los cuales la vejez era definida como un proceso decremental, señalando cómo en todas las etapas del ciclo vital puede existir tanto crecimiento como pérdidas, las cuales se postulan como crisis (Villar y Triado, 2006). Se habla de que las etapas implican siempre pérdidas o ganancias, crecimiento o decrecimiento, incremento o decadencia (Baltes, 1987; Uttal y Perlmutter, 1989). Además, la perspectiva del Ciclo Vital, tiene como objeto la descripción, explicación y modificación (optimización) del cambio intraindividual del comportamiento a lo largo del ciclo vital y de las diferencias interindividuales en el cambio intraindividual (Baltes, Reese y Nesselroade, 1981). La optimización es el componente que impulsa a regular el desarrollo, de manera que se puedan alcanzar los niveles más deseables de funcionamiento. Si la clave de la selección está en las metas, la clave de la optimización está en los medios y recursos para alcanzar esas metas de la manera más eficiente posible. Esta optimización de los recursos disponibles en la etapa del envejecimiento se presenta como un importante reto a conseguir, desde la eficacia de los tratamientos psicológicos.

Debe tenerse en cuenta que hasta hace pocos años, los enfoques tradicionales de análisis del envejecimiento enfatizaban casi exclusivamente el estudio de las variables que especificasen las patologías y deterioro como elementos clave para el estudio de las personas mayores (Fernández-Mayoralas, Rojo, Abellán y Rodríguez, 2003; Zamarrón, 2006). Incluso, de forma general puede afirmarse que la psicología ha estado orientada al estudio de aspectos patológicos o problemáticos de las personas, descuidándose la optimización y mejora de aspectos determinantes del desarrollo tales como el bienestar, la satisfacción, el optimismo o la felicidad, e ignorándose los beneficios que éstos pueden presentar para las personas.

En este sentido, la aparición de la Psicología Positiva supone una modificación en los procesos terapéuticos y rehabilitadores; esta corriente psicológica deja atrás un modelo

principalmente basado en los aspectos decrementales para potenciar las cualidades humanas que pueden funcionar como amortiguadores de la adversidad. De este modo, se establece una modificación en los centros de interés, planteándose que la psicología positiva además de intentar paliar los aspectos patológicos presenta entre sus objetivos encontrar las cualidades o virtudes de las personas para lograr una mejor calidad de vida y un mayor bienestar, siendo por tanto su objetivo investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas así mismo los efectos que éstas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven (Haydée y Ramón-Florenzano, 2003).

Este planteamiento adquiere una gran relevancia en el contexto del envejecimiento, situada en un momento vital en el que la vida se sabe limitada en un sentido cuantitativo, las probabilidades de enfermedad y disfunciones aumentan, y la calidad de los años de vida que quedan por vivir y su promoción es fundamental. Por otra parte, las amenazas que puede comportar el envejecimiento, y que convierten las últimas décadas de la vida en un contexto vital en ciertos sentidos más desfavorable que las primeras, ofrecen una interesante oportunidad de observar cómo afectan esos cambios al desarrollo de la persona.

Una de las áreas del desarrollo psicológico donde mayor cantidad de cambios se pueden observar durante el envejecimiento es en las funciones cognitivas, especialmente en memoria, atención y velocidad del procesamiento de la información, estando estos cambios propiciados tanto por factores fisiológicos como ambientales y pudiéndose observar una gran variabilidad interindividual (Valencia et al. 2008; Puig, 2001). De este modo, las personas mayores tienen un elevado riesgo de padecer de alguna patología de tipo cognitivo, y este riesgo aumenta cuando los escenarios ambientales son poco estimulantes. .

Existe un importante cuerpo de investigación relacionado con el estudio de las características de aquellos sujetos mayores que presentan problemas de memoria, principalmente deterioro cognitivo leve con una prevalencia de 11%-20% (Petersen et al., 2010) y de demencias con una prevalencia entre 6%-6,5% en América Latina y el Caribe (Llibre y Gutiérrez, 2014). Si bien el tratamiento farmacológico puede ser la primera elección para los problemas que se presentan en esta área del desarrollo, la eficacia de los tratamientos farmacológicos es limitada para la rehabilitación cognitiva de los sujetos mayores, máxime cuando el deterioro toma forma de patología. Así, la revisión realizada por

estos autores señala que ninguno de los ensayos controlados aleatorios analizados en su trabajo de meta-análisis informó de un beneficio significativo para la calidad de vida o el bienestar de las personas con problemas de memoria; además, señalan que cuando existe deterioro en sus diferentes niveles no puede presumirse que a partir de las mejoras en la cognición se obtengan resultados en otras áreas de carácter emocional; es importante por tanto promover el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores que viven expuestas a estas condiciones de vida (Algar, Woods y Windle, 2014).

De entre estas intervenciones no farmacológicas, se pueden distinguir dos líneas de trabajo principales. Una primera orientada a la estimulación cognitiva y que partiendo del planteamiento de autores como Baddeley (1999) señala que la memoria no es un sistema unitario, sino que está formada por distintos sistemas que tienen como función almacenar la información, pretende trabajar la memoria explícita e implícita intentando mantener las capacidades cognitivas de los participantes. Desde esta primera línea nos encontramos con una serie de técnicas o intervenciones que, de una forma más o menos estructurada, directa o indirecta, inciden en la mejora y rehabilitación de dichas capacidades (Acuña y Risiga, 1997).

Peña-Casanova (1999) sostiene que estas formas son la Estimulación Cognitiva, siendo su objetivo la función cognitiva y social, a través de actividades, juegos debates, dando prioridad de procesamiento de información en lugar de conocimiento. El mismo puede aplicarse de forma grupal. El Entrenamiento Cognitivo, el cual consiste en presentar al individuo una serie de tareas y/o actividades a través de las cuales el sujeto ejercita o entrena diversas capacidades cognitivas como la memoria, la atención o resolución de problemas. La Rehabilitación Cognitiva, la cual es el método más individualizado para apoyar a las personas con deterioro cognitivo y sus cuidadores familiares, en la que se hace hincapiés en la mejora de las habilidades cognitivas residuales y con déficit, por último, La Orientación de la Realidad esta permite mejorar la calidad de vida de personas ancianas con estados de confusión, ayudar a superar los problemas surgidos de la memoria episódica a corto y medio plazo, así como favorecer la orientación temporo-espacial y la identidad del sujeto

Mientras que, en la segunda línea de trabajo, se puede encontrar la Reminiscencia,

como una forma de activar o actualizar sobre todo la memoria biográfica de la persona; además, se favorece un proceso de reconocimiento e identificación (gnosis, memoria semántica) de estímulos familiares que conecta con toda la red de recuerdos relacionados con dichos estímulos (memoria episódica y semántica). Ahora bien, se quiere resaltar la idea de que la Reminiscencia no es considerada estrictamente una técnica destinada a potenciar los aspectos cognitivos. Sus objetivos fundamentales son: propiciar la interacción, generar interés por el acto de recordar y aumentar la autoestima y la confianza. No se estimula la evaluación de los recuerdos, ni tampoco se trata de que éstos sean perfectos, sino que sean lo más vivos posible, en toda su amplitud, y vayan acompañados de las emociones correspondientes. Más que a este tipo de recuerdo o de capacidad a veces descontextualizado, pretende trabajar el recuerdo desde la propia memoria autobiográfica, buscando que el desarrollo del self a lo largo de la historia personal no se pierda y se mantenga el sentido de continuidad.

Desde este punto de vista, las consideraciones sobre el sí mismo y la identidad, como aspectos centrales del estudio de la memoria autobiográfica, son aportes claves de esta línea teórica, al igual como la Psicología social, de la personalidad y la Psicogerontología, que subrayan el sentido de continuidad vital asociado a la memoria autobiográfica (Fuentes y Desrocher, 2012; Jetten, Haslam, Pugliese, Tonks y Haslam, 2010).

La memoria autobiográfica es una forma de memoria exclusivamente humana que se mueve más allá del recuerdo de los acontecimientos experimentados para integrar perspectiva, interpretación y evaluación a través de uno mismo, los demás, y del tiempo para crear una historia personal (Fivush, 2011). Además, como parte de la memoria declarativa, la memoria autobiográfica comprende aspectos episódicos y semánticos (Seidl, Lueken, Thomann, Geider y Schoroder, 2011).

La memoria episódica implica recuerdo de los acontecimientos autobiográficos ricos en contexto con la clara sensación de volver a experimentar, e incluye eventos singulares personales que se acompañan de una riqueza de detalles y una sensación de volver a experimentar cuando se recuerda. Por el contrario, la memoria semántica implica el conocimiento que carece del contexto en el que la información fue adquirida y contiene datos generales de los diferentes períodos de tiempo de vida. Los episodios autobiográficos

están asociados con la *autonoetic consciousness* o conciencia auto-noética y la semántica personal se asocia con la *noetic consciousness* o conciencia noética (Martinelli, Anssens, Sperduti y Piolino, 2013).

Con el envejecimiento la cantidad de elementos episódicos disminuye, si bien parece ser que más elementos semánticos son reportados esto ayuda a la memoria a seguir manteniéndose sobre todo en el caso de la memoria autobiográfica (Levine, Svoboda, Hay, Winocur y Moscovitch, 2002); desde este planteamiento, autores como Piolino, Desgranges, Benali y Eustache (2002), señalan que con la edad parece existir una cierta semantización de nuestra memoria, que compensaría la pérdida episódica.

De este modo, la reminiscencia se basa en la evocación del recuerdo de la Memoria Autobiográfica tanto semántico como episódico, para mejorar estados psicológicos personales principalmente mediante la reducción de la sintomatología depresiva, así como mediante la mejora de la autoestima, el bienestar y la generatividad de los sujetos mayores. La reminiscencia es una interacción entre personas, con uno o más individuo recordando situaciones o hechos y gran parte de la literatura sugieren la reminiscencia como una herramienta terapéutica que ha demostrado ser beneficiosa tanto con personas sanas como con demencia. La activa interacción que se desarrolla entre los miembros del grupo de reminiscencia, hacen de esta una actividad inclusiva, estimulante y alegre para los participantes (Brooker y Duce, 2000).

La reminiscencia, como reconstrucción narrativa de eventos vitales basada en la memoria autobiográfica, permite trabajar con los recuerdos que se almacenan con un valor de información para el sí mismo y su significado emocional y es lo que parece determinar la reconstrucción privilegiada a largo plazo, en tanto elemento organizador del esquema del recuerdo. El fenómeno de la reminiscencia, entendido como el acto de recordar una experiencia del pasado personal y construir una narrativa autobiográfica, se ha reconocido como un componente crítico y esencial de la memoria autobiográfica (Fivush y Haden, 2003).

La reminiscencia constituye una forma de mantener el pasado personal y de perpetuar la identidad de la persona, siendo ésta una técnica muy completa ya que utiliza la estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento (Laborda, 2002).

Además, algunos autores la plantean como una actividad mental organizada, compleja y que posee una finalidad importantísima ya que permite al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad (Salvarezza, 1988)

Aunque ya se ha comentado los beneficios de este tipo de técnica es importante señalar la gran cantidad de estudios donde se señalan los efectos positivos de la reminiscencia como terapia (Bohlmeijer Smith y Cuijpers, 2003; Hsieh y Wang, 2003; Meléndez, Charco, Mayordomo y Galán, 2013; Nomura y Hashimoto, 2006; Wang, 2007; Woods, Spector, Jones, Orrell y Davies, 2005) y está apoyada en un número creciente de revisiones y meta-análisis ya establecidos con que han trabajado la efectividad de la terapia mediante reminiscencia).

Esos estudios concluyen que la reminiscencia proporciona diferentes beneficios de carácter psicológico como los que se señalan a continuación: la reducción de la depresión, de los sentimientos de soledad, y de las emociones negativas y ansiedad, el mantenimiento de la autoestima, el desarrollo de la autoafirmación y la mejora del autoconcepto, el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento, el aumento de la satisfacción con la vida, aumento de la propia integración y la identidad, mejora de las actividades funcionales y actividades sociales, la prevención de la problemas de conducta, aceptación de la muerte, mejora del funcionamiento cognitivo y reducción del aburrimiento.

Además, la interacción entre los miembros del grupo proporciona un medio de impedir el aislamiento social, así como mejorar el bienestar psicológico y habilidades de comunicación de esas personas. Si bien, debe señalarse que no todos los recuerdo tienen la misma función, siendo Wong y Watt (1991) quienes describieron uno de los primeros modelos de las funciones de la reminiscencia, que posteriormente fue completado por Cappeliez, Rivard y Guindon (2007). Es por todo lo antes expuesto que se hace necesario investigar y profundizar en la temática de reminiscencia como alternativa de intervención en el proceso de mantener el sentido de continuidad a través de la memoria autobiográfica.

Este trabajo plantea la aplicación de terapia de reminiscencia en sujetos sanos de la Republica Dominicana para analizar sus efectos tras su aplicación y estudiar mediante medidas de seguimiento cuál es su mantenimiento a través del tiempo.

Por lo tanto, como señala Haight y Webster (1995, 2013) este es un fenómeno

multifacético y multipropósito de ocurrencia natural manifestado a través de todo el ciclo vital en variadas formas y contextos. Con la aplicación de este programa de reminiscencia, se puede de igual forma estar en contacto directo con esta población, ayudando así a elevar la comunicación, la sociabilidad y la integración del adulto mayor, no solo con personas externas a su ambiente familiar, sino también a comprender a personas que se encuentran en la misma fase vital.

En este sentido Webster, (1997; 2010) presentan resultados de investigaciones en donde se destacan las diversas funciones de la reminiscencia a lo largo del ciclo vital, por lo que es de interés acentuar que esta técnica ofrece a las investigaciones interesadas en la memoria naturalista una forma de estudiar no solo la memoria, sino los tipos y sus funciones. De estos estudios surge una escala de funciones de reminiscencia (*Reminiscence Functions Scale*) que es un instrumento que permite evaluar múltiples formas de reminiscencia simultáneas y realizar comparaciones directas (Webster, 1995)

Estas formas de reminiscencia se han agrupado en un modelo comprensivo mediante un sistema triádico, planteando un modelo integral de las funciones de la reminiscencia en la vida cotidiana (Cappeliez, O'Rourke y Chaudhury, 2005). Así, encontramos los ocho tipos de reminiscencia diferenciados en tres funciones específicas: auto-funciones (integrador, reparación de la muerte, recuerdos obsesivos, y escapistas), funciones de orientación (instrumental y reminiscencias de transmisión), y funciones de enlace social (narrativos e intimidad reminiscencias).

Por estas razones este trabajo de investigación no solo se propone la elaboración de un ensayo clínico basado en un protocolo de reminiscencia sino que además pretende poner a prueba el modelo de funciones de reminiscencia partiendo de los trabajos desarrollados por Webster (1993, 1997, 2003). A partir de los cuales se ha elaborado, validado y replicado la *Reminiscence Function Scale* (Escala de Funciones de la Reminiscencia) con la finalidad de determinar si este modelo integral se cumple en la población de adultos mayores de Republica Dominicana.

Esta investigación tiene una alta utilidad social, ya que una intervención como tratamiento no farmacológico en adultos mayores con resultados tan positivos, incidirá efectivamente sobre la calidad de vida y el funcionamiento cognitivo y emocional;

reduciendo la carga familiar y sanitaria e influyendo en la disminución del consumo general de fármacos y el número de ingresos hospitalarios.

República Dominicana en la actualidad ha sido calificada por la CEPAL (CEPAL/CELADE, 2003) como un país con envejecimiento moderado, que para el 2025 duplicará el actual porcentaje de personas mayores. Además, es un país en donde existe una gran desarticulación y falta de coordinación entre las distintas instituciones y subsectores, lo que afecta negativamente a la respuesta que ofrece el sistema de salud en su conjunto a esta población. Es decir, en donde los datos actuales muestran serias deficiencias, tanto en el sistema de salud como en el de seguridad social (Molina y Meléndez, 2006).

Por lo anterior expuesto se puede afirmar que, con esta investigación se lograrán grandes beneficios a nivel social, ya que sus aportes ayudarán a la organización de proyectos de intervención cognitiva para elevar el bienestar psicológico y el afrontamiento en las personas mayores. De igual manera este trabajo de investigación busca abrir nuevas líneas de estudio basado en memoria autobiográfica y la aplicación de programa de estimulación cognitiva (Reminiscencia) en adultos Mayores, tema que ha sido abordado muy poco en población de América latina.

Este trabajo está organizado en capítulos y apartados. En un primer apartado de marco teórico y contextual se encuentran: Primer capítulo se presentan las conceptualizaciones de memoria autobiográfica los Modelos explicativos y propuesta taxonómicas, los Componentes episódicos y semánticos de la memoria autobiográfica y Líneas de investigación y perspectivas de estudio de la memoria autobiográfica. En un segundo capítulo se abordará, el lugar de la reminiscencia dentro de la memoria, la historia de la Reminiscencia, sus beneficios y tipos de reminiscencia, así como la Escala de reminiscencia y función. En un tercer Capítulo el adulto Mayor y su bienestar psicológico en la que se desarrollarán las distintas variables que afectan ese bienestar y un cuarto capítulo sobre las características del proceso de envejecimiento poblacional y algunos rasgos de la población adulta mayor de República Dominicana. A continuación en los capítulos, se presentará el método, los resultados, así como la discusión.

CAPÍTULO 1

CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN EL ADULTO MAYOR

En este capítulo se profundizará en las implicaciones psicológicas que el envejecimiento manifiesta en el adulto mayor. El envejecimiento es entendido como un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre sí. Desde una perspectiva evolutiva, se analizan distintos aspectos que influyen en este proceso, y como desde la psicología positiva se puede influir para el logro de un envejecimiento exitoso.

Las importantes transformaciones que se producen en el sujeto, tales como los cambios corporales, psicológicos, sociales o existenciales, pueden ser detonantes de cambios en la lectura que realiza el sujeto sobre su identidad, que tensionan y ponen en cuestión al sí mismo, pudiendo incrementar la percepción de inseguridad, fragilizando mecanismos de control y afrontamiento, demandando nuevas formas de adaptación o modificando proyectos.

Los cambios durante el envejecimiento se producen en todas las dimensiones; en el orden psicológico, se manifiesta con el deterioro progresivo e incluso irreversible de algunos procesos psíquicos, dificultades para desarrollar estrategias adaptativas ante cambios sobre

los que existen poco control e incluso una percepción más negativa de uno mismo y de su capacidad para influir en contextos cercanos. En el área social, hay pérdida de roles sin sustitución, ausencia de apoyo social, pudiendo existir dependencia, soledad, conflictos generacionales e inactividad. En este apartado trataremos de conceptualizar y explicar los factores que afectan a las diversas dimensiones psicológicas del adulto mayor y como el manejo de estrategias de afrontamiento y las diferencias individuales pueden señalar la diferencia entre un envejecimiento patológico, normal o exitoso.

1. Sucesos, crisis y transiciones en el adulto mayor. La adaptación en el envejecimiento.

Es relevante destacar que a medida que el ser humano se va desarrollando a lo largo del ciclo vital, se construye su propia historia de vida, en la cual son los principales protagonistas. La manera en la que se narran esos hechos y el significado que le van dando a cada historia, es lo que va construyendo el pasado y de igual manera les lleva a esquematizar el futuro, siendo el presente una percepción de esas narrativas personales de vida.

Esas narraciones personales estarán sujetas a diferentes factores tanto contextuales como de carácter orgánico; de este modo se puede entender que están condicionadas con las diversas tomas de decisiones que realizamos a lo largo de todo nuestro ciclo vital y estas irán construyendo nuestra propia identidad. Unido a lo anterior, debe tenerse en cuenta que, desde una perspectiva psicológica, la forma en que cada uno se enfrenta a las diversas situaciones será determinante en el tipo de conductas y pensamientos a poner en marcha, diferenciando a unas personas de otras y determinando las narraciones personales de vida.

La toma de decisiones, las acciones que se van realizando, fortalecen la personalidad, pero aun existiendo cierta estabilidad desde la adultez en estos patrones existen situaciones que rompen con los esquemas o principios preestablecidos y representaciones inconscientes de afrontamiento, y generan reacciones de forma no esperada. Estas experiencias de cambio pueden tener diferentes características de manera que bien pueden convertirse en un suceso, una transición o en una crisis. Estos tres conceptos poseen características comunes, y todos ellos están relacionados con cambios psicológicos, ruptura o alteraciones de una

situación personal previa, la cual conlleva una adaptación y afrontamiento para continuar el ciclo vital. Es por ello que a continuación se conceptualizan estos términos, analizando tanto sus similitudes como sus aspectos diferenciales.

1.1. Sucesos.

El concepto de suceso, es utilizado para designar experiencias concretas que, aunque usualmente dan lugar a transiciones o crisis, no siempre actúan como demarcadores de estos procesos de cambio.

Se entiende por suceso vital los hechos que son relevantes en la vida de las personas y que éstas reconocen como importantes para su cambio evolutivo. A lo largo de la vida los seres humanos atraviesan por distintas épocas (niñez, adolescencia, juventud, etc.) en las que les ocurren acontecimientos que recuerdan como decisivos. Así la muerte de familiares, las buenas o malas experiencias académicas, los cambios de residencia, etc., son vivencias importantes para las personas que pueden influir en sus comportamientos posteriores con otras personas o en la forma en que afrontan determinadas situaciones.

Uno de los pioneros en detectar la importancia de los sucesos vividos fue Meyer (1951), según el cual éstos generaban tensiones nerviosas a lo largo del ciclo vital de un individuo dejando de esta manera influencias tanto positivas como negativas en su salud no solo física sino también mental.

Trabajos anteriores que proporcionan datos sobre las diferencias individuales en el modo en que las personas perciben los sucesos vitales, como los de Holmes y Rahe (1967), afirman que las percepciones que los individuos tienen de los sucesos vitales vividos pueden ser más significativas que los sucesos mismos.

Relacionado con el concepto de suceso, se encuentra el de transición. Aunque algunos autores equiparan ambos términos, las transiciones son descritas como cambios cualitativos internos en la persona que afectan a sus roles y relaciones interpersonales (Pérez Blasco, 2008). De este modo, se plantean como experiencias que tienen lugar a lo largo del ciclo vital y que tienen como resultado un cambio en las relaciones, rutinas, creencias y/o roles en las áreas personal, familiar, de salud, y/o económica (Pérez y Seguí, 1997).

1.2. Transición.

Es preponderante señalar que la mayoría de las transiciones suponen algunas alteraciones en la identidad, el autoconcepto y la autoestima: empezar a estudiar, el nacimiento de un hijo, el cambio de trabajo o dejar de trabajar, por ejemplo. Todas las transiciones comienzan con el final de una etapa, un rol, una relación, etc., le sigue una zona neutral, y finalmente se inicia una nueva etapa. La mayoría de las personas experimentan un período significativamente bajo en la mitad de las transiciones seguido de posteriores etapas en las que el estado de ánimo va subiendo.

Una transición es, según Pérez Blasco (2008) un periodo de cambio significativo entre dos etapas de estabilidad, provocado por la ocurrencia o no de un evento, o por la acumulación o persistencia de conflictos o insatisfacción, que puede ser fácilmente observable externamente o no, que afecta a cualquier área de la vida de una persona, que es experimentado de manera idiosincrática por cada persona, y cuyo desenlace positivo o negativo es desconocido a priori.

En el ciclo vital, existen cambios que alteran o modifican nuestra manera de pensar. En la década de los setenta se planteaba que esos cambios principalmente se producían en la transición de niñez a la adultez, es decir, en la adolescencia, pero en la actualidad se señala la existencia de más transiciones dentro del ciclo vital, que es importante tener en cuenta dado que cada sujeto vivirá esos procesos de forma distinta según sus experiencias, contextos o simplemente personalidad.

Cada proceso de transición lleva a optar por nuevas formas de vida; muchas veces ese proceso impactará en el sistema personal de significados y de valores, y llevará a la creación de nuevas teorías de vida o por el contrario reafirmarán la identidad. En definitiva, se suele ser distinto después del cambio vital.

Por último, debe señalarse, que según Schlossberg, Waters y Goodman (1995) existen tres categorías para agrupar las transiciones: transiciones interpersonales: relacionadas con experiencias o sucesos con personas que se encuentran en el entorno social del sujeto (nacimiento de un hijo, muerte de un ser querido) siendo generadoras de una continua autoevaluación de las relaciones personales; transiciones intrapersonal: se fundamentan en los cambios internos de la persona, relacionados con la propia identidad; es

una mirada hacia el interior de nosotros mismos y cuestiona la propia existencia; y transiciones laborales: como su nombre indica, viene dada por los cambios que se relacionan con el ámbito laboral (ascensos, descensos o jubilación...).

1.3. Crisis.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, 1988). Otras definiciones señalan que una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual. Además, son entendidas como un periodo transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad, como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental cuyo desenlace depende entre otras cosas, de la forma en que se maneje la situación (Caplan, 1964).

Swanson y Carbon (1989) han consolidado algunos conceptos sobre la crisis, y en este sentido, señalan que son experiencias que se consideran normales en la vida, que pueden motivar al sujeto a mantener su equilibrio en un medio adverso y que tienen un carácter temporal; de este modo la mayoría de las veces se convierte en un suceso identificable; además, el resultado y consecuencias de las crisis provocan cambios internos; y por último, la adaptativa resolución de la crisis implica no solo recobrar el equilibrio y dominio de la situación, sino la adquisición de estrategias de resolución de conflictos y afrontamiento.

Las situaciones que conllevan la necesidad de adaptación en la estructuración de conductas, puntos decisivos o regiones límites entre dos periodos de relativa estabilidad, es lo que se denomina transición; pero cuando una transición es difícil de superar y afrontar como oportunidad de desarrollo, se convierte en una crisis. Esta dificultad se deriva de la gravedad del suceso que lo origina, y la falta de recursos de afrontamiento, en resumen, los sucesos, transiciones y crisis están íntimamente relacionados entre sí.

En la etapa del adulto mayor, se pueden observar la aparición de las tres situaciones

(sucesos, transiciones y crisis), ya que esta etapa como se ha mencionado se caracteriza por cambios en múltiples aspectos (psicológico, biológicos, social, etc.). Por lo tanto, es posible encontrarse inmersos en sucesos muy puntuales como es la muerte de seres queridos, la jubilación o simplemente el cambio físico, estos sucesos pueden dar lugar a transiciones como el proceso de vivir un duelo o la acumulación de frustraciones a lo largo del tiempo que dan lugar a un divorcio. Pero como señala Slaikeu (1988) una transición puede convertirse en crisis, dependiendo del impacto del suceso y los recursos tanto personales como sociales que estos poseen, dirigiendo al adulto mayor a un cambio brusco en su personalidad llevándolo a retraerse y sentirse desconfiado de todos.

2. Paso del modelo decremental hacia la psicología positiva en el envejecimiento.

Es muy significativo entender los cambios que se producen en esta etapa, ya que el estudio del envejecimiento ha estado fundamentado en una visión basada en la parte negativa de la metáfora de Bee (1996), en donde se plantea el envejecimiento como el descenso de una montaña surcada por senderos y barrancos. Es decir, los estereotipos y prejuicios que rodean el concepto de envejecimiento tiñen la visión que tenemos de los adultos mayores y plantean una concepción agresiva y basada en el decaimiento, pérdida, regresión y resistencia al cambio.

El envejecimiento, desde una perspectiva tradicional, de raíz biologicista, se centra en el declive de las fortalezas físicas y psíquicas; por lo tanto, la pérdida o deterioro de aquellos rasgos y cualidades positivas que fueron fundamentales durante la vida juvenil y adulta. Esta perspectiva fundamentada en el modelo decremental, entendía que envejecer era la disminución de nuestras capacidades biológicas y por lo tanto, existía una disminución de las respuestas adaptativas a las variaciones que experimentábamos en el medio ambiente. Es por esto que, la senectud era observada como un proceso de deterioro psicosocial, que solía llegar a lo patológico. Esa forma de percibir esta etapa había llevado a entender lo patológico como un proceso normal.

El análisis histórico de la psicología del desarrollo, muestra cómo el centro de

atención estaba principalmente en los estudios de la infancia y adolescencia. Además, cuando se refería al envejecimiento, se concentraba en los aspectos patológicos, mostrando como los adultos mayores obtienen peores rendimientos en elementos tales como: inteligencia, capacidad de reacción, rendimiento en las tareas y psicomotricidad. Además, el uso de un modelo transversal y la comparación de las mediciones entre jóvenes y adultos mayores que pasaban por alto la variabilidad creciente en las manifestaciones cognoscitivas del adulto mayor (Gutiérrez, Serra y Zacarés, 2006) no hacían sino remarcar estas diferencias.

Existen diversos factores que fundamentaban esa teoría decremental, entre ellos la existencia de estudios en donde los resultados demostraban declive o pérdidas en diferentes aspectos en el adulto mayor, el presentado por Miles en 1928 centrado en los cambios de la edad o los propios trabajos de Wechsler (1939) y su curva en los cambios de la inteligencia.

El modelo médico de los años 50, también influyó en esa concepción negativa, con su contribución en la asociación entre enfermedades y personas mayores; además influyeron las lecturas, publicaciones y asociaciones gerontológicas que solo divulgaban los aspectos deficitarios de los adultos mayores (Fernández-Ballesteros, 2000).

Esta visión, llevó a la invisibilización de aspectos positivos de la vejez, como el acopio de experiencia o la mayor disponibilidad de tiempo libre que le permitiría una mayor amplitud en la búsqueda de formas de realización personal, entre otras. Resulta entonces curioso que muchas investigaciones encuentren que los adultos mayores pueden mantener altos niveles de bienestar afectivo, aun cuando se confrontan con el declive biológico, las pérdidas a nivel psicológico, social, y los prejuicios sociales que los estigmatizan (Scheibe y Carstensen, 2010).

A principios de los años 60, se inician los estudios longitudinales, en donde se observan los cambios que realiza la persona a largo tiempo y muestra como muchas personas realizaban procesos de envejecimiento activo y con buena salud. Uno de los estudios que permiten observar este proceso desde una percepción más positiva es el Estudio de Baltimore sobre el Envejecimiento que se caracterizó por ser longitudinal y su muestra de trabajo fueron adultos normales y activos. En su informe sobre los hallazgos del estudio, Shock y colaboradores (1984) mencionaron como uno de los primeros objetivos, la

estimación de los cambios relacionados con la edad durante un tiempo establecido, de modo que “pudiera determinarse una tasa de envejecimiento” para cualquier variable específica. Este es uno de los puntos de inicio para los cambios en el estudio de la vejez.

En los años 70, surge un nuevo enfoque basado en la integración del envejecimiento al desarrollo de todo el ciclo vital y no como un proceso aislado. Se plantea una nueva forma de estudiar el envejecimiento desde la Psicología Evolutiva, de manera que las etapas aparecen en proceso integrado dentro del conjunto de la trayectoria vital humana. Esta nueva conceptualización se denomina enfoque del ciclo vital (*Life Span Approach*). Este enfoque, es más que una teoría formal, es un conjunto de principios para poder estudiar el cambio evolutivo con independencia del punto temporal en el que acontezca, incluida las últimas décadas de la vida. De este modo se señala que todas las etapas del ciclo vital tienen crecimientos y pérdidas. Entre los autores que fundamentaban este enfoque destacan Baltes (1987), Erikson (1970), Nesselroade y Baltes (1981), Schaie (1994), Singer, Lindenberger y Baltes (2003) o Uttal y Perlmutter (1989).

Es a partir del surgimiento de esta perspectiva, cuando aparece una nueva conceptualización que señala que existe una amplia gama de variables que influyen en el envejecimiento más allá de la edad cronológica. Aspectos tales como la influencia de los acontecimientos, las experiencias que viven las personas o la cultura donde se desarrollan tienen una clara relación con el self, dando como resultado un proceso individual y diferente en cada sujeto sobre una base de cambios comunes.

Erick Erikson (1970), planteó una visión extendida del ciclo vital como una secuencia de encrucijadas en las que el Yo, la persona, se ha de enfrentar a ciertos compromisos y demandas sociales. Si estos retos se superan con éxito suponen una expansión del Yo; si por el contrario el Yo no es capaz de manejar las exigencias sociales se puede estancar. Desde esas ideas de desarrollo humano la contribución de Erickson al ciclo vital es fundamental, ya que estudia el proceso del desarrollo psicosocial desde el nacimiento hasta la muerte, teniendo en cuenta la cultura y admitiendo una variabilidad de formas de envejecer.

Baltes (1997) realiza importantes aportaciones a este enfoque de ciclo vital cuando plantea, la capacidad de adaptación del ser humano a lo largo de la vida y elabora un marco teórico basado en la capacidad que tiene el adulto mayor de adaptarse y lograr niveles

elevados de funcionamiento, teniendo en cuenta estrategias activas y el uso de recursos basados en el mantenimiento y regulación de las pérdidas.

A finales de los años 90, surgen interesantes teorías y estudios que parten de un enfoque de la vejez como etapa vital; como una etapa más de la experiencia humana y que puede y debe ser considerada una fase positiva del desarrollo individual y social. A partir de estos cambios, se han comenzado a promover estudios que buscan las dimensiones positivas del envejecimiento más que su deterioro, modificando el punto de vista hegemónico que se conformó en el siglo XIX y gran parte del XX.

En la última década, un grupo emergente de connotados investigadores (Diener, Oishi y Lucas, 2003; Park, Peterson y Seligman, 2004) han realizado diversas y numerosas investigaciones en aspectos saludables y positivos del desarrollo humano. Este campo de estudio se denomina psicología positiva, agrupando la investigación de diversos factores que favorecen el desarrollo de la felicidad humana (Seligman, Rashid y Parks, 2006).

Desde la psicología positiva se cambia el foco de interés centrándose en encontrar las cualidades humanas para que funcionen como amortiguadores de la adversidad y así conseguir una mejor calidad de vida y un mayor bienestar. Es por esto que desde esta perspectiva se intenta impulsar el bienestar psicológico y la felicidad humana, como un instrumento para aliviar el desconsuelo psicológico (Seligman, 1999) como una forma de contrarrestar lo patológico.

La psicología positiva tiene por propósito mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías, generando instancias que ayuden a la construcción de competencias que disminuyan la aparición de patologías, mejoren su pronóstico y, sobre todo, propicie el desarrollo del bienestar y felicidad de las personas (Cuadra y Florenzano, 2003). Este enfoque teórico se centra en el tratamiento de psicoterapia positiva, la cual interviene sobre tres grandes aspectos que constituyen el concepto de felicidad: las emociones positivas (vida placentera), el compromiso (una vida comprometida) y el significado (una vida con significado) (Seligman, 2003).

Como se ha mencionado, desde el positivismo se intenta indagar en las causas que ocasionan estos cambios transicionales vitales o crisis en el adulto mayor para ofrecer estrategias adaptativas que mejoren la optimización de los recursos de los adultos mayores.

Sucesos propios de esta etapa como cambios de carrera laboral, muerte de un familiar, etc., pueden desencadenar en desórdenes o patologías. De este modo, es substancial aclarar que enfrentarse a hechos que suponen amenazas para la integridad física o psicológica puede llevar a trastornos por estrés, desencadenando interferencias graves en el desempeño personal o social, el disfrute del ocio o los vínculos íntimos.

Por lo tanto, centrándose en el estudio de aspectos positivos del envejecimiento como la calidad de vida, la sabiduría, el bienestar subjetivo y el envejecimiento saludable que vienen reflejados desde la psicología del desarrollo con un enfoque del ciclo vital, surge una nueva visión llamada envejecimiento satisfactorio o envejecimiento con éxito (Triadó, 2003).

3. Tipos de envejecimiento.

Como se ha visto anteriormente, la concepción del envejecimiento ha ido evolucionando, desde un planteamiento entendido como un proceso de déficit, pérdida o declive a un concepto más positivo.

Este proceso de cambio hacia un envejecimiento más positivo, se ha basado en la observación del sujeto y en los resultados de investigación obtenidos, entendiendo el ciclo vital humano como un continuo en el que todas las etapas por las que pasa el sujeto influyen en el desarrollo, observándolo como un proceso que presenta ganancias y pérdidas, y en el que los factores que intervienen no solo son cronológicos o biológicos, sino que variables psicológicas de tipo personal y emocional, como son el bienestar, la satisfacción vital, el autoconcepto, etc., influyen en cómo este proceso resulta y por tanto son determinantes en la obtención de un envejecimiento satisfactorio. Desde aquí también se señalan características importantes como es la capacidad de adaptación del sujeto a los cambios y las diferencias individuales que hacen de este proceso una experiencia personal.

De este modo, desde las últimas décadas se está intentado diferenciar cuales son los determinantes que pueden ayudar a distinguir entre los distintos modos de envejecer. Una primera clasificación que permitió profundizar en el tema, fue la distinción entre envejecimiento primario (cambios intrínsecos en el proceso de envejecer que son

irreversibles) y secundario (cambios originados por enfermedad que están relacionadas con la edad, que pueden prevenirse o son reversibles) (Rodríguez Pérez, 2001), ya que desde esta sistematización se busca aclarar qué cambios son normales del envejecimiento y cuáles son patológicos.

3.1. Envejecimiento normal, patológico y exitoso.

En el proceso de envejecer se producen cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. Es entendible que el envejecimiento biológico y fisiológico no puede evitarse, forma parte de todo ser vivo y comprende una serie de cambios progresivos estrechamente vinculados con la propia genética y herencia biológica, la historia personal y los factores ambientales (Wilson, Bennett y Swartzendruber, 1997); si bien los aspectos psicológicos y sociales no siguen esa tendencia y proporcionan posibilidades de intervención para optimizar los recursos disponibles por parte del sujeto.

Se parte de que el envejecimiento normal es intrínseco al organismo mismo y consiste en un deterioro en los procesos como consecuencia de la edad. Así, éste, es entendido como un patrón en el que no hay enfermedades, pero sí un aumento del riesgo de padecerlas, asociado a la edad, y que minimizan el disfrute y la satisfacción. Por ello, aunque el proceso de envejecimiento no implica necesariamente el deterioro y declive de las capacidades, se observa durante el envejecimiento un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento de diversas áreas. De este modo, la mayor parte de personas mayores afronta una serie de cambios de carácter normal en las diferentes áreas del desarrollo, si bien estos cambios son heterogéneos en función de diferentes factores normativos y no normativos que afectan al sujeto a lo largo de su ciclo vital. El envejecimiento, por tanto, es un proceso natural, múltiple y gradual, caracterizado por una enorme variabilidad individual, que sugiere que el tiempo no tiene las mismas consecuencias para todos.

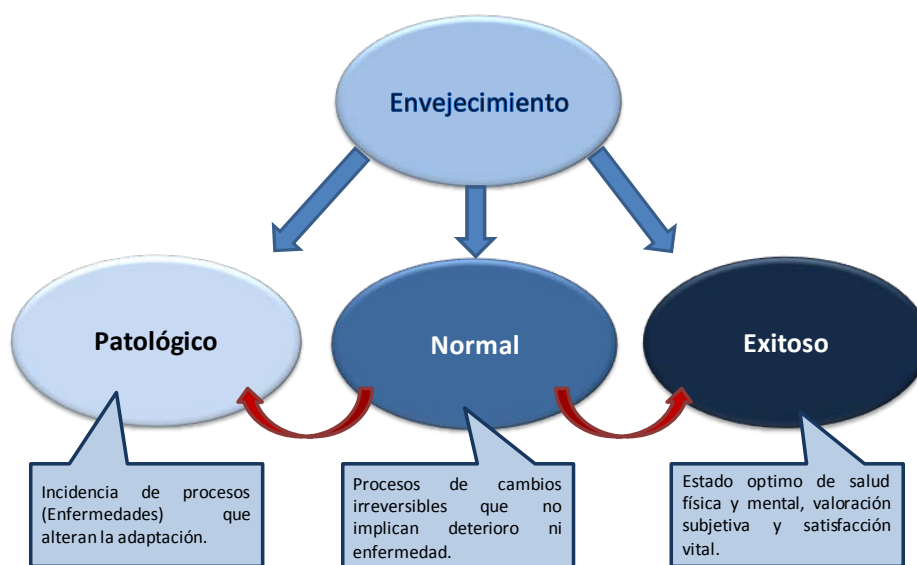
Por otra parte, el envejecimiento patológico se observa cuando la incidencia de procesos, fundamentalmente enfermedades, alteran los diversos parámetros e impiden o dificultan la correspondiente adaptación. Es decir, cuando se dan situaciones especiales o adversas que producen un empeoramiento de la capacidad funcional de forma que el proceso de envejecimiento natural se transformaría en patológico. Según Meléndez,

Navarro, Oliver y Tomás (2009) el envejecimiento patológico, se refiere a un patrón de envejecimiento caracterizado por la patología grave y la dependencia en algún grado con aparición de discapacidades que se acentúan en esa edad, y que minimizan el disfrute y la satisfacción.

Si bien es cierto que, envejecer hace referencia diversos cambios que se dan en el transcurso de la vida individual y que implican declives estructurales y funcionales, o sea, disminución de la vitalidad; ello no significa que tal disminución o declive equivalga forzosamente a alteraciones patológicas graves y en todas las áreas del desarrollo humano. Por ejemplo, el desarrollo emocional del adulto mayor constituye una clave fundamental en la solución exitosa a los principales problemas que se desencadenan en esta etapa del desarrollo debido a la indiscutible importancia que posee el conocimiento y manejo de las emociones propias y las de los demás, en virtud de la satisfacción personal y el éxito en la vida.

Finalmente, se propone una conceptualización que plantea que el sujeto puede propiciar procesos de desarrollo en esta etapa, aun con el deterioro intrínseco que existe siempre y cuando el sujeto sea capaz de poner en práctica diferentes estrategias de adaptación frente a los nuevos cambios que debe afrontar. A esta nueva forma de envejecer se la ha denominado envejecimiento con éxito, siendo este concepto similar a otros conceptos definidos en la literatura gerontológica tales como envejecimiento «saludable», «activo», «productivo», «óptimo» y «positivo» (Fernández-Ballesteros, 2008).

Figura 1. Tipos de Envejecimiento.



Este concepto de envejecimiento exitoso guarda una estrecha relación con el enfoque del Ciclo Vital en algunos de sus supuestos básicos como la existencia de un balance entre el crecimiento y el declive. De este modo, se plantea que durante el envejecimiento puede existir la posibilidad de continuar desarrollándose en diversas áreas independientemente de la existencia de pérdidas propias de la edad; además, desde esta perspectiva, se señala la plasticidad como una característica básica en el desarrollo de nuevos aprendizajes y modificaciones conductuales y cognitivas del sujeto que pueden favorecer la aparición de características altamente adaptativas.

Desde este planteamiento el envejecimiento con éxito puede ser entendido como la capacidad proactiva del individuo para poner en marcha estrategias adaptativas eficaces en las diferentes esferas de desarrollo, de manera que éste sea capaz de generar no solo respuestas cognitivo-conductuales eficaces, sino que también exista una mejora emocional que se vea reflejada en el bienestar subjetivo y psicológico del sujeto. Es importante destacar, que los primeros estudios de este concepto se producen en la década de los 50 (Pressey y Simcoe, 1950), aunque no es hasta finales de los 80 cuando el término deja de ser invisible, destacando cuándo en 1987 es divulgado un artículo de la revista *Science* por John Rowe y Robert Kahnen donde se plantea como un concepto multidimensional, holístico y polisémico, que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psicosociales, iniciándose una caracterización más profunda de este tipo de envejecimiento que definen a partir de tres componentes: a) la ausencia de enfermedad y discapacidad, b) alto funcionamiento cognitivo y físico, y c) el compromiso social y productivo.

Otros teóricos han propuesto definir la vejez con éxito sobre la base única de criterios individuales, tales como la ausencia de deterioro cognitivo, la independencia de terceros para el funcionamiento en la vida diaria o la no utilización de servicios (Roos y Havens, 1991). Pero son diversos los aspectos que se debe tomar en cuenta para hablar de un envejecimiento exitoso, algunos autores enfatizan la valoración subjetiva y la satisfacción con la vida como elementos clave para este tipo de envejecimiento (Lehr, 1982) e, incluso, otros consideran la actividad y productividad social como elementos claves (Siegrist, Knesebeck y Pollack, 2004). Por su parte, Havighurst, Neugarten y Tobin (1964) afirman que

este tipo de envejecimiento debe estar unido a un estilo de vida activo continuado. Estas teorías intentan describir los caminos que deben seguir las personas mayores para cumplir con las exigencias de su edad y llegar a un alto grado de satisfacción en su vida. Desde esta perspectiva se intenta establecer que vejez y éxito no son contradictorios. Es decir, que los sujetos de edad, pueden de igual manera construir activamente su vida y regularla, según las nuevas exigencias de la edad. Por lo tanto, existen estrategias, ejercicios y aprendizajes muy valiosos, eso sí, siempre sometidos a las limitaciones de la edad. Según estos autores, se puede conseguir un nivel funcional estable, una autoimagen positiva y un estado satisfactorio, por medio de la adaptación y optimización de los recursos internos y externos de forma que el sujeto sea capaz de presentar un correcto ajuste personal y un dominio del contexto en el que se desarrolla.

Sintetizando, se puede decir que, las condiciones de salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social son los criterios generalmente aceptados (parcialmente o en su conjunto) para identificar esta forma de envejecer (Fernández-Ballesteros, 2008). Es más, todas estas condiciones multidimensionales también aparecen en el concepto popular de envejecer bien que las propias personas mayores tienen y ello está extendido entre distintos países y culturas (Fernández-Ballesteros et al., 2010).

Sin embargo, los estudios sobre el envejecimiento con éxito no se detienen y Peel, McClure y Bartlett (2005) intentando establecer criterios para la identificación de este tipo de envejecimiento examinaron los resultados de la mayoría de los artículos procedentes de estudios longitudinales (1985 a 2003) y concluyeron que los criterios utilizados en la identificación del envejecimiento con éxito son dos: la supervivencia y el nivel de funcionalidad del individuo. Y que los determinantes o predictores son esencialmente los estilos de vida (no fumar, no beber, adecuada alimentación y ejercicio físico).

A continuación Depp y Jeste (2006) hicieron una extensa revisión de estudios sobre envejecimiento con éxito, tanto transversales como longitudinales; en este trabajo identificaron aspectos principales utilizados como criterios para un envejecimiento con éxito, destacando: habilidad funcional y funcionamiento físico, funcionamiento cognitivo, satisfacción con la vida y bienestar; participación social/productividad, presencia/ausencia

de enfermedad, longevidad, autovaloración de la salud, aspectos de personalidad medio ambiente y renta, y autoevaluación de un envejecimiento con éxito (Fernández-Ballesteros et al., 2010).

Para finalizar, se debe señalar, que el envejecimiento exitoso puede ser conceptualizado como un proceso de mantenimiento de desarrollo, en el que la edad no se asocia con la reducción de opciones vitales, sino con la consecución de un desarrollo óptimo, e incluso con el más alto funcionamiento físico, intelectual, emocional, social, profesional y espiritual posible.

4. Formas de adaptación a los cambios en el proceso de envejecimiento.

Como se acaba de indicar los esfuerzos adaptativos de los seres humanos desempeñan un papel fundamental en las tendencias evolutivas, sobre todo en los procesos que generan los momentos de transición y crisis. En este apartado se analizarán diversos modelos de adaptación, en su dinámica de relación con el envejecimiento, ya que tras los diversos cambios que afectan al adulto mayor, la adaptación puede ser el conducto directo a lo que anteriormente llamábamos “envejecimiento con éxito”, ya que la misma propicia el correcto ajuste de los objetivos y metas evolutivas a medida que vamos haciéndonos mayores.

Aunque la psicología positiva tiene su foco de interés principalmente en las ganancias que puede adquirir el adulto mayor en ciertos ámbitos vitales, prácticamente todos los investigadores coinciden en que, es un proceso que implica ciertas pérdidas y cambios amenazantes, cambios que tienen un especial carácter irreversible e incontrolable, esos cambios asociados al envejecimiento se producen en todas las áreas de la vida de las personas: en el funcionamiento biológico-físico, en el psicomotriz, en el desempeño intelectual y cognitivo, en la salud, la afectividad, las relaciones sociales, la familia, la identidad personal, las metas y objetivos vitales y los escenarios y oportunidades sociales (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1998; Brennan y Bally, 2007).

Pero aun con todos esos cambios, las personas ponen en marcha una serie de procesos adaptativos que, en la mayoría de los casos, permiten afrontar con éxito los

cambios de carácter negativo asociados al envejecimiento. Este proceso automático o conscientemente dirigido, para ajustarse a las nuevas realidades que implica el hecho de envejecer, y ante el que la persona no puede permanecer pasiva es llamado adaptación. Desde luego que no existe una forma única para lograr la adaptación a los nuevos cambios en el proceso vital, cada individuo dispondrá de diversas estrategias, maniobras o de un potencial de flexibilidad para llegar a superar situaciones. Por otra parte, algunos tipos de terapias psicológicas fomentan y desarrollan el uso de ciertas estrategias que pueden tener un carácter adaptativo frente a los cambios, ofreciendo un marco de intervención gerontológica donde optimizar los recursos del adulto mayor.

4.1. Modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC).

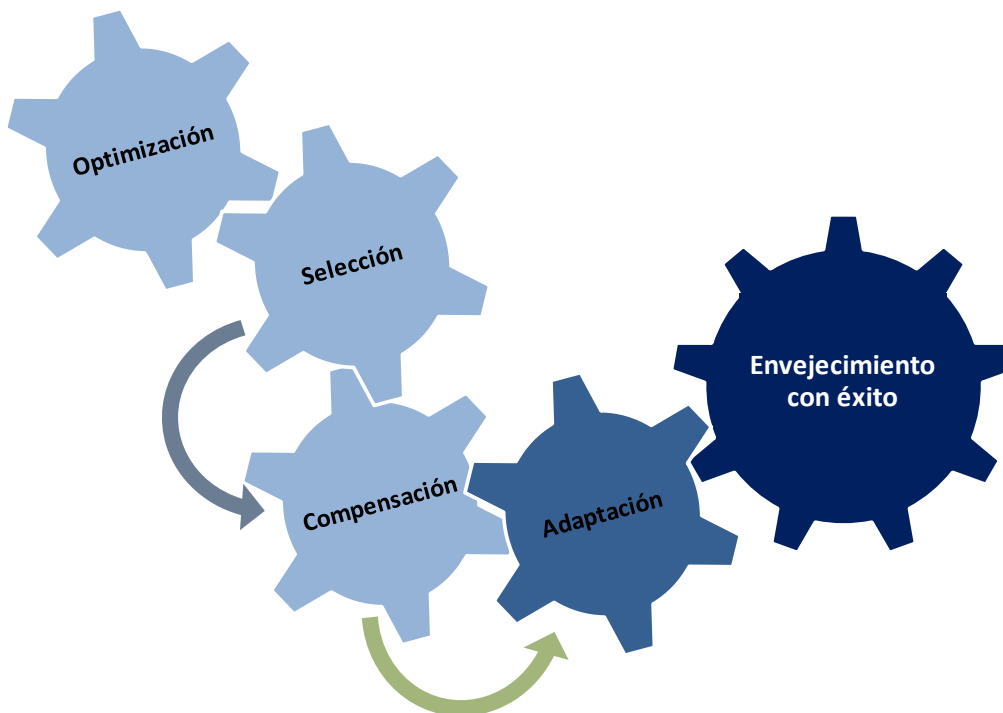
El Modelo de Optimización Selectiva con Compensación (Baltes y Baltes, 1990; Baltes et al., 1998) entiende el desarrollo como un proceso de selección, a lo largo de la vida, de una serie de posibilidades y trayectorias evolutivas, trayectorias que experimentan un proceso de optimización una vez se eligen y la persona se implica en ellas. Como puede entenderse, está relacionado de forma directa con envejecimiento satisfactorio y está basado en tres componentes esenciales: la compensación, la optimización y la selección como procesos básicos en el desarrollo humano para el logro de un envejecimiento con éxito.

El componente de selección hace referencia a la elección, consciente o no consciente, de metas o dominios de comportamiento como espacio de desarrollo, dejando de lado otras alternativas. Baltes et al., (1998) diferencian entre dos tipos de selección, la selección electiva, que resulta de nuestra elección entre diferentes alternativas, y la selección basada en pérdidas, que resulta de la no disponibilidad de recursos y, en consecuencia, de la necesidad de escoger otras alternativas. La optimización es el componente que impulsa a regular el desarrollo de manera que se puedan alcanzar los niveles más deseables de funcionamiento mediante los medios y recursos disponibles. Finalmente, la compensación es un componente relacionado con la respuesta a una ausencia o pérdida de un medio o recurso que es relevante para la consecución de nuestras metas evolutivas, de este modo o bien pueden adquirirse nuevos recursos para sustituir a los que se han perdido o faltan, o

bien pueden cambiarse las metas, con el fin de facilitar la consecución de las nuevas con los medios disponibles.

Es a partir de la integración de los tres mecanismos como la persona puede conseguir regular las pérdidas, mantener el nivel de funcionamiento e, incluso, obtener nuevos espacios de crecimiento o mejora en esos niveles de funcionamiento. Es en este sentido en el que podemos hablar de “envejecimiento con éxito”.

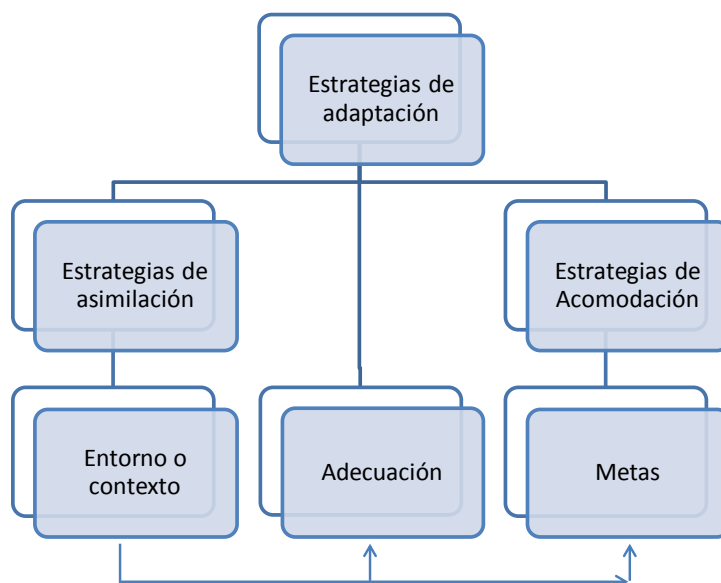
Figura 2. Modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC).



4.2. Teoría del Desarrollo Intencional.

La Teoría del Desarrollo Intencional (Brandtstädter y Greve, 1992; Brandtstädter y Rothermund, 2002), plantea que el bienestar de las personas depende en gran medida de la distancia entre el estado actual y las metas deseadas y propuestas. De este modo, las metas son importantes porque actúan como elemento motivador, es decir, como elemento que otorga una dirección al comportamiento y lo orienta hacia la consecución de unas metas y la evitación de otras. Además, constituyen también el contexto que permite evaluar, positiva o negativamente, el estado presente.

Figura 3. Teoría del desarrollo intencional. Estrategias de adaptación.



Como puede observarse en la Figura 3, el modelo plantea dos tipos de estrategias de adaptación, la asimilación y la acomodación.

Las estrategias de asimilación, son aquellas a través de las cuales las personas transforman el entorno para hacer efectivas sus metas propuestas, acercando la situación actual a las metas previamente establecidas o alejándola de los estados no deseados. En suma, se trata de aproximar la trayectoria evolutiva real a la trayectoria deseada. Las estrategias de acomodación, son aquellas que se ponen en marcha cuando hay discrepancia entre lo real y lo deseado, a través de éstas se acercan las propias metas a la situación real, reajustándolas (bien reduciendo nuestro nivel de aspiración, bien sustituyéndolas) y dirigiendo los comportamientos a conseguir dicho cambio, necesario tras la ocurrencia de cambios irreversibles en el entorno (Brandstädter y Rothermund, 2002). Se trata de modificar la trayectoria evolutiva deseada para que se ajuste a la trayectoria real. Así, mientras la asimilación mantiene las metas y compromisos, intentando poner en marcha acciones intencionales para conseguirlos, la acomodación implica el ajuste no intencional de preferencias y metas a partir de la percepción de restricciones situacionales o de la percepción de unos recursos personales insuficientes para conseguir metas antes valoradas. Tal y como se señala el envejecimiento puede implicar una reducción de los recursos personales de acción y de las opciones evolutivas disponibles, lo cual tiende a dar protagonismo a la acomodación frente a la asimilación como estrategia de adaptación y optimización de los recursos (Brandstädter, Wentura y Greve, 1993).

4.3. Teoría del Control a lo largo del Ciclo Vital.

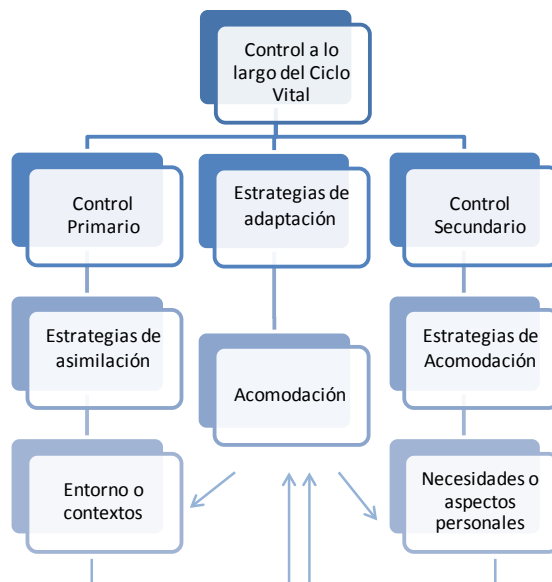
La Teoría del Control a lo largo del Ciclo Vital fue desarrollada por Heckhausen y Schulz (1995) y Schulz y Heckhausen (1997) y plantea la combinación del modelo SOC con los conceptos psicológicos de control primario y secundario (Rothbaum, Weisz y Snyder, 1982). Este planteamiento teórico sitúa como elemento clave del desarrollo la motivación por el control primario, consistente en la manipulación del entorno para cubrir las propias necesidades y potenciar el desarrollo.

El control primario se centra en la cognición o percepción de en qué medida las acciones de uno afectan a lo que ocurre en el mundo externo de uno. En la medida en que este control no es viable se pone en marcha el control secundario, según el cual la persona modificaría aspectos personales, relacionados con su experiencia interna (metas o emociones) para ajustarse al medio en el que vive. El control secundario se centra en la cognición o percepción de los mecanismos de control internalizados. Las estrategias de control secundario se desarrollan y se ponen en marcha en respuesta al fracaso o la incapacidad para ejercer el control primario; las estrategias secundarias incluyen cambiar el nivel de aspiraciones de uno, la negación, las atribuciones egocéntricas o la reinterpretación de las metas (Heckhausen y Dweck, 1998). El control secundario está relacionado no con la capacidad del individuo para influir en el mundo externo, sino con su capacidad para adaptar o acomodar sus propias metas, deseos y creencias para ajustarse a la situación presente. Se ha descrito el control secundario como una forma de acomodación adaptativa.

Según Schaie y Willis (2003), se ha hipotetizado que las estrategias de control primario y secundario muestran trayectorias diferentes a lo largo del ciclo vital. Las estrategias de control primario se desarrollan muy pronto en la vida. De hecho, las percepciones de control pueden ser muy exageradas al principio de la vida, mostrando poca correspondencia con el control real; el niño y el adolescente tienden a pensar que tienen más control del que realmente tienen. Al principio de la edad adulta, las estrategias de control primario y secundario aumentan. Con la edad, cada vez se es más selectivo con respecto a en qué áreas de la vida (por ejemplo, trabajo, relaciones, crianza de los hijos) se centran las estrategias de control. Se hipotetiza que las estrategias de control secundario predominan en los últimos años. Ambas estrategias de control mantienen un claro paralelismo con las estrategias de adaptación propuestas por Brandstädter, pudiendo

identificarse el control primario con las estrategias asimilativas y el control secundario con las estrategias de acomodación.

Figura 4. Teoría De Control a lo largo del Ciclo Vital.



4.4. Teoría de la selectividad socioemocional (TSS).

Esta teoría planteada por Carstensen (1998), podría afirmarse que completa la teoría propuesta por Baltes y su modelo SOC, ya que va más allá de proporcionar principios generales de desarrollo aplicables a todo el ciclo vital y brinda especificaciones de criterios y metas evolutivas, además de realizar predicciones en el ámbito del desarrollo socioemocional.

La teoría se basa en los principios de adaptación como clave para el desarrollo y la noción de selección como uno de los principios que caracteriza este proceso y sostiene que las personas se vuelven cada vez más selectivas. Además, el envejecimiento se asocia con una relativa preferencia por lo positivo sobre la información negativa en la atención y memoria (llamado el "efecto de la positividad").

Tal y como la investigación señala, según vamos envejeciendo se observan claras modificaciones en la red social, de acuerdo con Carstensen este descenso es muy selectivo. Esta teoría, propone que las personas se vuelven con el tiempo socialmente selectivas, es decir, reducen sus actividades sociales y la búsqueda de satisfacción ampliando sus relaciones personales. Por lo tanto, las personas cultivan sus amistades y realizan un proceso de selección de actividades sociales, aplicando estrategias adaptativas, que maximicen las

ganancias sociales, emocionales y minimicen los riesgos (Carstensen, 1992).

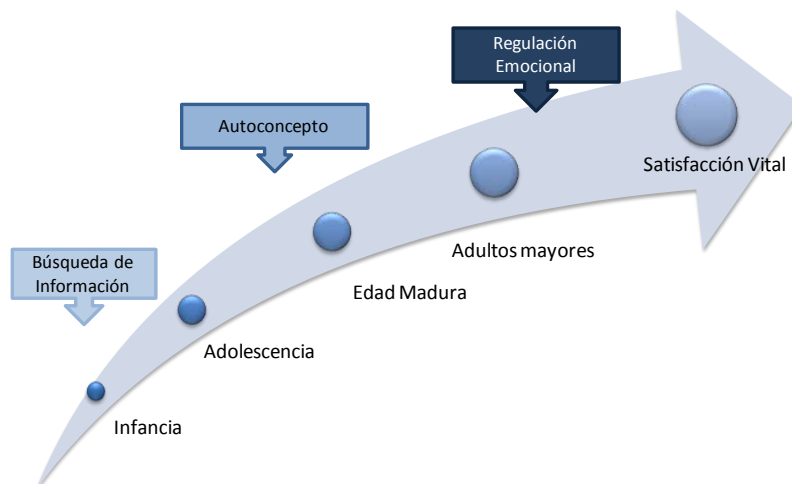
Para explicar estos cambios en las preferencias sociales, esta teoría se centra en dos procesos claros de motivos sociales que operan a lo largo de nuestra vida: la trayectoria emocional, que se caracteriza por la satisfacción emocional y la trayectoria del conocimiento, que se refiere a los motivos dirigidos por la adquisición de información en el logro de la adaptación.

Esta teoría defiende que, en la madurez, las estrategias de adaptación siguen trayectorias inversas; mientras la cognición (búsqueda de información) disminuye con los años, en una variedad de tareas cognitivas (Zacks, Hasher y Li, 2000), la emoción despierta especial interés y aumenta según envejecemos (Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999). Por lo tanto, la TSS mantiene que las metas cambian en la vejez, y predice que las metas emocionales tienen mayor protagonismo en la edad madura.

Es importante, destacar que, los dos tipos de motivos sociales antes expuestos no pueden verse como categorías mutuamente excluyentes, en la mayoría de casos, la actividad social presenta componentes de los dos tipos, y ambos están estrechamente relacionados en la mayoría de comportamientos sociales.

Aun con todo lo antes dicho, es relevante mencionar que la edad no es el determinante más importante en la activación de una meta particular, sino la percepción y valoración del tiempo; si éste se percibe como abierto, se opta por adquirir información. En contraste, si se percibe como limitado, se reorganizan las jerarquías y se priorizan las metas emocionales (Carstensen et al., 1999).

Figura 5. Teoría de la Selectividad Socioemocional (TSS).



5. Trastornos adaptativos: El estrés detonador de trastornos.

La etapa de adulto mayor es una de las etapas de más vulnerabilidad, en donde la aparición de algún factor de riesgo, suceso o condición orgánica puede aumentar la probabilidad de que las personas desarrollen problemas emocionales. Aunque continuamente puntualizaremos sobre la influencia que tienen las diferencias individuales, es decir, cómo los seres humanos reaccionan de manera distinta a las mismas situaciones, es importante tener presente una serie de factores que también influyen en esa percepción. Los acontecimientos desfavorables de la vida son percibidos de manera diferente según edad, género, raza, estado civil, nivel socioeconómico y educación de quienes los padecen (Lazarus y Folkman, 1984)

Desde este punto, se intenta entonces determinar el efecto del estrés asociado a los cambios vitales, sobre todo en la etapa en cuestión, ya que según diversos trabajos los distintos cambios que ocurren en esta etapa del ciclo vital pueden desencadenar desordenes psiquiátricos o síntomas psicológicos, incluso trastornos del estado de ánimo.

Son diversos los resultados obtenidos en las investigaciones que apoyan el supuesto de que el tipo de situación generadora de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos varían de acuerdo a las distintas etapas evolutivas (Benedet, Martínez Arias y Alejandro, 1998; Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek, 1987; Lazarus y Folkman, 1986;).

Pero el estrés en sí mismo, es un tema de máximo interés en la actualidad, tanto en investigación científica como en la misma vida cotidiana. Ya en los ochenta éste casi era considerado casi como una epidemia y se planteaba como el mayor problema de salud en ese momento. Debido al avance de los estudios en esta área, este planteamiento hace parecer este tema como un acontecimiento del siglo XX, pero no es así. En el siglo XIV se utilizó el término estrés para referirse a experiencias negativas (adversidades, dificultades, sufrimiento, etc.). Más adelante, en el siglo XVIII la influencia del físico Hooke asoció el concepto de estrés con fenómenos físicos como la presión, fuerza o distorsión. Por lo tanto, desde el punto de vista de la física, el estrés ha sido definido, como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo. Pero la definición del estrés ha ido evolucionando y conceptualizándose desde

diferentes direcciones, ya que el mismo es visto como reacción, estado, proceso o transacción como se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Modalidades de definición, autores y definiciones del concepto de estrés.

Reacción	Moberg (2000)	Respuesta biológica elicitada cuando un individuo percibe un evento perturbador o dañino para su homeostasis. Forma más o menos invariante de reacción biológica generalizada. Adopta una diversidad de formas más o menos específicas dependiendo de la intensidad y duración de las condiciones del estímulo, así como de la participación diferencial de distintos subsistemas biológicos.
	Ribes (1990)	
Estado	Glass y Carver (1980)	Estado psicológico interno que puede inferirse por medio del autorreporte o por las mediciones fisiológicas o conductuales manifiestas.
	Friedman y DiMatteo (1989)	Estado del organismo cuando reacciona al desafío de nuevas circunstancias.
Proceso	Baum, Singer y Baum (1981)	Proceso mediante el cual el organismo responde a eventos ambientales amenazantes, dañinos o que ponen en peligro su existencia o bienestar.
	Taylor (1983)	Proceso que implica la valoración de eventos como dañinos, amenazantes y/o desafiantes y una evaluación de las respuestas potenciales a tales eventos.
Transacción	Lazarus y Folkman (1986)	Relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluada como amenazante o que desborda sus recursos y que pone en peligro su bienestar. La amenaza se refiere al daño o pérdida que todavía no ha ocurrido, pero que se prevé.

Lazarus y Folkman (1986) han realizado aportes considerables a esta temática, señalando cinco acontecimientos determinantes en el desarrollo del concepto. En primer lugar señalan la variabilidad interindividual, ya que cada organismo responde de forma distinta a los estímulos; segundo la medicina psicosomática, que estudia la relación existente entre algunas enfermedades con el estrés; tercero, el uso de terapia comportamental, a partir de la cual se planteó la necesidad de considerar los aspectos cognitivos e indagar sobre aspectos no observables como las cogniciones y pensamientos que son también causa de la patología; cuarto la expansión de la Psicología Evolutiva, que pasó de estar centrada principalmente en la infancia a hacerlo también en los adultos y ancianos; por último el interés por aspectos ambientales y socioecológicos en el estudio del comportamiento.

En síntesis, el estrés será el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus, 1966). Por su parte, Meyer (1951) aclara en sus diversos estudios que la adaptación es el punto final para que cualquier cambio sea agradable o desagradable para el

sujeto y que este proceso de estrés está asociado a enfermedades.

Desde que Selye introdujo el término al ámbito de las ciencias de la salud en 1956, el concepto de estrés generó algunos debates acerca de los aspectos en los que debía centrarse su definición. Particularmente, la discusión giraba acerca de si lo esencial del estrés se hallaba en la respuesta del organismo o en los estímulos y situaciones evocadores.

Pero se debe destacar lo que señala Neugarten (1968, 1977), la cual menciona que muchos de los acontecimientos normales de la vida resultan estresantes sólo si ocurren fuera de tiempo. Se los percibe amenazantes porque al no ser esperados, privan a la persona del apoyo del grupo y de preparar o establecer un afrontamiento anticipatorio. Las personas tienen un concepto del ciclo vital normal, que incluye esperar que ciertos acontecimientos ocurran en un determinado momento. Por esto, se considera que muchos acontecimientos de la vida normal y esperables no representan crisis o estresores en sí mismos, sino que la producen en función del momento en que aparecen (Neugarten, Moore y Lowe, 1965).

Los adultos mayores, están sometidos más frecuentemente a situaciones problemáticas que están fuera de su control, como la enfermedad crónica, la muerte de familiares y amigos, la discapacidad y la cercanía de la propia muerte (Rodin, 1986; Solomon, 1996) y utilizan en forma predominante las estrategias que se centran en el control del estrés emocional asociado a la situación. Esto último es debido a que los adultos mayores evalúan los acontecimientos estresantes como inmodificables en mayor proporción que los adultos (Folkman et al., 1987). Diversos autores como Costa y McCrae (1989) o Markus y Herzog (1991), están de acuerdo sobre que muchos de los eventos más difíciles y estresantes de la vida en la vejez pueden ser anticipados y esto permite afrontarlos con más facilidad, si se comparan situaciones de pérdidas de similar magnitud que ocurran en la juventud o en la adultez.

No se puede hablar de la vejez como un factor estresante en sí mismo, Lowenthal, Thurnher y Chiribo (1975) o McCrae (1982) llegaron a la conclusión de que el entorno, las habilidades y la capacidad de afrontamiento de cada uno, es lo que hará del envejecimiento un proceso estresante. Por lo tanto, el estrés experimentado en esta etapa estará condicionado por variables personales, sociales y ambientales.

En lo que respecta a las fuentes de estrés en los adultos mayores se debe citar a Suutama (1994), que en investigaciones realizadas concluyeron que la muerte de otro, la

propia enfermedad, y el retiro de la actividad laboral son experiencias muy frecuentes y estresantes en la vejez. Plantean también, que existen problemáticas específicas de la vejez como: la modificación de los contactos sociales, la disminución de los contactos sociales, o el aislamiento social. Todas ellas de acuerdo a la evaluación que realice la persona y a los recursos con los que cuente para afrontarla, generarán más o menos estrés.

Pero es importante conocer otras formas de estrés, una de ella, la definida por Selye (1956), el cual planteó el estrés como respuesta al ambiente. Este modelo sugiere que los seres humanos producen las mismas reacciones fisiológicas ante el estrés, independientemente del estímulo provocador. Dentro de esta perspectiva, el intento generalizado del sujeto para hacer frente a los agentes nocivos se conoció como el Síndrome del Estrés (SGA) o Síndrome General de Adaptación.

El SGA se caracteriza por diversas etapas. Primeramente, se produce la fase de Alarma, en la que se distinguen dos respuestas: la primera de ella produce un aumento súbito de la activación, seguida por un contra-choque donde se observa un descenso de la activación o un reajuste. Posteriormente el organismo por la constancia de las condiciones estresoras se adapta, surgiendo así la fase de resistencia, aunque eso supone una activación por encima de la aconsejable. Esa activación prolongada que está por encima de los niveles de activación exigido, genera un agotamiento del organismo incapaz de mantener los niveles de activación exigidos y descendiendo hasta niveles situados por debajo del mínimo que lo lleva a su última etapa la de agotamiento (Selye, 1956). Estas etapas se pueden observar en la Figura 6.

Figura 6. Síndrome General de Adaptación.



De este modo, y según el modelo del SGA, lo que primero se rompe es el enlace más débil en las defensas del organismo y aparecen problemas en ese sistema, teniendo en cuenta además que, si la respuesta al estímulo por parte del organismo es desproporcionada, ésta se considera disfuncional. Siguiendo este modelo, cabe señalar que el grado de debilidad no es el mismo para todos los seres humanos, ni incluso para una misma persona en distintos contextos y períodos temporales.

En resumidas palabras, el modelo transaccional propone una definición de estrés centrada en la interacción entre la persona y su medio. Para ello, postula un proceso de evaluación del organismo que se dirige paralelamente en dos direcciones, una hacia el ambiente y otra hacia los propios recursos. El estrés tendría lugar cuando la persona valora sus recursos como escasos e insuficientes para hacer frente a las demandas del entorno. Es decir, el estrés es un concepto dinámico, resultado de las discrepancias percibidas entre las demandas del medio y los recursos para afrontarlas. La clave del modelo radica en la evaluación cognitiva tanto del estímulo como de la respuesta. (Lazarus y Folkman, 1986; Trumbull y Appley, 1986).

CAPÍTULO 2

VARIABLES EMOCIONALES Y

PERSONALES EN EL ADULTO MAYOR

1. Variables emocionales del adulto mayor.

1.1. Estado de ánimo en el adulto mayor.

Los seres humanos están sujetos a cambios o transiciones que pueden desencadenar modificaciones del estado de ánimo. El estado de ánimo está en el trasfondo desde el cual actuamos. Estemos donde estemos y hagamos lo que hagamos, siempre presentamos un determinado estado de ánimo, que comúnmente no elegimos ni controlamos. Una vez en él, nos comportamos bajo unos parámetros específicos acordes con ese estado de ánimo. Por eso decimos que el estado de ánimo y las emociones condicionan nuestra forma de actuar y pensar.

El estado de ánimo esta conceptualizado como el cambio de humor o tono emocional, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se manifiesta en un tiempo. Es un estado, una forma de estar o pertenecer, que expresa matices afectivos. Se caracteriza por ser menos intenso que las emociones, pero más duradero y menos específico.

En su trabajo, Barrios (2007), afirma que el estado de ánimo constituye un estado emotivo general, que matiza los procesos psíquicos y la conducta del hombre durante un período de tiempo considerable. Además, éste no está vinculado a acontecimientos particulares, sino que se considera “un estado general indeterminado”. Por su parte, Lane y Terry (2000), han definido el estado de ánimo como un conjunto de sentimientos efímeros por naturaleza, que varía en intensidad y duración, y generalmente compromete más de una emoción. Glatzel (1983) señaló que el estado de ánimo es un estado afectivo de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo, y generalmente auto limitado, que afecta de modo global las experiencias psicológicas y corporales; es un modo de experiencia del mundo que rodea a la persona. Las respuestas emocionales y los estados de ánimo son el resultado de nuestras vivencias. Pero las personas tienen un papel activo en la génesis de dichos estados emocionales y por tanto cierto control sobre ellos, es decir, pueden hacer cosas tanto para favorecer los estados de ánimo positivos, como para reducir o eliminar los estados de ánimo negativos.

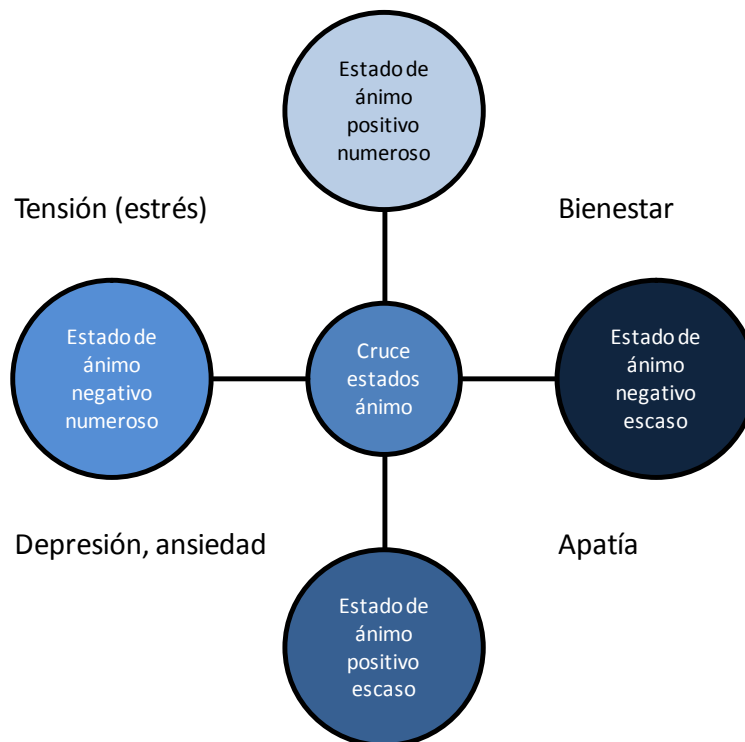
Como ya se ha indicado anteriormente, el ser humano está inmerso en un contexto en el que se encuentra con experiencias que pueden ser agradables o desagradables, lo que llevará a clasificar los estados de ánimos en positivos y negativos. En investigaciones realizadas se ha demostrado que el origen del estado de ánimo negativo está ligado a sucesos vitales. Mientras que el origen del estado de ánimo positivo se descubre, por lo general, en un buen funcionamiento corporal e interacciones sociales agradables, más que en sucesos vitales memorables o agradables.

Desde el siglo XIII los teólogos escolásticos, incluido Santo Tomas de Aquino, realizaron una clasificación de los afectos reduciéndolos a dos categorías *tristitia* y *gaudium* (tristeza y alegría). Estos dos estados eran reconocidos como polos opuestos y excluyentes, es decir, la presencia de uno implicaba la ausencia del otro (Jackson, 1985), estableciéndose las bases de un Modelo Unidimensional del afecto apoyado por Bradburn (1969), que se puede resumir en que las personas solo pueden sentir afectos de una sola valencia.

Desde otra perspectiva, Platón defendió un Modelo Bidimensional, en el que se planteaba que la presencia de un estado de ánimo negativo no anulaba otros afectos o viceversa; este enfoque fue apoyado más tarde por trabajos realizados por Watson, Clark y

Tellegen (1988). El modelo bidimensional de los estados de ánimo intenta aclarar, que los mismos no son unidimensionales; que se pueden mezclar ambas dimensiones positivas y negativas. Por lo tanto, en contextos depresivos se encuentran aglutinados una gran cantidad de ánimos negativos con bajos ánimos positivos.

Figura 7. Modelo bidimensional de los estados de ánimo.



Según estudios se ha demostrado que: a) la ausencia total de estado de ánimo negativo no obligatoriamente conduce a sentimientos positivos; b) los estados de ánimo positivos son relativamente independientes entre sí (Tellegen, 1985; Watson, 1988; Watson y Tellegen, 1985).

Rubenstein, Abrass y Kane (1981), proponen diversos planteamientos a cerca del estado de ánimo, de entre los cuales destaca el encuadre de éste dentro de la perspectiva del ciclo vital, siendo especialmente sensible en la última etapa del desarrollo. Es durante el envejecimiento donde se presenta de una manera clara y precisa esa relación existente entre la personalidad, que en el adulto mayor se ha ido acentuando con el paso de los años, y el ambiente, que en esta etapa se convierte en un nuevo reto de adaptación, por lo que se generan en esta relación constante determinadas esferas de especial significación y constancia. Destaca que la personalidad debe de desarrollar un área de susceptibilidad para

que determinada situación o impresión las altere, lo que conlleva que, al pasar el tiempo, el ser humano depende menos de las impresiones casuales que afectan a la personalidad; por lo que esas relaciones vitales con respecto al ambiente y su propia identidad o desarrollo personal es lo que determina el estado de ánimo.

De este modo, se puede afirmar que el carácter y la manera como el ser humano va enfrentando las diversas situaciones, crisis, transiciones o sucesos es lo que va desencadenando diferentes estados de ánimo. Desde lo antes escrito, es importante destacar, que el estado de ánimo, no es solo una reacción ante sucesos que lo han inducido, sino también al significado que esos sucesos han tenido, lo que origina un cambio de perspectiva. De aquí, la importancia, de la memoria en el estado de ánimo, el recuerdo de todo lo que hemos vivido y la forma en que se vive, es decir las huellas; los recuerdos personales (memoria autobiográfica) son típicamente “objetos mentales” complejos, almacenados en las redes del cerebro. Los acontecimientos que se han producido a lo largo del ciclo vital completo están tan cargados de diferentes estados de ánimo que incluso contribuyen a la construcción de la identidad (André, 2010).

Por otra parte, debe señalarse que los estados de ánimo pueden tener una clara repercusión en el rendimiento cognitivo, por ejemplo el estilo de vida relacionado con la independencia, el sentido de autoeficacia y autocontrol y la salud subjetiva están positivamente relacionados con ese rendimiento cognitivo durante la etapa de envejecimiento. (Agüera, Cevilla y Martin 2006); habiéndose comprobado que los componentes afectivos tienen mayor capacidad predictiva que los componentes cognitivos, tanto sobre satisfacción en la vida como sobre síntomas de depresión y los trastornos del sueño (Stoia Caraballo et al., 2008).

Esas variaciones del estado de ánimo, están directamente relacionadas con los cambios psicoafectivos, y ambos están marcados por diversos factores, tales como: los cambios corporales que afectan la autoimagen y que producen disminución de capacidades sensoriales, enlentecimiento general y limitaciones en algunas actividades que antes eran fuente de satisfacción, modificaciones en la situación social relacionadas con la jubilación y la pérdida del status económico, duelo de personas próximas que hacen al adulto mayor consciente de su cercanía a la muerte, disminución o abandono de las actividades sexuales

que provoca sentimientos de insuficiencia,... además de otras transformaciones que son específicas de cada sujeto.

Todos esos cambios, en gran medida irreversibles, hacen que el adulto mayor se cuestione la base de su propia identidad y requieren de importantes esfuerzos de adaptación. En ocasiones esto conlleva una crisis, y el efecto de éstas puede representar un trauma importante que puede terminar en desesperación y angustia tal y como plantea Erikson (1982). Al presentarse alteraciones en el humor o un estado emocional prolongado, a veces referido como afecto, se habla de trastornos del estado de ánimo (Thayer, 1998).

Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas sobre los que sienten que tienen cierto control. En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un malestar general. El rasgo esencial de los trastornos de esta categoría es que todos ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental.

En definitiva, como plantea Blazer (2009), la investigación ha mostrado a lo largo de los años que la autopercepción que tiene el adulto mayor sobre su salud y su bienestar puede ser un importante predictor de su futura salud mental y física. Con la aparición de la psicología positiva, la percepción del estado de ánimo de la población de adultos mayores cobra gran importancia, ya que desde esta perspectiva se intentan mejorar distintas esferas de la calidad de vida de esta población, siendo según diversos estudios la satisfacción vital uno de los predictores que muestra estrecha relación con el estado anímico (Hernández, López y Ortiz, 2009).

Es relevante centrarse en el Modelo tripartito de la depresión y la ansiedad (Joiner, Catanzaro y Laurent 1996); este enfoque, en donde se aprecia características comunes (afecto negativo) y componentes específicos (bajo afecto positivo y alta hiperactividad fisiológica), plantea que la depresión se caracteriza por presencia de afectividad negativa; mientras la ansiedad presenta una elevada hiperactivación fisiológica y alta actividad negativa.

La ampliación propuesta por Clark y Watson (1991), añade una tercera dimensión relativamente específica de la ansiedad, denominada activación fisiológica. Según estos autores el modelo se estructura de una manera jerárquica con el afecto negativo como

factor de orden superior. Este modelo, la depresión quedaría definida por un bajo nivel de afecto positivo y un alto grado de afecto negativo; mientras que la ansiedad lo estaría por altos niveles de afecto negativo y de activación fisiológica.

1.2. Depresión en el adulto mayor.

Es importante señalar que uno de los trastornos del estado de ánimo que se da con mayor frecuencia es la depresión. Un punto importante para ser abordado en esta investigación, ya que ocupa el primer lugar en cuanto a frecuencia dentro de las enfermedades de carácter psicológico que afecta al adulto mayor (Zarragoitia, 2003).

Cuando una persona mayor se deprime, este estado se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez, dado que hay una disminución en los recursos materiales y personales asociados con la edad, lo que dificulta la adaptación a situaciones desfavorables, como la pérdida de la salud, la pérdida de seres queridos, el aumento de la dependencia (Martin, Kliegel, Rott, Poon y Johnson, 2008) y que por tanto interfieren con la vida diaria de las personas mayores, dando lugar a una mayor vulnerabilidad y mayor probabilidad de recaer en una depresión.

La depresión es una enfermedad compleja, ya que se caracteriza por la pérdida de interés o placer por las actividades de la vida diaria. También, como síndrome geriátrico, se señala que generalmente pasa desapercibido, aunque a largo plazo puede generar un gran deterioro físico y funcional (Cordero et al., 2014). El estado de ánimo depresivo en las personas mayores, suele ser crónico y lentamente progresivo, similar a la distimia. Finalmente, los trastornos del humor pueden ser secundarios a enfermedades que suelen darse o acompañar al envejecimiento, como: Alzheimer, Parkinson, etc.

1.2.1. Conceptualizando la depresión.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, la manera de pensar, la forma en que una persona come y duerme, cómo se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que se piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, ni es una condición de la cual pueda liberarse a voluntad (Strock, 2004).

Para Beck (1967), la depresión sería un conjunto cognoscitivo negativo, consistente en creencias y actitudes negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro. El sentido de culpabilidad y la disminución de la autoestima son interpretaciones distorsionadas de la experiencia. Estas distorsiones del conocimiento constituyen interpretaciones negativas de la experiencia, evaluaciones negativas de uno mismo o expectativas negativas respecto al futuro. Muchos gerontólogos comparten la opinión de que la depresión en el envejecimiento constituye necesariamente una distorsión del ambiente, generalmente hostil, que rodea a las personas mayores.

La depresión, actualmente es considerada como un trastorno mental caracterizado por una afectación del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como la tristeza, la desilusión, la frustración, la desesperanza, la indefensión, la inutilidad y la infelicidad. Un trastorno en el que se pierde la satisfacción vital y la energía para recuperar el bienestar. Se diferencia del estado depresivo en que este ocurre en una persona, de forma más o menos transitoria, que puede considerarse como normal cuando se produce por determinadas condiciones o circunstancias de diferente índole, por ejemplo, ya sea por la pérdida de un familiar o una persona allegada, la finalización del rol laboral, etc. Como enfermedad, la tristeza se produce sin causa aparente que la justifique, los síntomas son persistentes y como parte del cuadro clínico que la acompaña se presentan, además, síntomas vegetativos, cognitivos y motivacionales.

La depresión se entiende como la sensación de sentirse solo, triste, sin motivación para hacer las cosas, pérdida de interés, y se puede evidenciar en la alteración del afecto y a través del decremento en el rendimiento cognitivo, perceptivo y motor normal. La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, principalmente del sexo femenino, y se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave, agitación e ideación suicida.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM V; APA, 2013) la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por presentar cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, apareciendo estos la mayor parte del día y siendo al menos uno de los síntomas, uno de los

dos primeros que se señalan a continuación: estado de ánimo depresivo (sentimiento de tristeza, vacío o desesperanza), marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, pérdida o ganancia de peso significativa sin hacer dieta o disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación o tentativa de suicidio recurrente sin un plan específico para suicidarse.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento y el episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica. En muchas ocasiones, los investigadores no comparten el mismo significado para este concepto, y de hecho, lo utilizan para referirse a situaciones muy heterogéneas (Rodríguez-Naranjo y Godoy, 1997). La falta de unanimidad, sin duda, dificulta la comparación de investigaciones y resultados, además de influir negativamente en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en diferentes edades, especialmente en la vejez.

Los síntomas depresivos pueden estar en los órdenes: afectivo, cognoscitivo, volitivo, social y somático; éstos producen comportamientos que disminuyen el rendimiento, afectan la calidad de las relaciones con los demás y en general limitan la actividad vital habitual. La depresión perturba fundamentalmente el área afectiva; y esto se traduce en síntomas emocionales como: tristeza patológica, deseos de llorar, decaimiento, irritabilidad, miedo, ansiedad, sensación de fracaso y sentimientos de vacío, soledad o inutilidad, pérdida de satisfacción por la vida. Tales síntomas determinan comportamientos como: retirada social, llantos y quejas, hostilidad, explosiones de agresividad, suspicacia, falta de cooperación (Burke y Walsh, 1998)

Si bien, para este trabajo se ha tenido en cuenta la definición de depresión planteada por Rice (1997) en la que afirma que, es un desorden afectivo señalado por perder interés en todas las actividades y por un auge y persistencia de estados de ánimo, tristes, bajo, pesimistas...

1.2.2. Etiología de la depresión en el adulto mayor.

No se puede hablar de un factor único responsable de la depresión en el adulto mayor, ya que como hemos visto, durante el desarrollo de nuestro ciclo vital la persona se enfrenta a cambios en todos los aspectos bio-psico-sociales y los mismos contribuirán en mayor o menor grado en la aparición de síntomas depresivos.

Desde el inicio de esta sección se ha enfatizado que en esta etapa de la vida se producen importantes pérdidas (amistades, cónyuge, trabajo, rol en la familia y en la sociedad), las cuales, antes de su aparición, constituían para el sujeto una fuente de gratificación. Todos estos cambios hacen que el adulto mayor active mecanismos de adaptación, los cuales cuando no son suficientes conducen a la apreciación de una autoimagen pobre y un sentimiento de inseguridad e inferioridad. Por lo tanto, la capacidad que tiene el adulto mayor para afrontar estos cambios, estará determinada por sus fortalezas individuales (psicológicas, económicas, sociales o familiares) y puede causar frustración y generar síntomas depresivos (González y Sosa, 1999). Es frecuente que la respuesta a las situaciones anteriores sea el aislamiento.

Es trascendental tener en cuenta algunos aspectos psicológicos que el adulto mayor ha ido estableciendo a lo largo de su vida, como por ejemplo el tipo de personalidad, la cual influye en la aparición de trastornos depresivos. Personalidades narcisistas y obsesivas son más propensas a desarrollar depresión, debido a que se han centrado en mantener la belleza física, la juventud y la salud, y estos son aspectos que sufren importantes cambios en este periodo. Por tanto, si al enfrentarse a estas pérdidas, no logran un nivel satisfactorio de adaptación, se pueden desencadenar, cuadros depresivos (Sheikh y Yesavage 1986).

Además, la depresión tiene explicación etiológica en base al comportamiento aprendido. Seligman (1973) la considera como un conjunto de comportamientos mal adaptados, provocados por estímulos adversos incontrolables o por pérdida de refuerzos. Estos comportamientos se mantienen por las gratificaciones del “papel de enfermo”.

También Zarragoitia (2003), enfatiza los factores que intervienen en la aparición de la depresión. En primer lugar, cuando las personas enferman o pierden la salud, aspecto altamente relacionado con los adultos mayores, esto les genera cierta dependencia y pérdida de autonomía por lo que este es uno de los principales factores que influyen en la

depresión. Téngase en cuenta que además de una autonomía física, existe una autonomía personal relacionada con el bienestar psicológico y que está en la base del control de los ambientes en los que nos desarrollamos. En segundo lugar, y muy relacionado con el primero, se señala la presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares, amigos y seres queridos que en ocasiones se acompañan de duelo patológico. En tercer lugar, la falta de una entrada económica o la disminución de la misma, que también los convierte en personas menos independientes. Unido a estos predictores, con el tiempo los hijos han crecido y asumen más la responsabilidad de la casa lo que nos lleva al cuarto factor, la pérdida/modificación de roles en el seno de la familia. El cambio a nivel social que sufre el adulto mayor que pasa de ser un sujeto activo a pasivo, ya que surge la jubilación y por lo mismo sus actividades sociales, altamente relacionadas con el mundo laboral, disminuyen considerablemente. Además, se señalan otros, tales como los factores biológicos como es el cambio en la estructura cerebral, neurotransmisores, sistema hormonal, a los que se deben añadir los efectos de la depresión en el sistema inmunitario y la pérdida de motivación para el autocuidado.

En resumen, se puede decir, que entre los factores que favorecen a la aparición de la depresión en la tercera edad, se encuentran los cambios biológicos o bioquímico-cerebrales, enfermedades y las limitaciones psicofísicas, además de los distintos acontecimientos desfavorables que van sufriendo a lo largo de la vida, como la pérdida de familiares y amigos, la jubilación que implica una pérdida económica y privación de status social y prestigio y el rechazo familiar, entre otros.

Aunque ya se ha señalado diversos factores y variables que afectan este proceso de cambio y que hacen del adulto mayor un sujeto vulnerable, es importante detenerse, para puntualizar la perspectiva positiva, en donde se intenta lograr que el proceso de envejecer sea una experiencia agradable. Por lo tanto, no es solo lograr una vida más larga, sino que la misma debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. Un argumento que refuerza este planteamiento es el cambio conceptual que ha aparecido donde se ha pasado de hablar exclusivamente de esperanza de vida a esperanza de vida libre de discapacidad.

Para lograr hacer frente a todos los cambios de la etapa, se ha de buscar que este

proceso, transcurra con el mayor bienestar y calidad de vida posible para la persona. En la medida que se logre y pueda adaptarse a esos cambios entonces podremos hablar de “envejecimiento con éxito” (Rowe y Kahn, 1987), de donde emana la idea de envejecimiento óptimo.

Este, es entendido como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, de manera que cuando se dan esos procesos de pérdidas en un contexto con participación continua en las cuestiones sociales, económica, culturales, espirituales y cívicas son menos traumáticos (Gutiérrez et al., 2006).

Las políticas y los programas del envejecimiento óptimo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Las personas y las familias necesitan planificar su vejez, prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida. Al mismo tiempo, se requieren entornos favorables. De esta manera el adulto mayor no cae en una etapa de pasividad depresiva, logrando mantener sus relaciones sociales, la competencia social, la participación y la productividad, logrando así disminuir los síntomas depresivos o prevenir su aparición.

1.2.3. Aspectos epidemiológicos de la depresión en el adulto mayor.

Cuando una persona sufre de depresión generalmente sus diferentes áreas de funcionamiento, tales como su vida laboral, afectiva, relacional y personal, se ven alteradas negativamente ya que la persona pierde el interés en las actividades que realiza diariamente. Con los datos disponibles no se puede confirmar la creencia común de que la depresión aumenta con la edad y de que es mayor, en consecuencia, durante la vejez.

Las investigaciones actuales sugieren dos posibilidades. Primera, que la depresión alcanza valores altos en la juventud, disminuye durante la adultez y vuelve a incrementarse en la vejez a valores similares a los de la juventud, de forma que la curva de la prevalencia a lo largo del ciclo vital tiene forma de U (Gatz y Hunwicz, 1990). El incremento de la prevalencia durante la vejez se hace significativo a partir de los 75 años, en comparación con el intervalo de 55 a 74 años de edad (Murrell, Himmelfarb y Wright, 1983). Y segunda, que el

riesgo más elevado de padecer un episodio depresivo se observa entre los jóvenes adultos y disminuye a partir de esta edad, dándose una curva descendente a partir de los 45 años.

Estas investigaciones, por tanto, no ofrecen evidencia empírica de que la prevalencia de la depresión sea mayor en la vejez o de que esta edad se caracterice, en comparación con otras edades, por una clara sintomatología depresiva. Sin embargo, es habitual que la depresión se considere una de las alteraciones psicológicas de la misma o, incluso, se plantee como el desorden funcional más común en la vejez (Kalish, 1991). Se ha sugerido al respecto que durante la vejez pueden aparecer altos niveles de síntomas depresivos sin que necesariamente alcancen el criterio para el diagnóstico de depresión mayor.

Los resultados de estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) demostraron que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad. En los países desarrollados, esta enfermedad constituye el cuarto problema más importante de mortalidad, con una morbilidad total de 3,4%. Según las estimaciones realizadas en el estudio (GBD), para el 2014 a la depresión le correspondería el 6,6 % de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en todas las edades y ambos sexos.

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de la depresión oscila entre el 6% y el 20%, aunque en Italia asciende hasta el 40%. En el caso de México, hasta el 2005, la prevalencia fue de 5,8% en mujeres y 2,5% en hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo, otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es entre el 15 a 20% en entornos ambulatorios, incrementándose hasta en 25 a 40% en personas institucionalizadas. Otro dato interesante es que la mayor tasa de suicidio en EUA se observa en personas mayores de 70 años.

La prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores en la población general se estima en un 10-15% (Steffens, Fisher, Langa, Potter y Plassman, 2009), prevalencia que en institucionalizados aumenta hasta un 46,5% (Damian, Pastor-Barriuso y Valderrama-Gama, 2010). Esta alta prevalencia, está en parte causada por la confrontación con acontecimientos vitales negativos, como experiencias de pérdida, enfermedades o discapacidad (Bohlmeijer, Westerhof y de Jong, 2008), siendo, la incapacidad para detectar oportunidades ante la adversidad un importante mediador entre los eventos negativos y la depresión (Davis, Wortman y Lehman, 2000).

La depresión en el adulto mayor es más frecuente en mujeres, viudas, pacientes con enfermedades crónicas, en personas con algún tipo de trastorno del sueño como insomnio, y en aquellos que han experimentado un evento estresante en sus vidas, dismovilidad y aislamiento social.

Es importante mencionar que la depresión en la vejez difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. Según varios autores, la tristeza es uno de los síntomas menos comunes, en cambio la somatización, irritabilidad, insomnio, abatimiento funcional y alteraciones cognoscitivas son más frecuentes. La presentación atípica del trastorno depresivo es común en el adulto mayor siendo frecuentemente sub-diagnosticada (Lucero, 2006), esto se debe al estigma asociado a la depresión y la creencia de que esta es normal del envejecimiento.

1.2.4. Consecuencias de la depresión en adultos mayores.

Hablar de consecuencias de la depresión en el adulto mayor es enfrentarse a una diversificación de aspectos y ninguno con características positivas. Algunos autores (Katz y Alexopoulos, 1996; Schneider, Reynolds y Lebowitz, 1994) sugieren que la depresión en los años tardíos de la vida es un trastorno persistente o recurrente que puede estar producido por factores estresantes psicosociales, pudiendo tener lugar un aumento del grado de discapacidad presente, trastorno cognitivo, incremento de los síntomas somáticos, deterioro fisiológico, aumento del uso de los recursos sanitarios y sociales y aumento del suicidio y la mortalidad por otras causas (Fröjdth, Håkansson, Karisson y Molarius, 2003).

Los adultos mayores con sintomatología depresiva sufren de forma persistente las consecuencias de este trastorno ya que afecta de forma directa su calidad de vida. Una de las características es que se convierten en personas solitarias, ya que se encuentra una alta correlación de la depresión con las dificultades interpersonales (Hinrichsen y Zweig, 1994), lo que conlleva o se refleja en la debilidad en las relaciones sociales. Estos adultos se convierten en personas tímidas, introvertidas y con baja autoestima (Seidman y Muchinik, 1998), tienen poco autocontrol, son hostiles y con tendencia a rechazar a los demás y tienen una gran sensibilidad a la crítica de los demás y una mayor sensibilidad al posible rechazo.

En cuanto a la comunicación, tienden a tener mayor aprehensión, menor competencia y fluidez interpersonal, es decir, tienden hablar menos, hacen menos

preguntas, cambian con mayor frecuencia de tema al conversar. De igual forma, esta sintomatología se ha asociado con un descenso de las competencias cognitivas, comportamentales y de la motivación, con un incremento del afecto negativo y con un compromiso del funcionamiento biológico, lo que contribuye, a su vez, a que la salud empeore.

Dentro de los cambios cognitivos que se asocian con la depresión en la vejez, se encuentra la disminución de la memoria a corto plazo, el rendimiento en pruebas de lógica, la capacidad de comprender material oral y la disminución del aprendizaje (Cerquera, 2008).

2. Variables personales en el adulto mayor.

2.1. Bienestar en el adulto mayor.

Con el aumento en la esperanza de vida los sujetos estamos implicados en el desafío de adaptarnos a los diversos cambios propios de la edad avanzada y enfrentar experiencias de pérdidas y amenazas que repercuten en nuestro bienestar personal (Molina y Meléndez, 2006).

No son de comienzo reciente las investigaciones que se han realizado sobre el bienestar personal y como desde la perspectiva del ciclo vital el adulto mayor intenta mantener niveles adaptados de bienestar. Actualmente, se dispone de una amplia gama de estudios sobre la temática, con referencia a la experiencia psicológica óptima y el funcionalismo, que han ampliado considerablemente el mapa conceptual sobre este constructo.

Los enfoques de análisis del envejecimiento tenían su centro de estudio casi exclusivamente en las variables referidas al estado de salud, centrándose en medidas que especificaban las patologías y el nivel de deterioro como elementos clave para el estudio de las personas mayores (Fernández-Mayoralas et al. 2003). De forma general se puede afirmar que la psicología, también se ha dedicado tradicionalmente al estudio de la patología y la

enfermedad mental. En este sentido, se descuidaron algunos aspectos positivos, tales como el bienestar, la satisfacción, el optimismo o la felicidad, ignorándose los beneficios que éstos pueden presentar para las personas.

En un primer momento, la visión de bienestar se centró en la relación del mismo con factores externos, es decir con medidas objetivas de las condiciones de vida (García Martín, 2002), Desde la década de los 50, se inicia el interés por la evaluación sistemática y científica del bienestar y ya en los 60 se incorpora la medición del bienestar a través de los indicadores sociales estadísticos. De igual manera, se adoptó el término “Nivel de vida” para hacer referencia a la calidad y satisfacción vital.

El proceso por desarrollar y perfeccionar los indicadores sociales y económicos se inicia en la época de los 70, y se incorpora el término “Felicidad” (Veenhoven, 1994). Como resultado se pasa a una perspectiva más psicológica, que va desde los 80 hasta la actualidad, en donde el bienestar comienza a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida y los componentes primarios individuales del ser humano (Cuadra y Florenzano, 2003).

Uno de los elementos que llega a impactar y da un giro a la conceptualización de bienestar es el surgimiento de la Psicología Positiva en la década de los 90. Ésta produjo un cambio en los centros de interés, enfocándose en encontrar las cualidades humanas o virtudes para que funcionen como amortiguadores de la adversidad y así conseguir una mejor calidad de vida y un mayor bienestar, es decir, el objetivo era indagar en las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que éstas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven (Seligman, 1998).

En consecuencia, el estudio del bienestar adquiere una gran relevancia en este contexto, y esta preeminencia es especialmente acusada en el caso de las personas mayores, que como ya hemos planteado, se encuentra situada en un momento vital en el que la vida se sabe limitada en un sentido cuantitativo, en el que las probabilidades de enfermedad y disfunciones aumentan, y en el que la calidad de los años de vida que quedan por vivir y su promoción es fundamental (Villar, Triadó, Osuna y Solé 2003).

2.1.1. Conceptualizando el bienestar.

Es relevante, entender que el mismo término de bienestar es, sin lugar a dudas, un concepto evaluativo y gradual. Es decir, mencionar que una persona tiene bienestar, es atribuirle grados de valor a su vida, ya sea de manera positiva o negativa. Inicialmente, se asociaba el sentirse bien con la apariencia física, la inteligencia o el dinero; pero actualmente, como resultado de diversas investigaciones se sabe que el bienestar no sólo se relaciona con éstas variables, sino también con variable psicológicas, algunas de ellas tamizadas por la percepción personal (Diener, Suh y Oishi, 1997).

Según la Real Academia de la Lengua Española, bienestar se define como: “vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad” o “estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica”. Sin embargo, estas definiciones quedan muy limitadas ante la amplia gama conceptual que tiene el término.

Graaff (1967) clarifica que “el bienestar es algo en cierto modo identificable como un estado de ánimo y que los elementos del bienestar son estados de conciencia”, de este modo se hace referencia a las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida y nos ayuda a llegar a un estado de salud óptima. En este orden, el bienestar es aquel proceso activo dirigido a mejorar nuestro estilo de vida en todas sus dimensiones. Por las consideraciones anteriores, el bienestar representa nuestras acciones responsables que permiten el desarrollo de un nivel adecuado de salud general.

En el orden de las ideas anteriores, y según autores como Sen (1987) hablar de bienestar implica tener en cuenta dos tipos diferentes de características:

- Características que aluden a circunstancias exteriores de la persona, tales como su posesión o acceso a ciertos bienes materiales externos, por ejemplo, riqueza, poder, las comodidades con las que cuenta, el tiempo libre del que dispone, acceso a servicios de salud y de educación, etc.
- Las características que aluden a la posesión de ciertos estados internos de la persona o estados de ánimo considerados como valiosos, por ejemplo, el

placer, la felicidad, el contento, el sentimiento de dignidad, la esperanza y, en general, todo aquello que resulta de la realización de deseos, anhelos y planes de vida personales

Aunque aparezcan ideas claras sobre el concepto de bienestar, es relevante señalar, que dentro de la comunidad científica existen diferentes conceptualizaciones en relación a su definición, siendo en muchos casos delimitadas por los instrumentos utilizados para su medición. En cualquier caso, existen algunos elementos comunes que la podrían caracterizar: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, porque incluye la valoración del sujeto en todas las áreas de su vida; y la apreciación positiva, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos (Diener, 1994; Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002; Ryan y Deci, 2000).

Dentro de su marco de estudio se pueden observar dos líneas de trabajo de donde surgen dos grandes perspectivas, una la del bienestar subjetivo, denominado también bienestar hedónico, el cual se relaciona con aspectos como la satisfacción vital, la felicidad y los afectos positivos (Díaz et al., 2006; Pinquart y Sorensen, 2001; Ryan y Deci, 2001); y otro el bienestar psicológico o bienestar eudaimónico (Tomás, Meléndez y Navarro, 2008), el cual se encarga de indagar en el funcionamiento positivo del individuo, que posibilita el desarrollo de sus capacidades y por tanto su crecimiento personal.

2.1.2. Bienestar subjetivo.

El bienestar subjetivo, es entendido como el resultado de un balance global entre el placer y el displacer, se compone de aspectos como la felicidad o el resultado de los estados positivos y negativos (componente afectivo emocional) y la satisfacción vital o valoración de la trayectoria vital (componente cognitivo).

Con respecto al adulto mayor, hay que señalar que, aunque los cambios objetivos y subjetivos que suceden a medida que nos hacemos mayores podrían hacernos pensar que nuestro bienestar subjetivo se vería afectado, la investigación señala que este aspecto muestra una marcada estabilidad con el paso de los años, siendo los niveles alcanzados por

las personas mayores similares a los que muestran personas en décadas anteriores de la vida (Triadó, 2003).

En resumen, se puede plantear que el bienestar subjetivo se compone de tres elementos: primero la presencia de emociones positivas (alegría, contento, felicidad, etc.); segundo la ausencia o débil presencia de emociones negativas (vergüenza, dudas, envidias, etc.); por último, la mirada de satisfacción respecto a la vida actual, la pasada y la futura en los diferentes dominios vitales (trabajo, económico, personales, etc.) (Oishi, Diener, Suh, y Lucas 1999). Existen diversos trabajos que han estudiado las posibles modificaciones que se producen en el bienestar subjetivo a lo largo de la trayectoria vital y tal y como se señalaba, se ha demostrado que como medida global parece no experimentar cambios significativos asociados a la edad, ni en estudios de tipo transversal ni en estudios longitudinales (Morganti, Nehrke, Hulicka y Cataldo, 1988). En coherencia con lo anterior, a medida que envejecemos no experimentamos grandes cambios en el bienestar subjetivo con la edad, manteniendo la estabilidad en la satisfacción vital y existiendo pocos cambios en los estados afectivos (Molina y Meléndez, 2006). Esta estabilidad contrasta con el declive de otros indicadores, de carácter más objetivo, que generalmente se han incluido en el concepto de calidad de vida (Meléndez et al., 2009).

A la base del bienestar subjetivo, uno de los conceptos clave que analiza su desarrollo, es la satisfacción vital. Desde la aparición del hombre se ha intentado comprender como la satisfacción se interrelaciona con el contexto de desarrollo de los sujetos y qué consecuencias tiene en la percepción de la calidad de vida. La satisfacción vital ha sido un punto de gran interés en la investigación gerontológico-social por más de 40 años relacionándose con felicidad, calidad de vida y salud mental, así como con distintas variables personales y contextuales asociadas (Inga y Vara, 2006).

Cuando se habla de satisfacción vital se intenta abordar de forma global y sintetizada la evaluación de las metas y logros, que el individuo ha conseguido a lo largo del ciclo vital. Desde luego, como ya se ha señalado anteriormente, son mucho y diversos los factores que influyen de manera directa o indirecta cuando hablamos de satisfacción vital como la salud, el estatus económico o las relaciones sociales (George y Clips, 1991).

La satisfacción vital es un constructo controvertido en sí mismo, probablemente por la variedad de definiciones y componentes asociados que se le atribuyen. La misma puede estudiarse desde un punto de vista afectivo o emocional, o bien, puede considerarse desde el punto de vista cognitivo, entendida como la valoración que la persona hace de su vida en general o de aspectos parciales de ésta, por ejemplo, familia, salud, estudios, trabajo, amigos o tiempo libre (Díaz y Sánchez, 2001).

A continuación, se presentan diversas definiciones del término, como la ofrecida por George (1981) que define la satisfacción de vida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida; según Veenhoven (1994), es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva; finalmente Durán, Extremera, Montalban y Rey (2005), la perciben como la evaluación global que la persona hace de su vida, incluyendo el examen de los aspectos tangibles obtenidos, el equilibrio relativo entre aspectos positivos y negativos, las comparaciones con un criterio elegido y la elaboración de un juicio cognitivo sobre su nivel de satisfacción.

Desde esas conceptualizaciones se puede inferir que una de las condiciones que nos describe como seres humanos, es la capacidad global que poseemos para evaluarnos, medirnos o compararnos, y de esa manera interpretar nuestra satisfacción vital.

Con el aumento de la población mayor y la progresiva necesidad de lograr una mejor calidad de vida para esta población, han surgido una gran cantidad de investigaciones en cuanto a satisfacción vital y bienestar, pero en su mayoría están centradas en determinar los factores que intervienen en la satisfacción de vida del adulto mayor. De entre estos trabajos, destacan algunas conclusiones importantes. Así, se ha comprobado que la satisfacción vital está correlacionada con factores demográficos como edad, sexo, nivel de estudios y estado civil (Meléndez et al., 2009); la jubilación y como el sujeto la afronta es otro de los elementos importantes en estas relaciones (Aymerich, Planes y Gras, 2010; Orgambidez y Mendoza, 2006) y unido a aspectos como el patrón de actividades cotidianas y sus implicaciones para la satisfacción con la vida (Villar, Triadó, Solé y Osuna, 2006) son las base de algunas teorías explicativas del envejecimiento como la teoría de la actividad y de la desvinculación.

También diversos autores (García Martín 2002; Meléndez, Tomás y Navarro, 2007; Triadó, 2003) afirman que existen diferencias significativa en el estado civil, siendo el grupo de los viudos el que menor satisfacción obtenía, mientras que el matrimonio es uno de los mayores predictores de satisfacción con la vida; García Martín (2002), informa que el mayor nivel de estudios implica una mayor satisfacción vital, y que aspectos como la participación, integración y apoyo o el buen estado de salud físico y mental (Vázquez, Rahona, Gómez y Hervás, 2012) son claros predictores de altos niveles de satisfacción.

Dos teorías contrapuestas han intentado dar respuesta a esta última cuestión, así desde la perspectiva del *Bottom Up* se plantea que las variables frecuentemente tratadas en los estudios sobre la satisfacción (acontecimientos del ciclo vital, áreas vitales, estándares de referencia, expectativas, aspiraciones, etc.) son las responsables de la satisfacción de la vida como un todo. Así la satisfacción se entiende como una sumatoria de estas variables, siendo el resultado de haber tenido muchos momentos felices en la vida; por el contrario, el *Top Down*, completamente opuesta a la anterior, supone que el bienestar general de las personas es el responsable de otras variables predichas.

Por último, señalar que tal y como se indicaba, parece ser que la satisfacción vital es una variable relativamente estable a lo largo del tiempo, si bien es importante tener en cuenta que aunque existe una marcada estabilidad esto no quiere decir que no puedan existir modificaciones en la misma, en este sentido Ranzijn (2002) informa de la importancia del contacto social y el mantenimiento de las relaciones interpersonales y señala que existe un creciente reconocimiento de que la salud psicológica, y hasta en cierta medida la salud física, dependen al menos en algún grado de sentirse integrado a una comunidad. Esto afirma el sentido de que el apoyo social es una de las fuentes importantes en la predicción de la satisfacción vital, la felicidad y las relaciones afectivas cercanas. La necesidad de pertenencia y de relacionarse socialmente está dada por el carácter de protección y de reconocimiento que necesita el ser humano (Cuadra y Florenzano, 2003).

Brown, Mounts, Lamborn y Steinberg (1993), señalan que mantener relaciones positivas con amigos y amigas, en las que existe intimidad, seguridad y apoyo influye de forma muy significativa en la satisfacción vital. Por su parte, Fernández y García (1994) afirman que el apoyo social tiene un efecto mediador o amortiguador frente a los estresores

del individuo, y presenta un efecto beneficioso sobre la calidad de vida de los sujetos.

Es importante destacar, que con el aumento de la esperanza de vida se origina un crecimiento de la población mayor, lo cual inicia un nuevo problema a nivel social, ya que la sociedad no está preparada para el importante incremento de este grupo de población, generándole situaciones a resolver a nivel de atención sanitaria, políticas de inserción social, empleo, educación, entre otras.

Como ya se ha planteado, los procesos de envejecimiento ligados a las pérdidas biopsicosociales normales de la etapa interfieren en la capacidad de algunos adultos mayores para percibir sus competencias, habilidades y sobre todo para lograr una adaptación favorable, ya que no reconocen aspectos positivos desde el contexto que les rodea. Estudios que se han realizado en este sentido señalan que este tipo de percepciones están directamente relacionadas con la satisfacción vital de la tercera edad, por tanto, estos resultados deben tenerse en cuenta de manera que se puedan crear condiciones favorables que mejoren la calidad de vida del adulto mayor.

Partiendo de lo anteriormente señalado, se inicia un proceso de creación de políticas sociales, programas de intervención, terapias cognitivas, etc., que desde una perspectiva basada en la psicología positiva, intenten fortalecer las variables o factores antes mencionados, logrando así facilitar que los adultos mayores puedan percibir los aspectos positivos, no solo de su desarrollo personal y social, sino también del contexto que los rodea; de esta manera se mejora la valoración general del sujeto y se logra una mayor satisfacción, por lo que el sujeto podrá enfrentarse desde un envejecimiento óptimo a los procesos de déficit o pérdida contrarrestando las enfermedades, manteniendo una mayor satisfacción vital y logrando un envejecimiento más exitoso.

2.1.3. Bienestar psicológico.

Frente a la concepción del bienestar subjetivo ligado a los conceptos de felicidad y satisfacción vital, en las últimas dos décadas se ha desarrollado una concepción alternativa denominada bienestar psicológico, que tal y como indican Ryan y Deci (2001), sitúa el concepto de bienestar en el proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen sentir

vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor.

Desde la psicología positiva, el bienestar psicológico se refiere al funcionamiento positivo de las personas (Ryff, 1989) en diversas áreas que pueden facilitar la adaptación del sujeto a los cambios que se producen en la última etapa del ciclo vital. Para ello es importante conceptualizar al individuo como un ser integral y considerar la etapa de desarrollo en la que este se encuentre (Ryff y Singer, 2008). Este es un concepto más duradero, es decir, no descansa en una emoción que puede ser más efímera.

Es importante destacar que el bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de diversas capacidades concebidas como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Díaz et al. 2006). Estas capacidades, fueron concebidas a partir de constructos anteriores como la autorrealización (Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1961) o la madurez (Allport, 1961). A pesar de su relevancia teórica, anteriormente ninguna de ellas llegó a tener un impacto significativo en el estudio del bienestar, debido, sobre todo, a la ausencia de fiabilidad y validez en los procedimientos de medida, si bien han sido la base sobre la que desarrollar un constructo del bienestar más allá de la percepción de la satisfacción, orientándose a la consecución de un correcto nivel adaptativo fundamentado en recursos personales.

Una de las principales representantes de esta perspectiva es Carol Ryff (1989) que realizó una de las primeras investigaciones científicas a partir del desarrollo de este concepto. Según ella, el bienestar psicológico es el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, de este modo tendría que ver con que la vida adquiriera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y conseguir metas valiosas; la tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos, subrayándose la responsabilidad del individuo de encontrar el significado de su existencia, incluso frente a realidades ásperas o adversas (Ryff, 2002; Ryff y Keyes, 1995; Ryff y Singer, 2008).

El modelo planteado por Ryff (1989) y posteriormente validado (Ryff y Singer, 2008), tanto por la autora como en diversos trabajos (Navarro, Meléndez y Tomás, 2008), está compuesto por seis dimensiones que se presentan en la Tabla No. 2.

Tabla 2. Modelo de Bienestar Psicológico.

Dimensiones	Puntuación	Fundamentación teórica
<i>Autonomía</i>	Alta	Es auto-determinado e independiente; capaz de resistir las presiones sociales para pensar y actuar de cierta manera; regula el comportamiento desde dentro.
	Baja	Expresa su preocupación por las expectativas y evaluaciones de los demás y se basa en juicios de los demás para hacer importantes decisiones.
<i>Dominio del Medio Ambiente</i>	Alta	Tiene un sentido de dominio y competencia en la gestión del medio ambiente; capaz de elegir o crear contextos adecuados a las necesidades y valores personales
	Baja	Tiene dificultad para manejar los asuntos cotidianos; se siente incapaz de cambiar o mejorar el contexto circundante.
<i>Crecimiento personal</i>	Alta	Tiene una sensación de continuo desarrollo; se ve a sí mismo en crecimiento y expansión; está abierto a nuevas experiencias; está cambiando de maneras que reflejan más auto-conocimiento y eficacia.
	Baja	Tiene una sensación de estancamiento personal; carece de sentido de la mejora o ampliación en el tiempo; se siente aburrido y desinteresado con vida.
<i>Relaciones positivas con los demás</i>	Alta	Tiene relaciones cálidas y satisfactorias, relaciones de confianza con los demás; desarrolla fuerte empatía, afecto y intimidad; entiende las relaciones humanas
	Baja	Tiene pocas relaciones estrechas y de confianza; le resulta difícil ser cálido, abierto, preocupado por los demás; es aislado y frustrado en las relaciones interpersonales.
<i>Propósito en la vida</i>	Alta	Tiene metas en la vida y un sentido de direccionalidad; siente que hay un significado en el presente y la vida pasada; sostiene creencias que dan propósito en la vida.
	Baja	No ve propósito en la vida pasada; no tiene perspectivas o creencias que le dan sentido a la vida.
<i>Autoaceptación</i>	Alta	Posee una actitud positiva hacia el yo; reconoce y acepta múltiples aspectos de uno mismo, incluyendo cualidades buenas y malas; siente de forma positiva acerca de la vida pasada
	Baja	No se siente satisfecho con uno mismo; está decepcionado con lo que ha ocurrido en la vida pasada; quiere ser diferente a lo que él o ella son.

Existen diversos y amplios estudios que aclaran cómo funcionan las distintas dimensiones de la Escalas de Bienestar Psicológico. En el estudio realizado por Ryff en 1989 se concluyó que el dominio del ambiente aumentaba entre adultos y mayores con respecto a jóvenes, y también las puntuaciones en autonomía de jóvenes a adultos; además se observó que disminuían las puntuaciones en propósito en la vida y crecimiento personal en el grupo de mayores, sin diferencias entre jóvenes y adultos. Por último, no se obtenían diferencias significativas entre los tres grupos de edad en las dimensiones de autoaceptación y relaciones positivas.

Trabajos posteriores (Meléndez, Tomás y Navarro, 2008 y Meléndez, Tomás y

Navarro, 2011; Ryff, 1991; Ryff y Keyes, 1995; Triadó, Villar, Solé y Osuna, 2005), obtienen resultados similares a los obtenidos por Ryff (1989), señalando que algunas dimensiones, muestran claros efectos de la edad, mientras otras permanecen estables como autoaceptación y relaciones positivas. La dimensión dominio del ambiente, tiende a ser más alta en las personas mayores y de mediana edad que en los jóvenes, pero permanece estable desde la mediana edad a la vejez, patrón que se repite de forma similar, aunque menos acusada en la dimensión autonomía. Finalmente, las restantes dos dimensiones, propósito en la vida y crecimiento personal, definidas como las más características del bienestar psicológico, muestran un decremento a lo largo del ciclo vital, siendo este descenso especialmente acusado al comparar personas de mediana edad y personas mayores. No obstante, a diferencia de Ryff (1989, 1991), Ryff y Keyes (1995) hallaron que en relaciones positivas el grupo de mayores puntuó más alto, y que no fueron significativas las diferencias en autoaceptación.

A continuación Navarro et al. (2008), realizan otra investigación con personas mayores, observando relaciones lineales de declive entre la edad y tres de las dimensiones de Ryff, dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida. En este sentido, los citados autores indican que el descenso en la dimensión dominio del ambiente, posiblemente tiene que ver con el mayor uso de estrategias acomodativas, lo cual implica una modificación de objetivos, reduciendo el nivel de aspiración, desimplicándose de ciertos objetivos o estableciendo parámetros alternativos de comparación para evaluar la situación actual. En esta misma línea, y en relación al descenso en las dimensiones crecimiento personal y propósito en la vida según aumentaba la edad, indican que puede tener una doble explicación; mientras que la esperanza de vida es cada vez mayor, el contexto sigue ofreciendo oportunidades reducidas para este grupo de edad, lo cual no favorecería ni el crecimiento ni el desarrollo personal.

Concretamente autores como Abbot et al., (2006), Springer y Hauser (2006) y Tomas, Sancho, Meléndez y Mayordomo (2012) indican que las dimensiones que mayores correlaciones obtienen con el bienestar psicológico son propósito en la vida, autoaceptación, dominio del ambiente, y crecimiento personal. Otros trabajos como los de Van Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco y Moreno-Jiménez (2008) y Abbott, Ploubidis, Huppert, Kuh,

y Croudace (2010), encuentran un factor de segundo orden subyacente a las cuatro dimensiones antes mencionadas, junto con los dos factores independientes, la autonomía y las relaciones positivas con los demás.

En resumen, los estudios transversales realizados sobre el bienestar en el envejecimiento revelaron vulnerabilidades en los aspectos existenciales del bienestar, especialmente en las dimensiones propósito en la vida y el crecimiento personal, entre los mayores en comparación con los adultos jóvenes o de mediana edad (Clarke, Marshall, Ryff y Rosenthal, 2000; Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995).

Debe señalarse, que las Escalas de Bienestar Psicológico, también han sido utilizadas para estudiar las relaciones del bienestar con diferentes dimensiones en el desarrollo adulto y el envejecimiento, entre estos destacan los trabajos de Buhler (1935) para estudiar su relación con las etapas de Erikson en la formación de la identidad, la generatividad o la integridad. Otros trabajos se han centrado en temas de crecimiento personal, analizando los recuerdos autobiográficos (Bauer, McAdams y Sakaedura, 2005), historias de vida y narrativas de las principales metas de la vida (Bauer y McAdams, 2004), todos estos aspectos del crecimiento se han relacionado con un mayor bienestar.

Es de gran importancia tener en cuenta los resultados anteriores, ya que podemos tener claro cuáles son los aspectos del bienestar que se deben fortalecer para mantener la funcionalidad en el adulto mayor. En conjunto, estas iniciativas aplicadas a terapias basadas en el bienestar parecen de utilidad en la prevención y mejora del envejecimiento, fomentando un desarrollo óptimo.

2.2. Autoestima en el adulto mayor.

Durante largo tiempo el autoconcepto fue considerado como un constructo unidimensional y global, basándose los primeros planteamientos históricos sobre autoconcepto en la idea de que las percepciones que cada cual tiene de sí mismo forman un todo indivisible y global, por lo que para poder entender el autoconcepto propio había que evaluar esa visión general. En la actualidad, sin embargo, se acepta una concepción jerárquica y multidimensional (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976) según la cual el

autoconcepto general estaría estructurado en varios dominios (académico, personal, social y físico) cada uno de los cuales se dividiría a su vez en dimensiones de mayor especificidad.

Uno de los constructos más altamente unidos a este término es el de la autoestima, y tal y como se observa en gran cantidad de la literatura ambos términos se han utilizado de forma indiferenciada por la mayoría de investigadores, véase como ejemplo Musitu y Roman (1982) o Shavelson et al. (1976) que definen el autoconcepto como las autopercepciones que se forman a través de la propia experiencia que el individuo tiene de sí mismo, junto con las interpretaciones del propio ambiente, bajo la influencia de las evaluaciones de los otros significativos, gracias a los refuerzos recibidos, y como consecuencia de las atribuciones que se realizan acerca de la propia conducta o Wylie (1974) que señala que el autoconcepto presenta dos dimensiones: una cognitiva, la idea de sí mismo, y otra afectiva, los sentimientos de estima de sí mismo. De este modo, más que dos términos indiferenciados, la autoestima se convierte en una dimensión del autoconcepto que la literatura presenta como una valoración afectiva que engloba nuestras diferentes representaciones.

En una etapa marcada por importantes cambios en las diferentes esferas del desarrollo, la evaluación efectiva de estos, unido a la capacidad de adaptación, pueden convertirse en variables determinantes para marcar el signo de la valoración que hace el sujeto de sí mismo y por tanto para su autoestima. Para L'Ecuyer (1988), en la última etapa del ciclo vital se plantea la intensificación del declive del Yo, produciéndose una pérdida de la identidad, acompañada de baja autoestima, y descenso de las conductas sociales. Además, surge una imagen corporal negativa, debido a la disminución de las capacidades físicas.

Según González (1999), referirse a la autoestima en términos de autovaloración, aludimos a algo mucho más intrínseco, más esencial e incluye la consideración de uno mismo en cuanto dueño de sus propios actos y con un sentido de competencia que depende más de sí mismo que de la adecuación a ideales autoimpuestos o a las normas externas. Markus y Kunda (1986) consideran que la autoestima influye en la autorregulación de la conducta, mediando en la toma de decisiones, influyendo en la elección de objetivos y en el establecimiento de planes de actuación. Más concretamente, y tal y como señala Branden (1998) podemos decir que es la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida y la confianza en nuestro derecho

a triunfar y a ser felices. De este modo, la autoestima se convierte en una disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad. Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, competente y merecedor; es la confianza en nuestra capacidad de aprender, de tomar decisiones y hacer elecciones adecuadas, y de afrontar el cambio (Branden, 1995).

De este modo, la autoestima, es la percepción valorativa y confiada de sí mismo, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida. De acuerdo con lo apuntado anteriormente, la persona adulta mayor continúa en ese proceso de consolidar su identidad, siendo el papel que juega su autoestima de vital importancia.

En el ámbito que interesa, factores como el mantenimiento de las capacidades mentales y físicas o el aspecto externo del sujeto son esenciales para la correcta adecuación de la autoestima y pueden caracterizar la valoración, autoaceptación y concepto que cada uno tienen de sí mismo. Es decir, la pérdida de esos factores puede promover inseguridades y temores que afectarían de manera negativa a este elemento.

Un elemento determinante para la autoestima son los estereotipos. A pesar de que el concepto estereotipo no está originalmente relacionado con el estudio de la edad, se ha convertido en un punto central en la explicación del rol del adulto mayor. En la literatura gerontológica, el estereotipo se ha empleado tradicionalmente para convenir los atributos negativos del status del adulto mayor. Concretamente la aparición del término inglés “*ageism*”, indica la discriminación y utilización de prejuicios por motivo de edad.

Hace casi un siglo, Lippmann (1922) definió el estereotipo como una percepción que es evidentemente incorrecta, producida por razonamientos ilógicos y rígidos. Los estereotipos son creencias u opiniones que no tienen dirección implícita, y son, necesariamente, negativos o positivos. Estas tipificaciones, a pesar de su inconsistencia, ayudan a estructurar situaciones cotidianas para los individuos. Permiten a las personas familiarizarse con situaciones u objetos desconocidos, atribuyéndoles características que minimicen su ambigüedad, para disminuir su impacto y mantenerse bajo control.

Aunque la edad cronológica, no es suficiente para definir a una persona como adulto mayor, obviamente, hay bastante relación. Entre los motivos de cambio del estatus de la edad, se pueden señalar la pérdida de salud, la institucionalización, la jubilación, la

dependencia, o la pérdida del cónyuge, factores que contribuyen a la autodefinición de viejo desde el estereotipo negativo. Aceptar una autodefinición negativa afecta al comportamiento y consecuentemente, genera una disminución de la autoestima.

Las etiquetas sociales y estereotipos, son inherentes a la cultura y se asumen por los miembros de la misma, incluyendo a los que soportan estas etiquetas. Si la propia autoimagen y el comportamiento, son un retrato de este estereotipo negativo, la autoestima tiende a decaer, al igual que la autopercepción. A medida que decrecen ambos, uno tiene más dificultades para controlar el entorno, subestimando las propias capacidades y reforzando la dificultad para desempeñar un rol ajustado.

Independientemente de todos estos prejuicios personales y contextuales, Atcheley (2000) afirma, que los individuos de forma general cuentan con un sentimiento positivo de sí mismo, formado por las experiencias acumuladas y por lo tanto, esa estimación propia no se pierde tan solo con envejecer. Por su parte Knox (1977), sugiere que mientras no existan alteraciones drásticas en actividades ni en roles cotidianos, la gente debería continuar percibiéndose de forma positiva. El matrimonio, la participación en actividades comunitarias, estar unido o ser miembros de grupos sociales ayuda a mantener el sentido de continuidad incluyendo una autopercepción más positiva, incluso después de la jubilación (Andersson y Stevens, 1993). Es decir, la mayoría de los sujetos cuenta con recursos para mantener una perspectiva positiva de sí mismo, más adaptada (Atcheley, 2000); y aunque el aspecto físico es uno de los cambios degenerativo que debe enfrentar, algunos autores señalan también que la importancia conferida a la dimensión física decrece con la edad (Tiggemann, 2004). Aguilera y Abad (2001) indican que, en la medida en que el adulto mayor considere tener control sobre los acontecimientos de la vida y los cambios asociados a la tercera edad, será más probable que busque alternativas que le permitan adaptarse.

En resumen, puede decir, que una buena autoestima del adulto mayor fomentará un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, lo cual afectará de forma directa todas las aéreas de la vida. Según diversas investigaciones se ha confirmado que esta actitud positiva de la vida puede verse reducida según envejecemos (Matad, 2004). De este modo, la importancia de la autoestima positiva en el adulto mayor radica en valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. Es importante destacar, que el valor de la autoestima reside en que es un factor determinante en el proceso de elevar y mantener un buen ajuste personal, emocional y cognitivo, por lo

cual afecta el desarrollo integral del ser humano a lo largo de la vida. Por lo tanto, hablar de mejorar la autoestima, es relevante, ya que el adulto mayor debe maximizar sus destrezas y características positivas, así como ser consciente de los cambios físicos, emocionales, sociales y cognitivos con que ha de enfrentarse según va pasando el tiempo.

Las personas con alta autoestima, presentan mayor cantidad de conductas adaptativas basadas en un mayor esfuerzo y perseverancia en las tareas, ya que el valorarse a uno mismo positivamente y la creencia en las propias posibilidades, son un importante recurso psicológico de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986); lo que supone que en situaciones de amenaza o experiencias de fracaso, el sujeto con alta autoestima tiende a utilizar estrategias para manejar esas situaciones, estrategias que se pueden orientar tanto al dominio de la situación como a la aceptación, evitación o minimización de la misma.

Aunque en función de lo hasta aquí planteado, se podría entender que en el envejecimiento y dada la pérdida de control sobre algunos de los cambios debería existir una reducción de la autoestima, los resultados de las investigaciones no son unánimes en sus conclusiones (Belsky, 1996; Kalish, 1991). En cualquier caso, debe tenerse en cuenta que la autoestima es importante porque constituye el núcleo principal para el desarrollo de la personalidad humana, así como el sentido de su dignidad, fortalece el respeto por los derechos humanos, y es un componente central para la estructuración de la identidad de la persona. Por lo tanto, mejorar la autoestima en el adulto mayor tiene una clara repercusión en la calidad de vida, favoreciendo la disposición y ajuste frente a las pérdidas, mejorando la interacción con los demás y permitiendo la superación personal al lograr las aspiraciones de forma optimista.

2.3. Resiliencia y adultos mayores.

El cuadro de dificultades propias de los adultos mayores no es obstáculo para que un alto porcentaje desarrolle procesos que les permiten afrontar, adaptarse y prosperar de cara a situaciones tan estresantes y adversas como pueden ser el envejecimiento en sus aspectos individuales, sociales, simbólicos y culturales, logrando incluso un envejecimiento exitoso.

El concepto de resiliencia en el envejecimiento nació de la “Paradoja de la vejez”, plantea que, a pesar de las pérdidas y disminuciones físicas experimentadas en las últimas etapas del ciclo vital, los adultos mayores reportan tener mejor adaptación y tienen menores tasas de psicopatología que la población general. Estos procesos son conocidos con el

nombre de resiliencia. Desde la psicología positiva se considera un constructo que promueve el bienestar y la salud, tanto en personas con o sin patologías (Pan y Chan, 2007).

2.3.1 Conceptualizando la resiliencia.

Desde la segunda mitad del siglo XX se viene estudiando, el término resiliencia. Este, tiene su origen etimológico en la palabra latina “*resilio*” que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006; Luthar, 2006). En el campo de la Psicología, el término resiliencia cobra importancia a través de los trabajos de Rutter, quien considera que la resiliencia no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices; es más bien, la habilidad para continuar adelante a pesar de ello (Rutter, 2012). Es importante destacar que, aunque son diversos los enfoques del término y los ángulos desde donde se conceptualiza una gran cantidad de ellos se basan en el mismo concepto básico de resistir, adaptarse y rehacerse. La resiliencia en los seres humanos es la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas; es el resorte moral o la cualidad de la persona que no se desanima, que no se deja abatir (Bowlby, 1992), es la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB; *Institute on Child Resilience and Family*, 1994).

Polk (1997) propone cuatro categorías compuestas por los atributos que caracterizan la resiliencia tal y como puede verse en la Tabla 3.

Tabla 3. Categorías de atributos que caracterizan la personalidad resiliente.

Categoría	Características	Atributos
Patrón de disposición	Atributos físicos y psicosociales relacionados con el ego.	Inteligentes, historial de buena salud, buena apariencia física, y complejidad atlética. Sensación de dominio, autoestima positiva, confianza en sí mismos y creencia en la auto-eficacia.
Patrón relacional	Características de los roles y relaciones.	La naturaleza intrínseca de las relaciones se refleja en un profundo compromiso con el desarrollo de la intimidad. Intereses sociales extrínsecos: compromiso con la educación, el empleo, y actividades sociales.
Patrón situacional,	Capacidad de evaluación cognitiva, resolución de problemas, y atributos para hacer frente a una situación.	Evaluación realista de la capacidad de actuar y de las expectativas o las consecuencias de esa acción. Conciencia de cambios en el mundo y uso estrategias de afrontamiento apropiadas. Reflexiona sobre las nuevas situaciones. Búsqueda de la novedad y la exploración de la naturaleza. Creatividad.
Patrón filosófico	Las creencias personales.	Creencia de que el auto-conocimiento es valioso y la reflexión sobre uno mismo y los acontecimientos contribuyen a ese patrón.

Otros autores (Block y Block, 1980; Wagnild y Young, 1990) señalaron a un individuo resiliente como aquel que tiene un sano sentido de sí mismo, y además tiene niveles correctos de auto-eficacia, es audaz y determinado, capaz de encontrar un significado en la vida; para Luthar, Cicchetti y Becker (2003) la resiliencia se refiere a un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa, lo que implica que el sujeto, por una parte, va a ser expuesto a una amenaza significativa o a una adversidad severa y, por otra parte, lleva a cabo una adaptación positiva a pesar de las importantes agresiones sobre el proceso de desarrollo.

Dentro de este marco conceptual de la resiliencia, también debe indicarse, que dos perspectivas teóricas se pueden diferenciar, aquellas que entienden la resiliencia como resultado, que se enfocan a los resultados que muestra la persona después de haber estado sometida a situaciones de amenaza y/o adversidad (Rutter, 2012); y una segunda perspectiva, la resiliencia como proceso, en la que se explora la relación entre los factores de riesgo, acontecimientos que actúan para intensificar la reacción de una persona ante la adversidad (hacer más vulnerables), y de protección, mecanismos que actúan para mejorar la respuesta de un individuo a la adversidad (hacer más resistente) (Rutter, 2001).

2.3.2. Resiliencia en los adultos mayores.

El envejecimiento es un período de retos adaptativos dado el cambio gradual de las condiciones de salud física y mental, las dificultades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y las restricciones a la participación social. Condiciones a las que se suman, las limitaciones en el acceso a los servicios sociales y de salud. La conjunción de estos factores lleva a que exista una probabilidad mayor de discapacidad y pobreza en adultos mayores.

Pese al complejo y sombrío panorama presentado, la mayoría de las personas son capaces de desarrollar procesos que les permiten afrontar, adaptarse y prosperar de cara a situaciones tan estresantes y adversas como pueden ser el envejecimiento en sus aspectos individuales, sociales y simbólico-culturales. Aunque la capacidad de recuperación rara vez se asocia con los adultos mayores porque experimentan la pérdida y el deterioro, los adultos mayores utilizan con mayor frecuencia la reevaluación positiva para enfrentar condiciones estresantes que las personas jóvenes (Diehl, Coyle y Labouvie-Vief, 1996), por lo tanto, el bienestar podría aumentar en esta etapa de la vida. Esta capacidad de resiliencia en los

adultos mayores les da la capacidad de recuperarse de la adversidad, prosperar con un propósito sostenido, y crecer en un mundo de confusión, cambio, y enfermedad crónica.

De este modo se propicia el mantenimiento de la identidad personal a pesar de los cambios biológicos, sociales, psicológicos, y a pesar de los deterioros; es resiliencia la manera de compensar y modificar las habilidades físicas, sensoriales y cognitivas que manifiesten algún declive, así como el modo de afrontar los estigmas sociales que pueden existir sobre el envejecimiento: sujeto no productivo, estorbo, mantenido, enfermo, loco, inservible, irrecuperable, pendiente de que se muera. Es un envejecimiento resiliente el modo de vivir el presente y el futuro con optimismo, sin añoranzas por el pasado, para seguir sintiendo, pensando, queriendo, participando y autorealizándose (Uriarte, 2014)

2.3.3. Los recursos personales que potencian la resiliencia durante el envejecimiento.

Cabe señalar que la resiliencia no es necesariamente innata para el individuo, en gran medida depende de la cantidad de recursos internos y externos para soportar y enfrentar las adversidades (Keyes y López, 2002; Staudinger, Marsiske y Baltes, 1995). De igual forma, esas fuentes internas y externas de los puntos fuertes de vida son los factores puntuales que sirven de base para la resiliencia en el adulto mayor, por lo tanto, la identificación de los mismos por el sujeto permite el reforzamiento de la identidad personal y actualización (Fry y Debats, 2010). Mientras mayor sea el número de fuentes y de puntos fuertes de la vida, mayor es el número de los factores de protección que lleva a mayores niveles de resiliencia (Waterman, 2007). De este modo, y siguiendo esta idea Ungar et al. (2008) definen la resiliencia como el desarrollo y la aplicación del conocimiento basado en la ciencia relativa al desarrollo positivo, ajuste efectivo y próspero a través de la vida útil.

Está demostrado, que los estados emocionales positivos y negativos inciden respectivamente en la disposición a contraer enfermedades y en la manera de recuperarnos de ellas. Se sabe, por ejemplo, que el aislamiento social, tan frecuente en personas de avanzada edad, produce un declive funcional, cognitivo e inmunológico que compromete la salud y la esperanza de vida (Arranz, Giménez-Llort, De Castro, Baeza y De la fuente, 2009). Al mismo tiempo, las experiencias de superación del estrés emocional, el enriquecimiento cognitivo y los afectos positivos, fortalecen el sistema inmunitario y aumentan la longevidad. En definitiva, un sistema inmunológico bien regulado, en el que las cualidades psicológicas

positivas representadas por la resiliencia sean predominantes, contribuirá a retrasar el envejecimiento biológico y a favorecer la longevidad.

Por otro lado, en las revisiones de la literatura se destaca la descripción de características psicobiológicas y de genética molecular de las personas adultas resilientes (Stein, 2009) que actúan como marcos protectores. De esta forma mencionaremos a continuación los diversos factores que potencializan la resiliencia en el adulto mayor y los mismos se irán fortaleciendo según las experiencias de los sujetos durante todo el ciclo vital. Destacaremos que muchos de estos factores ya han sido analizados con más profundidad durante el desarrollo de esta narrativa.

La identidad positiva, se refiere a un sentido amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (Luszczynska, Gibbons, Piko y Tekosel, 2004). Se ha observado que cuando los mayores se reconocen a sí mismos con una identidad positiva y ricamente construida, cuando se evalúan positivamente y establecen en el presente diferentes niveles de funcionamiento, pueden ser más exitosos y menos vulnerables ante las crisis (Brandtstädter y Greve, 1994). Además, esta variable está relacionada con la autoestima y el bienestar (Greve y Staudinger, 2006). La resiliencia correlaciona negativamente con la percepción de limitaciones y problemas en el funcionamiento mental (Lamond et al., 2008).

El control personal, ser uno mismo el que gestiona el curso de su vida, es una característica compartida por personas resilientes y personas longevas saludables. Esta característica es más determinante incluso que la dieta, el ejercicio, la predisposición genética o la ausencia de estrés. El sentido de control interno influye en el establecimiento de las metas personales, optimiza las motivaciones y los recursos emocionales, mantiene el control sobre el ambiente y realiza lo necesario para alcanzar las metas propuestas (Heckhausen, 2001).

La autoeficacia es la creencia acerca de las propias capacidades para organizar y manejar las situaciones futuras (Bandura, 1999). Esta variable es un recurso capaz de mediar la percepción de control del individuo y sus sentimientos ante las pérdidas. Además, ayuda a mantener el optimismo ante la situación, activa el funcionamiento de algunos dominios incrementando la probabilidad de mantener y optimizar su funcionamiento en áreas como la

inteligencia, la memoria o la salud (Bandura, 1999). Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (Bandura, 1997).

La autoestima, es decir, la valoración que tenemos de nosotros mismos, está relacionada con altos niveles de bienestar a pesar de los eventos adversos. Es un recurso (variable moderadora) para el afrontamiento a las amenazas y al estrés (Brandtstädter, 1999; Greve y Staudinger, 2006; Ong, Bergeman, Bisconti y Wallace, 2006). Además, poseer una adecuada autoestima es una precondition positiva para movilizar o simplemente aceptar el apoyo social (y así ser una variable mediadora para el manejo de problemas).

De forma conjunta, algunos estudios consideran que la autoestima, la autoeficacia y el autocontrol personal pueden ser características de la resiliencia que ayudan a evitar problemas cíclicos en el tiempo (Carrobbles y Benavides-Pereira, 2009; Yi, Vitaliano, Smith, Yi y Weinger, 2008).

Las emociones positivas entendidas como estados de ánimo “que nos hacen sentir bien”; entre las más en boga actualmente están la gratitud, el amor, y el perdón, que pueden proporcionar a las personas experiencias subjetivas placenteras y sensaciones de paz (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003). Las personas mayores suelen generar más actitudes y emociones positivas que negativas. Son más tolerantes con los demás, menos prejuiciosas, menos rencorosas o vengativas. Animan a buscar acuerdos, evitan los conflictos si son conscientes de ellos. Las emociones positivas tienen un alto valor de resiliencia propia y ayudan a generar resiliencia en el entorno. Adicionalmente, una gran cantidad de emociones positivas pueden potenciar altos niveles de resiliencia (Fredrickson et al., 2003; Ong et al., 2006). Estudios orientados a explorar las emociones en personas mayores han señalado consistentemente que experimentan más emociones positivas que negativas (Mather y Carstensen, 2005). Este hecho, sumado a los datos anteriores, explica que los mayores dispongan más de estos recursos no sólo para amortizar, sino también para favorecer la adaptación después o durante experiencias negativas y dañinas.

Según Avia y Vázquez (1998), el optimismo es constitutivo de la vida y por lo tanto es posible aprenderlo. De este modo, se define como la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables (Seligman, 2003), es una fortaleza importante que ayuda a

afrontar las adversidades y tiene beneficios en la salud y el bienestar. Además, media la relación de otros recursos personales y los eventos estresantes (Ong et al., 2006), promoviendo la adaptación ante el intento de alcanzar metas (Taylor y Gollwitzer, 1995) y muestra claras relaciones con la resiliencia (Galatzer-Levy y Bonanno, 2014).

Aunque el afrontamiento es una variable relacionada estrechamente con la resiliencia, no es sinónimo de ella, si bien tal y como apuntan Greve y Staudinger (2006) puede observarse un sobre solapamiento entre ambas. Las personas mayores recurren más a un afrontamiento centrado en las emociones que centrado en el problema. Las experiencias de afrontamiento acumuladas le sirven para adaptarse a los diferentes problemas y a las situaciones estresantes. Así, el amplio repertorio de estrategias de afrontamiento que han acumulado durante su vida, les servirán fundamentalmente para adaptarse a los diferentes problemas y a las situaciones estresantes (Brandtstädter y Greve, 1994). Se ha observado que las personas mayores adaptan sus estrategias ante los problemas y las pérdidas que son difíciles o imposibles de afrontar activamente, por ejemplo, los sistemas de valoración personal son modificados, las preferencias son adaptadas, y se recurre a la reinterpretación de los problemas cambiando la perspectiva (Brandtstädter y Renner, 1990). Además, diversos trabajos han puesto a prueba la relación entre estas variables (Tomás et al., 2012; Tomás, Meléndez, Sancho y Mayordomo, 2012).

También ha sido comprobado que la espiritualidad es un factor muy importante en el afrontamiento y la adaptación a los cambios y las dificultades, y, en definitiva, en el proceso de la resiliencia (Rivera y Montero, 2005; Petersen, 2008). Aunque hay una evolución de la espiritualidad a lo largo de la vida, para los ancianos actualmente sigue siendo un factor de resiliencia importante, principalmente en su vertiente religiosa. En este sentido son diversos los estudios que se han realizado para comprobar la relación existente entre la espiritualidad y la resiliencia en el adulto mayor concluyendo que la espiritualidad ayuda a afrontar momentos difíciles y estresantes, por lo cual promueve la resiliencia en el adulto mayor (Zabala, Vásquez y Whetsell, 2006); la fortaleza espiritual es un factor importante que ayuda a mejorar la calidad de vida (Harris, 2010); las creencias religiosas y la espiritualidad actúan como factor de resiliencia (Clark, 2004); y la espiritualidad promueve la resiliencia emocional en situaciones de estrés o traumas (Lawson y Thomas, 2007).

2.4. Afrontamiento en el adulto mayor.

Se debe tener en cuenta que las personas mayores a menudo deben hacer frente a diversas situaciones propias de la edad y relacionadas con riesgos en la salud, pérdida de seres queridos o aumento de la dependencia, situaciones que se evaluarán como daño o pérdida (Folkman y Lazarus, 1980; Martin et al., 2008; Rodin, 1986). De este modo, y tal y como plantean Heckhausen, Wrosch y Schulz (2010), se observa un aumento de las capacidades de control durante la infancia y la adolescencia, un pico en la edad adulta joven y mediana edad, dadas las múltiples trayectorias evolutivas existentes a las que adaptarse, para posteriormente en la vejez ir disminuyendo dada la reducción de las oportunidades de consecución de objetivos concretos de desarrollo.

Debido a las limitaciones personales o sociales, los individuos con participación restringida tienen menos oportunidades de estar satisfechos o de disfrutar de la vida y, en consecuencia, esto conlleva a una disminución en la calidad de vida (Levasseur, Tribble y Desrosiers, 2009).

2.4.1. Conceptualizando el afrontamiento.

El concepto de afrontamiento ha tenido gran importancia en el campo de la psicología durante más de setenta años, constituyendo actualmente el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas de intervención que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos.

Existen dos perspectivas que intentan explicar el afrontamiento: la perspectiva disposicional y la contextualista. La disposicional (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Bouchard, Guillemette y Landry-Léger, 2004), destaca las características estables de la personalidad como predictores significativos del afrontamiento, aludiendo a un patrón de personalidad que constituye un estilo de afrontamiento o afrontamiento rasgo. Las disposiciones personales pueden explicar por qué algunas personas son más vulnerables a sufrir crisis o desajuste psicológico en tanto tienden a usar estrategias de afrontamiento desadaptativas. La perspectiva contextualista (Lazarus y Folkman, 1986) asigna mayor papel a la naturaleza de la situación y al contexto específico de afrontamiento.

Por otra parte, la mayoría de los teóricos del afrontamiento (Carver et al., 1989;

Lazarus y Folkman, 1984; Moos y Billing, 1982) concuerdan en clasificar tres dominios generales de las estrategias según estén dirigidas a: la valoración (afrentamiento cognitivo), en un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de tal forma que resulte menos desagradable; el problema (afrentamiento conductual), la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias; la emoción (afrentamiento emocional), y la regulación de los aspectos emocionales en un intento de mantener el equilibrio afectivo.

Teniendo en cuenta este tipo de dominios, se han realizado diferentes conceptualizaciones de las dimensiones que conforman el afrontamiento (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003). Una primera conceptualización distingue entre el compromiso y la separación (Carver y Connor-Smith, 2010; Moos y Schaefer, 1993). El compromiso busca manejar el estresor y/o las emociones asociadas mediante estrategias centradas en el problema, y con algunas de las centradas en las emociones como la búsqueda de apoyo, la regulación emocional y la reestructuración cognitiva. En cambio, en la separación, la persona, se centra en la emoción y busca escapar de los sentimientos de angustia, incluyendo respuestas de afrontamiento como la evitación, la negación y los pensamientos irracionales. Un segundo enfoque, que se centra en los tipos de acción y comportamiento, pero que también requiere la consideración simultánea de las emociones, la atención, y las metas y objetivos, es el señalado por autores como Brandtstädter y Renner (1990), Morling y Evered (2006) o Skinner et al. (2003), distinguiendo entre control primario o asimilación y control secundario o acomodación. El control primario, hace referencia a los ajustes que se producen para la adaptabilidad a una situación estresante en función de las limitaciones percibidas, lo cual implica cómo hacer frente e influir en los acontecimientos o condiciones objetivas (Rudolph, Dennig y Weisz, 1995). En el control secundario, se desarrollan conductas destinadas a maximizar un ajuste a las condiciones actuales, adaptando o acomodando metas, deseos y creencias para ajustarse a la situación presente. Finalmente, existe una tercera conceptualización, en la que se basa este trabajo, que distingue entre el afrontamiento centrado en el problema y centrado en las emociones (Lazarus y Folkman, 1984). El afrontamiento centrado en el problema tiene como objeto manejar o alterar el problema que está causando el malestar, mientras que las centradas en las emociones son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Lazarus y Folkman (1984), señalan que las estrategias de afrontamiento, son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las situaciones específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Así, el modelo cognitivo del estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1984), fundamentado en la teoría transaccional aborda el estudio del afrontamiento desde la interrelación entre la persona, la situación y el afrontamiento, como una trilogía que se influye mutuamente (Billings y Moos, 1981; Folkman y Lazarus, 1980; Moos y Billings, 1982; Pearlin y Schooler, 1978). En este modelo se contemplan tres categorías: las variables antecedentes, los procesos mediadores (en el que se encuentra el afrontamiento) y los resultados.

Si se considera el afrontamiento como una respuesta humana para manejar el estrés, desde el modelo cognitivo del estrés, se defiende que, las estrategias de afrontamiento tienen dos funciones principales en las situaciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1986), por un lado, la resolución de problemas (modificar la situación problemática para hacerla menos estresante) y, por otro, el control emocional (reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional), aunque es importante precisar que ambos tipos de estrategias de afrontamiento se pueden utilizar para el mismo evento estresante. Existe acuerdo en suponer que en situaciones apreciadas como controlables y susceptibles de cambio se tiende a emplear estrategias conductuales u orientadas al problema, mientras que, si aquellas son evaluadas como de escaso control por parte del sujeto o irreversibles, se tiende a usar estrategias orientadas en las emociones (Moser y Uzzell, 2003).

2.4.2. Afrontamiento centrado en el problema.

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema tienen como función modificar la situación problemática para hacerla menos estresante para el sujeto. Este tipo de estrategias han mostrado resultados prometedores con diferentes poblaciones y problemas psicopatológicos, disminuyendo las conductas disfuncionales y mejorando la salud mental (Touchet, Shure y McCown, 1993). Tal y como señala la investigación la solución de problemas es necesaria para la adaptación vital del individuo (D'Zurilla y Nezu, 1982) pues permite ser más flexible para poder adaptarse a las diferentes circunstancias.

Además, la solución de problemas va a permitir contrarrestar los efectos negativos del estrés, restablecer el control y fomentar el bienestar. A continuación, se especifican este tipo de estrategias, así como algunas de sus principales características.

La focalización en solución de problemas, se caracterizaría por la utilización de un enfoque basado en la acción instrumental, activa y centrada en el problema. Esta estrategia, presenta un marcado carácter funcional en el proceso de adaptación al entorno, ajustando las acciones para lograr modificarlo, e incluyendo estrategias de aproximación, optimización, compensación y reparación. También debe señalarse que la toma de decisiones cognitiva (incluyendo estrategia y planificación) recae en el mismo factor de resolución de problemas directa (desempeño de acciones directas) (Skinner et al., 2003). Penley Tokama y Wiebe, (2002), señalan que se puede observar una asociación positiva entre afrontamiento focalizado en el problema con indicadores globales de salud, especialmente para la salud psicológica, también este estilo se ha asociado a menor ansiedad y depresión (Campos et al., 2005), así como con una buena regulación de la afectividad positiva (Páez et al., 2013). Ahora bien, dentro del proceso de solución de problemas la planificación no se asocia al bienestar, lo que sugiere que la planificación en sí misma no es adaptativa, probablemente porque planificar sin aplicar, no cambia nada, y por contra concentrar los esfuerzos puede reforzar la afectividad negativa.

Otra estrategia de afrontamiento orientada a la resolución del problema es la búsqueda de apoyo social. Esta estrategia se basa en la búsqueda constante de aceptación y apoyo de los demás, incluyendo la búsqueda de contacto y consuelo, la ayuda instrumental o consejo y apoyo espiritual. Es importante destacar que, la búsqueda de apoyo social, con fines instrumentales, informativos y emocionales, es una forma de afrontamiento frecuente, que una gran cantidad de sujetos utilizan para enfrentar y tratar de modificar un estado de ánimo negativo (Thayer, Newman y McClain, 1994). Debe señalarse que no existe un total acuerdo en relación a si esta estrategia es de tipo emocional o de solución de problemas. El trabajo de Tomás et al., (2012) con muestra española de jóvenes, adultos y adultos mayores señalan que la estructura del *coping*, evaluada mediante análisis factorial confirmatorio, mejora ostensiblemente los ajustes cuando esta dimensión satura en dos factores de orden superior que cuando es tomada de forma independiente. Otros autores como Lazarus y

Folkman (1984) o Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, (1989) han obtenido similares resultados, siendo el apoyo social una dimensión que satura de forma positiva en ambos factores.

Ciertamente, el apoyo social puede promover la adaptación del sujeto a través de su impacto sobre el mismo proceso de afrontamiento. El interés que un sujeto puede tener en descifrar o confirmar lo que le está ocurriendo, así como la información o consejo de ciertas personas significativas para el sujeto, lo puede ayudar a evaluar una situación estresante y finalmente a tomar decisiones sobre el tipo de estrategia que usará. De forma indirecta ese apoyo que también se va al plano emocional puede incrementar la autoestima y la sensación de control facilitando la puesta en marcha de sus estrategias de afrontamiento (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993).

La búsqueda de apoyo social también se asocia positivamente a la balanza de afectos (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001), aunque debe tenerse en cuenta que el apoyo instrumental informativo no se asocia a la balanza de afecto (Campos et al., 2005; Penley et al., 2002), sugiriendo que esta no siempre es en sí misma adaptativa y depende de con qué otras formas de regulación se una.

En otros estudios realizados, el apoyo social disminuye los riesgos de problemas psicológicos y de enfermedades psiquiátricas. Por lo tanto, el apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir al bienestar y satisfacción con la vida (Aguerre y Bouffard, 2008).

El propósito de hacer intervenciones con este tipo de estrategias es enseñar a las personas a seleccionar e implementar estrategias de afrontamiento eficaces para un estresor dado o, lo que es lo mismo, generar modos más eficaces de tratar con los problemas personales e interpersonales (Marrero y Carballeira, 2010).

Finalmente, la reevaluación o reestructuración cognitiva se refiere a los intentos activos de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de verla con un enfoque más positivo. De este modo, esta estrategia, incluye focalizarse en lo positivo, auto-reconfortarse, ser optimista, minimizar el *distress* o las consecuencias negativas y promocionar el crecimiento personal, es decir tal y como señalan Bilbao, Páez, Da Costa y Martínez-Zelaya (2013) enfatizar los cambios personales (nuevas oportunidades,

cambio filosofía de vida, descubrir cuan fuerte se es y crecimiento espiritual) e interpersonales (valorar el apoyo otros y ser más compasivo, estar más dispuesto a apoyar). Penley et al., (2002) encontraron una asociación significativa entre reevaluación positiva y salud global, además, la reevaluación se asocia a mejora afectiva y menor malestar afectivo (Aldao, Nolen-Hoeksem y Schweizer, 2010; Nezlek y Kupper, 2008).

2.4.3. Afrontamiento centrado en la emoción.

Lazarus y Folkman (1984) distinguen diversos modos de afrontamiento centrados en la emoción, siendo estos entendidos como los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Aunque los procesos dirigidos a la emoción pueden cambiar el significado de una situación estresante sin distorsionar la realidad, debemos tener en cuenta la cuestión de la autodecepción, fenómeno siempre posible en este tipo de afrontamiento. De este modo, el afrontamiento dirigido a la emoción es utilizado para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si no hubiese ocurrido nada, etc. Estos procesos conducen a una interpretación de autodecepción y de distorsión de la realidad.

Lazarus y Folkman (1984), informan de que, desde su perspectiva, la autodecepción se extiende desde un continuo que va desde las ilusiones personales o sociales hasta las distorsiones mayores, sin línea divisoria entre las formas llamadas normales y patológicas. Debe tenerse en cuenta el contexto en el que se produce la autodecepción, los costes y beneficios que representan a corto y largo plazo.

Una de las estrategias primarias implicadas en este tipo de *coping* es la expresión emocional abierta, que se refiere a manifestaciones expresivas hacia otras personas de la reacción emocional negativa, relacionada al problema (activa) y que según (Thayer, 1998) implica conductas emocionales como llorar y gritar, como una forma de modificar un mal estado de ánimo, estando evaluadas en conjunto como poco eficaces.

Según diversos estudios se ha encontrado que la descarga afectiva se asocia

negativamente a la afectividad, al ajuste social y a la enfermedad (Compas et al., 2001; Penley et al., 2002). En relación con la expresión verbal de las emociones, es frecuente creer que hablar sobre éstas, incluido el enojo, es beneficioso y que inhibir la comunicación es negativo (Rimé, Finkenauer, Luminet, Zech y Philippot, 1998), aun percibiéndose como medianamente eficaz para la recuperación de la afectividad negativa (Thayer et al, 1994). Sin embargo, hablar refuerza la intensidad y el displacer de las emociones y ayuda a disminuir la activación asociada al enojo, tristeza, etc.

Otra estrategia, la evitación, implica una desconexión mental o evitación cognitiva y/o conductual, evitación del problema, denegación, alejamiento voluntaria y huida, que implicarían esfuerzos por desengancharse o estar lejos de la transacción estresante o de un entorno que no es contingente con las necesidades y metas de la persona. La distracción no se incluye en esta estrategia según los estudios (Skinner et al., 2003).

La estrategia de evitación, por su parte, no constituye un estilo efectivo en cuanto que predice más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y, además, no protege a los pacientes del malestar psicológico y del *distress* emocional, ya que se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión (Carrobbles, Remor y Rodríguez, 2003; Welch y Austin, 2001).

El concepto de autofocalización negativa fue planteado por Sandin y Chorot (2003), como una dimensión primaria del afrontamiento; esto autores en sus primeros trabajos no encontraron apoyo empírico para algunas dimensiones del afrontamiento que presentaban carácter negativo, como la autculpa, la negación, la resignación y el autoaislamiento, aunque observaron que estas variables solían saturar en una misma dimensión del afrontamiento, dimensión que denominaron autofocalización negativa por el carácter negativo común a todas ellas. Según Ramírez y Hernández (2007) la autofocalización negativa es una forma de afrontamiento relacionado a altos niveles de estrés percibido, es el lado opuesto a la reevaluación positiva, es decir, enfocarse a lo negativo de sí mismo, como responsable del problema. Un mayor uso de este estilo de afrontamiento indica un mayor autoconvencimiento negativo, autculpa, indefensión y sentimientos de incapacidad para resolver la situación, asumiendo que las cosas suelen salir mal, por lo que no hacen nada para resolver la situación. Este estilo, considerado pasivo, implica una tendencia a perder el

control sobre la situación y que pasa a depender de otros.

Finalmente, la estrategia denominada religión hace referencia a la participación y creencia en rituales públicos, privados y de espiritualidad que pueden facilitar la solución del problema. Esta estrategia se ha asociado al bienestar. El afrontamiento mediante rezar y participar en ritos religiosos, mencionado frecuentemente en poblaciones de EEUU, se considera efectivo, presentando funciones psicológicas para la adaptación (ayuda a dar sentido y amortiguar el estrés) (Campos et al., 2005).

Algunos hallazgos asociados a la influencia de la espiritualidad en la salud física señalan que las personas que regularmente asisten a la iglesia, oran individualmente y leen la Biblia, sufren menos hospitalizaciones, tienden a tener estilos de vida más saludables, tienden a evitar el abuso de alcohol, de drogas, así como de comportamientos sexuales de riesgo (Koenig, 2001). Del mismo modo, se ha visto que las creencias religiosas y espirituales contribuyen a la habilidad para enfrentar efectivamente con la enfermedad, discapacidad y eventos vitales.

En el mismo sentido, un estudio de religiosidad y bienestar en pacientes geriátricos encontró que aquellos pacientes que no eran activos religiosamente tenían niveles más altos del uso de alcohol y tabaco, depresión, ansiedad y cáncer, que aquellos que eran muy activos religiosamente, los que, además, disfrutaban de buena salud física y mental (Chatters, Taylor, Jackson y Lincoln, 2008).

2.4.4. Estrategias de afrontamiento en el adulto mayor.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), ninguna estrategia es en sí misma mejor o peor que otra; la adaptabilidad depende del contexto o situación particular. A veces, se supone que las estrategias dirigidas a controlar el ambiente son las más eficaces y saludables, sin embargo, como señalan los autores Campos, Iraurgi, Páez y Velasco (2004), puesto que muchas fuentes de estrés no pueden dominarse, en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluirá todo aquello que sirva al individuo para tolerar, minimizar, aceptar e incluso ignorar lo que no pueda controlar. Es importante destacar que la eficacia de las estrategias de supervivencia depende del contexto en el que se utilizan (Lazarus, 1993).

Los resultados obtenidos en diversas investigaciones apoyan el supuesto de que el tipo de situación generadora de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos varían de acuerdo a las distintas etapas evolutivas (Aldwin, 1991; Benedet, Martínez y Alejandre, 1998; Folkman et al. 1987; Lazarus y Folkman, 1986). Para autores como Gutmann (1974) o Pfeiffer (1977), a medida que las personas envejecen se vuelven más pasivas en la aplicación de estrategias de afrontamiento, es decir, pasan de un estilo de afrontamiento centrado en el problema a uno centrado en la emoción, aspecto también señalado por Carver y Connor (2010), según los cuales, con la edad existe una disminución en este tipo de estrategias. En esta línea, y a partir de los datos del trabajo de Folkman et al. (1987), se puede observar que, en las personas más jóvenes, cuyo desarrollo se produce generalmente en contextos cambiantes, el patrón de afrontamiento es más activo y se caracteriza por un énfasis en los modos centrados en el problema. Por el contrario, en las personas mayores, en contextos menos cambiantes, sus patrones de afrontamiento se caracterizan por un énfasis en los modos centrados en las emociones (LaChapelle y Hadjistavropoulos, 2005).

Los resultados obtenidos en el trabajo de Meléndez, Mayordomo, Sancho y Tomás (2012) muestran un efecto principal en el uso de estrategias de afrontamiento en función de tres grupos de edad (jóvenes, adultos y adultos mayores) con niveles similares en el uso de estrategias centradas en el problema para los grupos, excepto las diferencias observadas entre adultos y ancianos en la categoría focalizado en la solución del problema, en la que sí se observa una disminución significativa, al igual que en la búsqueda de apoyo social. En cambio, el grupo de adultos mayores mostraron puntuaciones más altas que los adultos y los jóvenes en las categorías de autofocalización negativa y religión, que son definidas como propias del afrontamiento centrado en la emoción.

Se debe tener en cuenta, que las personas mayores a menudo deben hacer frente a diversas situaciones propias de la edad, situaciones que se evaluarán como daño o pérdida (Folkman y Lazarus, 1980; Martin et al., 2008; Rodin, 1986). Así, percibirse como ineficaz hace a la persona mayor más vulnerable al estrés y a la depresión (Bandura, 1997; Pearlin y Skaff, 1995) siendo por tanto, importante destacar la relevancia del análisis del uso de diferentes estrategias de afrontamiento. De este modo y tal y como plantean Heckhausen et

al. (2010), se observa un aumento de las capacidades de control durante la infancia y la adolescencia y un pico en la edad adulta joven y mediana edad, para posteriormente en la vejez ir disminuyendo dada la reducción de las oportunidades de consecución de objetivos concretos de desarrollo.

Por otra parte, son diversos los estudios realizados que analizan los diferentes tipos de afrontamientos usados por los adultos mayores y los efectos al relacionarlos con la salud psicológica. Entre ellos, es importante, señalar el realizado por Penley y colaboradores (2002), los cuales relacionaron los factores del estrés con la salud, y demostraron que cuando se intenta solucionar una situación utilizando estrategias focalizadas en el problema, usando técnicas de afrontamiento confrontativo, los resultados sobre la salud psicológica son negativos; por el contrario cuando se aplican estrategias centradas en el problema, usando técnicas de afrontamiento de planificación del problema y de búsqueda de apoyo, no se obtiene esta asociación. Mientras que, las estrategias centradas en las emociones arrojaron conclusiones más concluyentes, las estrategias de autocontrol y aceptación de la responsabilidad se asociaron con salud psicológica negativa, mientras que el distanciamiento, escape o evitación, y reevaluación positiva no. Es decir, se confirmó que las formas de afrontamiento directo, reevaluación positiva, ciertas medidas del apoyo social y expresión emocional son funcionales, mientras que las estrategias de evitación, aislamiento social, rumiación y abandono son disfuncionales. Según diversas investigaciones, el uso de ambos tipos de afrontamiento (centrado en el problema y en las emociones) disminuyen con el envejecimiento, excepto por el uso de estrategias de búsqueda de apoyo social, que se mantienen estables en el tiempo (Brennan, Holanda, Schutte y Moos, 2012; Lazarus y Folkman, 1986; Moos y Shaefer, 1993), dado que las habilidades sociales constituyen un importante recurso que incide en el éxito del afrontamiento debido al papel de la actividad social en la adaptación humana. De igual manera se asocian más problemas de salud cuando se usan estrategias de supervivencia, sin importar si se centraban en el problema o en las emociones.

Demers, Robichaud, Gelinás, Noreau y Desrosiers (2009), demostraron en sus estudios que una mayor participación está asociada al uso de estrategias de afrontamiento centrado en el problema, pero los resultados son inversos al usar estrategias centradas en

las emociones. Por su parte Gignac et al. (2013) evidenciaron que el uso de afrontamiento basado en estrategias de esfuerzo de autogestión de la salud demostró mayores limitaciones y menos satisfacción vital. Por otra parte, otro estudio cualitativo mostró que los adultos mayores que hacen frente a multimorbilidad, hacen esfuerzos por mantener su participación y la calidad de vida lo más alto posible (Löffler et al., 2012). Otras investigaciones (Baltes et al., 1998; Labouvie-Vief y Diehl, 2000) comprobaron que en la vejez las personas que reorganizan las apreciaciones de las situaciones, prefieren estrategias activas y cognitivas. Hamarat et al. (2001) hallaron que la percepción positiva de la situación crítica y la apreciación de los recursos propios para resolver las crisis, se asocian a un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento y predominio de estrategias centradas en el problema, a la vez que predice la satisfacción vital en adultos mayores.

CAPÍTULO 3

ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN CON REMINISCENCIA

Es de interés tener en cuenta los aspectos que influyen en la calidad de vida del adulto mayor y como optimizar su desarrollo. Es por ello que surgen intervenciones no farmacológicas que pretende facilitar la adaptación del adulto mayor a los cambios que se producen tanto a nivel intrapersonal como en los diferentes contextos de desarrollo donde el sujeto interactúa, suministrándole mecanismos para que adquieran estrategias compensatorias que les ayuden a dar respuestas eficaces ante las demandas del contexto.

De entre los diferentes ámbitos donde el adulto mayor puede poner en marcha esas estrategias compensatorias se encuentran los componentes relacionados con el recuerdo y la memoria y más concretamente con los recuerdos de la propia historia de vida. Recordar conceptos, ideas, nombres, etc., es determinante para dar respuesta, pero mantener la capacidad para incluir los propios recuerdos y hechos que nos definen como seres humanos, dentro de un orden cronológico y con capacidad para revivir lo que ocurrió y como actuamos, es la base para construir nuestro concepto, nuestra definición como ser humano único.

Paliar las posibles consecuencias que el envejecimiento tiene sobre los distintos

componentes cognitivos es un objetivo que diferentes ciencias han intentado resolver no siempre con resultados satisfactorios. Desde la psicología y mediante las terapias no farmacológicas se ha ofrecido un rango de intervenciones que intentan dar solución a diferentes problemas, siendo la reminiscencia una de las terapias que mejores resultados ha mostrado, fundamentados en el método científico. En este apartado se presentan los principales conceptos sobre los que se sustenta este tipo de terapia y como ha ido evolucionando hasta nuestros días. De igual forma, se explicarán las semejanzas y diferencias con otras intervenciones, dado que existe cierta confusión en la literatura científica que ha llevado a que diferentes conceptos sean utilizados como sinónimos, cuando realmente no lo son (Burnside y Haight, 1992). Luego, se hará una breve revisión de distintos estudios que avalan la eficacia de esta técnica como método para mejorar el bienestar y el estado de ánimo en personas mayores, finalizando con el análisis de una de las medidas más difundidas para su evaluación.

1. Recuerdos y memoria.

Los recuerdos modelan las acciones, dirigen y permiten fortalecer la identidad. Es decir, el ser humano es el total de sus recuerdos. Por lo tanto, como plantea Ackerman (2005) cambiar de memoria es cambiar de identidad. La memoria humana, fascinante y compleja, es un proceso psicológico que se plantea como la capacidad de adquirir, almacenar y recuperar información.

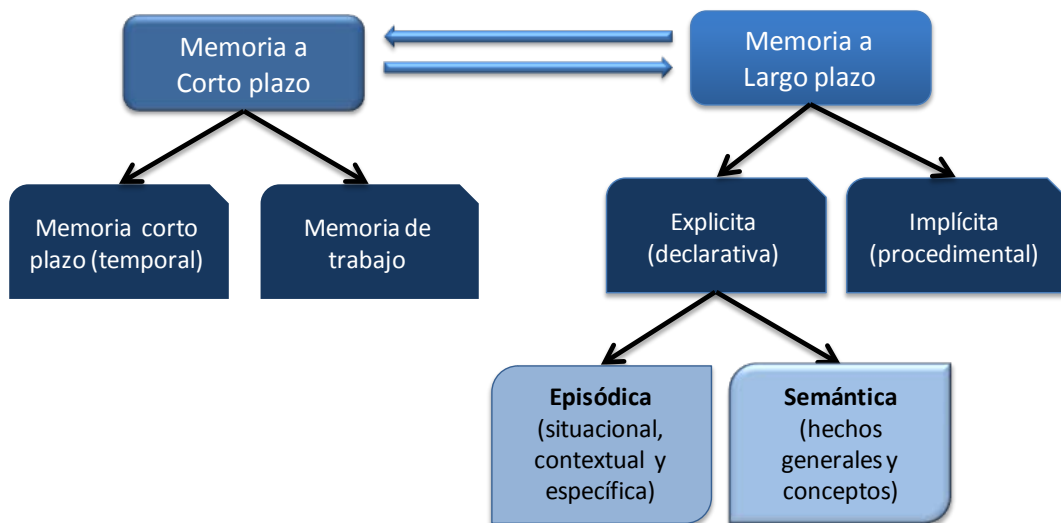
Desde la psicología cognitiva, y tras más de cien años de investigación, se suele hablar acerca de diferentes tipos de sistemas, fases o almacenes de memoria. Así, desde las primeras divisiones tripartitas aportadas por Atkinson y Shiffrin (1968), se ha avanzado en la investigación, llegando a modelos más complejos, como los aportados por Tulving y Schacter (1990) o Schacter y Tulving (1994), en los que se organiza la memoria en diferentes sistemas principales con diferencias importantes entre ellos.

Así, tal y como indica Baddeley (1999) respecto al concepto de memoria, el uso de un único término puede indicar que la memoria es un sistema unitario, aunque complejo, pero

obviamente ésta no es un sistema único, sino muchos. Los sistemas varían en duración de almacenamiento, desde fracciones de segundo hasta una vida entera, y en capacidad de almacenamiento, desde diminutos almacenes momentáneos al sistema de memoria a largo plazo.

En este sentido, Casanova Sotolongo, Casanova Carrillo y Casanova Carrillo (2004) consideran que debe quedar atrás el concepto de la memoria como una simple impresión de huellas que se conservaban y se reanimaban o reproducían de acuerdo con la necesidad. Actualmente, se sabe que la memoria es un sistema funcional complejo, activo por su carácter, que se despliega en el tiempo en una serie de escalones sucesivos, y que se organiza en diferentes niveles. Así, la memoria se refiere a las experiencias y la información que recordamos y al proceso de retención de las experiencias aprendidas, y es por ello que está involucrada en todas las actividades mentales.

Figura 8: Taxonomía de sistema de memoria.



1.1. Memoria autobiográfica.

Una forma distintiva del recuerdo es la denominada memoria autobiográfica (M.A.), que recoge recuerdos específicos vividos en primera persona y acompañados por un contexto temporal y espacial, así como recuerdos semánticos referidos a conocimientos generales. Tal y como señala Brewer (1986), una característica que la define y la hace

distintiva es que los recuerdos forman parte de un contexto personal, ya que se trata de experiencias que la persona ha vivenciado a lo largo de su ciclo vital.

De este modo, la memoria autobiográfica precisa ser estudiada desde un punto de vista más amplio que el que hace referencia al mero recuerdo objetivo de un suceso. El hecho de que se trate de recuerdos concretos de la vida pasada de la persona, la hace distinta de otros tipos de memoria, siendo la conciencia personal del recuerdo una característica diferencial frente a modelos preferencialmente pasivos, en los que el recuerdo puede ser entendido como un sistema o dispositivo para acumular y recuperar información (Serrano, 2002).

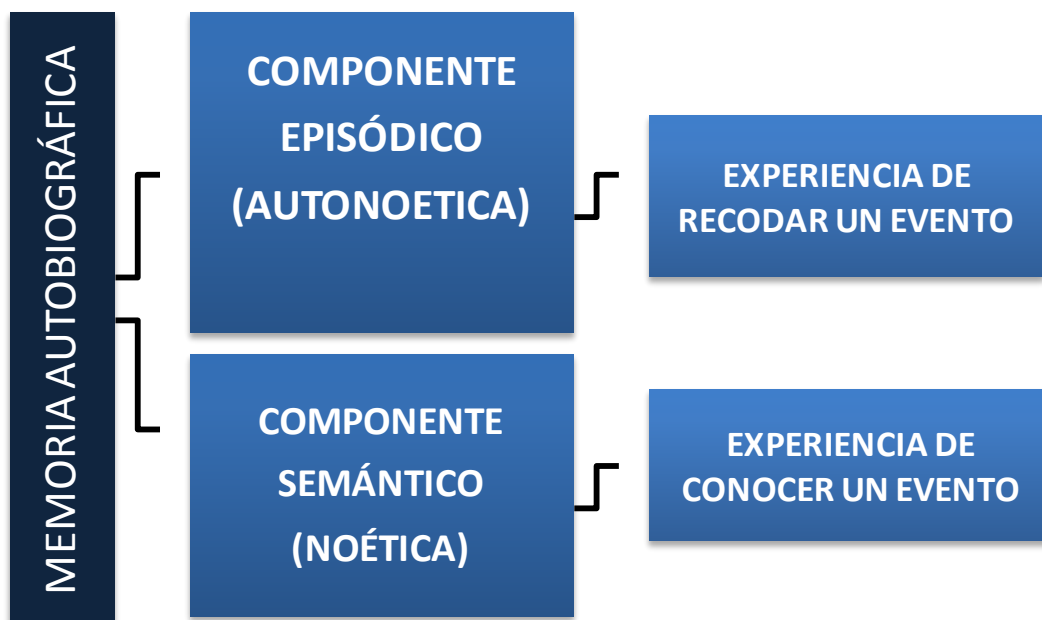
Así pues, la M.A. se define comúnmente por ser un tipo de memoria compuesta por recuerdos referentes al pasado de una persona, conformada por información sobre lugares, acciones, personas, objetos, pensamientos y afectos. Conway, Singer y Tagini (2004) y Fivush (1988) la definen como la memoria de nuestro self (de nuestra identidad) en relación con el mundo y con el resto de personas. Así, los recuerdos autobiográficos, además de situarse en un espacio y tiempo específicos al igual que cualquier otro recuerdo, también guardan relación con el individuo, es decir, la persona vivió en primera persona el hecho pasado a recordar y no solo tiene conciencia del hecho objetivo, sino de la propia sensación, percepción e interpretación.

Tradicionalmente, la memoria autobiográfica se ha considerado como una forma de memoria episódica, y por tanto se concebía como el recuerdo de eventos y episodios de nuestra vida que han ocurrido en un momento temporal determinado. En esta línea, Tulving (2002) planteó que la memoria episódica como tal, integraba dos componentes: el primero hace referencia al recuerdo específico de “qué”, “cuándo” y “dónde” tiene lugar un evento del pasado; el segundo componente implica lo que este autor llamó conciencia auto-noética, que es la conciencia propia de haber vivido dicho evento anteriormente, es decir, realizar mentalmente un viaje en el tiempo a nuestro pasado. En cambio, en la revisión teórica desarrollada por Fivush, Habermas, Waters y Zaman (2011), estos autores defienden componentes separados y siendo el primero de ambos el que conforma la memoria episódica, sin que haya necesariamente conciencia auto-noética. Por lo tanto, afirman que la memoria que realmente posee conciencia auto-noética es la memoria autobiográfica, y

defienden que ésta es la única memoria humana capaz de integrar los recuerdos de eventos vividos (memoria episódica) junto con una perspectiva propia, dando una interpretación y evaluación al recuerdo, en función de uno mismo.

Como Fivush et al. (2011) plantean, la M.A. no puede considerarse únicamente memoria episódica ya que, además de componerse por hechos del pasado, existen otros aspectos relevantes que la hacen distinta. Debe tenerse en cuenta que este tipo de memoria es rica en pensamientos, emociones y evaluaciones sobre lo que paso y proporciona marcos explicativos repletos de intenciones y motivaciones, es decir comprende la historia de la vida, con abundancia de interacciones y relaciones, proporcionan un sentido de sí mismo, a través de identidad narrativa (Fivush et al., 2011; Habermas y Bluck, 2000). Conway y Pleydell-Pearce (2000) propusieron que los recuerdos autobiográficos son construcciones mentales transitorias generadas a partir de una base de conocimiento autobiográfico donde el conocimiento se lleva a cabo en diferentes niveles de especificidad. Es decir, esta memoria está compuesta por componentes episódicos y semánticos de acuerdo con la naturaleza de la experiencia recordada (Brewer, 1996; Tulving, 2002) tal y como se observa en la figura 9.

Figura 9. Componentes de la Memoria Autobiográfica.



Siguiendo con la distinción de ambos componentes, Tulving y Markowitsch (1998) asocian a cada uno de ellos, un estado de consciencia diferente: por un lado, la consciencia auto-noética, asociada al componente episódico y por otro, la consciencia noética, asociada al

componente semántico (Piolino, Desgranges y Eustache, 2009; Tulving, 2002).

La conciencia auto-noética es definida como una capacidad que permite a los seres humanos ser conscientes de su existencia en un tiempo experimentado subjetivamente (Tulving, 1985; 2001). Es decir, es el sentimiento de reexperimentar un evento ya vivido, viajar subjetivamente en el tiempo a nuestro pasado. La conciencia auto-noética brinda a la experiencia de rememoración un particular sabor, propio del recordar. Por el contrario, la conciencia noética propia de la memoria semántica, posibilita considerar hechos que trascienden el entorno presente y operar cognitivamente con ellos, estableciendo relaciones entre eventos y objetos en ausencia de éstos. Refleja la experiencia de conocimiento, contextual y genérica, mostrando un sentimiento de familiaridad o de saber acerca del mundo, sus objetos, sus hechos, relaciones y regularidades. Es la parte semántica de la MA, la capacidad de estar al tanto de la información sobre el mundo en ausencia de cualquier recuerdo.

1.1.1. Funciones del Recuerdo Autobiográfico.

Desde una perspectiva cognitiva la investigación sobre memoria autobiográfica se ha interesado en el estudio de la organización y los procesos de almacenaje y evocación de recuerdos, incluyendo en sus modelos asociaciones con los conceptos de emoción, sí mismo y personalidad (Haight y Webster, 2002).

Desde la psicología del desarrollo, la memoria autobiográfica ha permitido que se realicen estudios explorando como se va desarrollando la memoria a lo largo del ciclo vital. Las consideraciones sobre el sí mismo y la identidad como aspectos centrales del estudio de la memoria autobiográfica, son aportes claves de esta línea teórica, así como de la psicología social y de la personalidad, que subrayan el sentido de continuidad asociado a la memoria autobiográfica.

Es importante destacar a Pillemer (1992) que realizó una categorización de la memoria autobiográfica desde una perspectiva psicodinámica, como: función para el sí mismo (continuidad, integridad, coherencia, auto-conocimiento), función directiva (planificación y toma de decisiones sobre comportamientos y situaciones presentes y futuras) y función comunicativa (interacción social, empatía y vinculación social). Estas tres funciones tienen etiquetas que no necesariamente representan categorías discretas en el

comportamiento cotidiano, ya que uno puede recordar un hecho específico de auto continuidad con el fin de favorecer una función directiva o social. Existen muchas formulaciones teóricas de las clasificaciones de la función de la memoria en la continuidad del self, pero la gran mayoría comparte la idea de Pillemer (1992) que hace hincapié en la importancia psicológica y emocional para el self de recordar su propio pasado.

Williams, Conway y Cohen (2008) mantienen la clasificación de Pillemer (1992) de las funciones de la MA, y la distinguen como directiva, social y del self (tabla 4).

Tabla 4. Funciones de la Memoria Autobiográfica.

Funciones de la memoria Autobiográfica	Características
Función directiva	Utiliza las experiencias del pasado como referencia para la solución de los problemas actuales y una guía para nuestras acciones en el presente y el futuro.
Función social	Desarrolla y mantiene vínculos sociales, proporcionando material a la gente para conversar, compartiendo recuerdos personales con los demás, es una forma de facilitar la interacción social
Función del Self	Crear y mantener una identidad coherente en el tiempo. Esta auto-continuidad es la que se refiere más a la función de auto-representante de la memoria autobiográfica. Un auto-identidad estable permite la evaluación de las experiencias pasadas, conocida como reflexión de vida, que conduce a la auto-comprensión y, a menudo auto-crecimiento.

Es importante destacar que las funciones anteriores se mantienen en diversas investigaciones, siendo las tres funciones principales de la memoria autobiográfica: las funciones psicológicas, sociales y emocionales, las cuales se organizaran en torno a tres categorías: la autodefinición, relaciones sociales y autorregulación (Fivush, 2011; Fivush et al., 2011).

La *autodefinición*, que como ya se ha planteado, hace referencia al desarrollo de la personalidad y al mantenimiento de un sentido coherente del yo. Los recuerdos del yo son referencias altamente accesibles que influyen en la asignación de significados a otros recuerdos autobiográficos y están sujetos a continuas activaciones enfocadas a la consecución de metas (Rasmussen y Berntsen, 2009). De igual forma esta función preserva el estado de ánimo y la regulación del autoconcepto (Cohen, 1998).

La *autorregulación* representa el papel del recuerdo autobiográfico en la resolución

de problemas y la posibilidad de regir la conducta futura. (Robinson y Swanson, 1990). Esto es lo que se conoce como razonamiento autobiográfico, la creación de conexiones entre periodos distantes de la vida (pasado y presente), acontecimientos recordados y el desarrollo de la personalidad (Habermas, 2011).

Las *relaciones sociales* relacionadas con la posibilidad de compartir recuerdos con otros individuos, situación interactiva que posibilita presentar el yo en contextos sociales. A través de los recuerdos autobiográficos se construyen y mantienen relaciones interpersonales. Relatar experiencias vividas facilita la comunicación, la creación de vínculos sociales y la intimidad, sea porque el oyente comparta el significado de la experiencia o porque el narrador ofrezca información autobiográfica reveladora que se desconoce (Alea y Bluck, 2007; Rasmussen y Berntsen, 2009).

Partiendo de lo anterior, describir las funciones de la MA posibilita explicar la comprensión que se tiene del yo y del otro, como la forma en que los individuos crean un sentido de sí mismos continuo y coherente a través del tiempo, con un pasado que explica el presente y se proyecta hacia el futuro, un individuo engranado en las estructuras de la sociedad (familia, comunidad) y en el sistema cultural (Beltran, Moreno, Polo y Elena, 2012).

Es importante destacar que, la memoria autobiográfica tiene como característica la inclusión de detalles e imágenes específicas del evento, memorias completas para eventos particulares (recuerdos personales; Brewer, 1996), períodos de vida e historia de vida completa (Bluck y Habermas, 2000). Es decir, hay muchos niveles de especificidad de la memoria autobiográfica (Conway, 1992). La Reminiscencia es una forma particularmente interesante de recuerdos autobiográficos. Esos recuerdos son particulares de cada uno de nosotros y tienen la característica de ser personalmente significativos, los mismos son repetidos, reflexionados e interpretados y luego en su mayoría compartidos con otras personas. Es decir, existen recuerdos autobiográficos que funcionan simplemente como fuentes de información, pero la reminiscencia tiene como función principal las necesidades psicosociales (Wong, 1995; Bluck y Alea, 2002).

2. Las intervenciones no farmacológicas.

El concepto de terapias no farmacológicas (TNF) se viene utilizando desde hace varias décadas para referirse a intervenciones que, a través de agentes no químicos, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas. Las terapias o intervenciones no farmacológicas, también suele ser llamadas terapias blandas (Tárraga, 1997), y son un claro ejemplo de la reorientación que desde la psicología están teniendo los objetivos de intervención en las personas en proceso de envejecimiento y del énfasis puesto en el aumento de la calidad de vida y del bienestar personal. Las TFN están teniendo una alta aceptación y expansión en todo el mundo, debido a los datos informados desde las publicaciones científicas de los efectos positivos que tienen las mismas tanto en adultos mayores sanos, como en patológicos. Es clave señalar que las TNF han de estar basadas en el método científico, es decir, deben ofrecer intervenciones con resultados positivos predecibles y replicables que enriquezcan y aporten racionalidad a los cuidados de la persona. Desde su aparición en la década de los años sesenta las TFN han ido evolucionando tanto en sus diseños y metodología como en relación a la definición de los objetivos y las técnicas a aplicar para la consecución de los mismos, de este modo, el “todo vale” ha sido abandonado para buscar técnicas testadas que ofrezcan eficacia comprobada estadísticamente.

Una importante evolución en este tipo de terapias se produce a partir de finales de la década de los ochenta, cuando los programas de intervención comienzan a basarse en diseños fundamentados en modelos aportados desde la psicología cognitiva y orientados a la mejora de las distintas funciones y procesos cognitivos como la memoria, el lenguaje, la ejecución práctica o los procesos perceptivos y de reconocimiento gnóstico.

Entre los años 2004 y 2006 un grupo internacional de expertos del INPTP (*International Non-Pharmacological Therapies Project*) propuso una definición y unos criterios de clasificación para las terapias no farmacológicas (TNF). De esta forma una TNF quedó definida como una intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre la persona enferma o la persona cuidadora y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante (Olazarán y Clare, 2006).

De este modo, este es un campo de conocimiento en continuo progreso, y en la

actualidad, asistimos a una tendencia ecléctica dentro del panorama de las intervenciones no farmacológicas en personas mayores, al ser frecuente encontrar programas de intervención que conjugan diferentes enfoques y aportaciones técnicas siempre que aúnen objetivos comunes. Objetivos, como ya se ha mencionado anteriormente, que están orientados principalmente a la mejora de la calidad de vida de la persona, y que se relacionan con el fomento del nivel de autonomía personal, la potenciación de las capacidades y habilidades (cognitivas, funcionales y sociales) todavía preservadas, el enlentecimiento del proceso de deterioro, así como con el fortalecimiento de la autoestima y la mejora del estado psicoafectivo.

Durante los últimos años, a causa del crecimiento de la población adulta, disciplinas como psicología, medicina, gerontología, sociología, entre otras, se han preocupado por estudiar diversas variables en esta etapa del ciclo vital y por contribuir al desarrollo de teorías e instrumentos que permitan un acercamiento integral al adulto mayor. Específicamente, en el caso de la psicología, se pretende que los psicólogos contribuyan con el diseño de medidas fiables que permitan una evaluación y seguimiento de los programas de intervención y que se preocupen por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual y la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social que lo rodea.

Tal y como señalan Olazarán et al. (2010) entre las principales limitaciones que este tipo de intervenciones han mostrado se encuentra la utilización de grupos pequeños y mal definidos, así como una mala estructuración de las sesiones, con ausencia de un modelo teórico, y falta de medidas ciegas para evaluar los resultados, lo que ha llevado a desprestigiar un tipo de técnicas que ofrecen soluciones eficaces cuando la química no llega; curiosamente y debido a la ausencia generalizada de efectos secundarios y su flexibilidad a la hora de ser adaptadas a casos individuales, las TNFs podrían ser la terapia de primera elección para modificar conductas y cogniciones concretas.

López-Pousa et al. (2000) consideran que el tratamiento farmacológico tiene un beneficio a corto plazo, ya que éste se centra en la parte bioquímica de la persona, excluyendo otras áreas que integran al ser humano, tales como la psicológica, social y

familiar; por su parte según Berjano (2002) todas aquellas acciones dirigidas a preservar la salud en el adulto mayor deben estar dirigidas al mantenimiento de la autonomía personal, aspecto que proporcionaría una mayor satisfacción en personas de edad avanzada.

Por tanto, cualquier TNF ha de tener en cuenta las características de la persona a la que se dirige, siendo los principales dominios acordados como relevantes para la medición del efecto la calidad de vida, la cognición, las actividades de la vida diaria (AVD), la conducta, la afectividad, el dominio físico-motor, el bienestar y calidad de vida del cuidador, la institucionalización y los costes. Por lo que se refiere a las terapias orientadas al sujeto, aunque este trabajo se centrará en la aplicación de terapia mediante reminiscencia, destacan otra serie de intervenciones no siempre con el mismo nivel de especificación de resultados y efectividad.

Posiblemente una de las intervenciones que mayor repercusión ha tenido es la denominada estimulación cognitiva. La Estimulación Cognitiva es un conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxis) mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se articulan y estructuran a través de programas de intervención. Este término ha recibido denominaciones diversas: entrenamiento cognitivo, intervención cognitiva, rehabilitación cognitiva, neurorehabilitación, etc., sin embargo y aunque en muchas ocasiones se utilizan de forma indiferenciada, existen matices conceptuales importantes que hacen que no puedan ser consideradas como sinónimos.

La estimulación cognitiva, como técnica, se basa en la característica de plasticidad cerebral que tiene el sistema nervioso, aún en el envejecimiento, de modo que se refiere a la capacidad adaptativa del cerebro para modificar su organización estructural y funcional, en virtud de las experiencias vividas por el individuo. Esto implica que pese a los cambios cerebrales que conlleva el aumento de edad, el cerebro puede reorganizarse y así permitir tanto el mantenimiento de las funciones cognitivas de la persona como el desarrollo de nuevas habilidades. La finalidad última de la estimulación cognitiva es favorecer la participación activa y el desempeño autónomo y funcional de los adultos mayores en las actividades que desempeñan normalmente o en otras nuevas que deseen aprender, de

manera de impactar positivamente en su calidad de vida.

Otra de las técnicas que mayor repercusión ha tenido es el Entrenamiento Cognitivo que se basa en el aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas específicas; p.e., asociación de nombres y caras a través de la elaboración de relaciones semánticas por parte del propio paciente; así, el objetivo de esta técnica no solo es estimular y mantener las capacidades mentales sino obtener un mejor rendimiento cognitivo, mejorar la función cognitiva. Para ello, los programas de entrenamiento cognitivo se basan en un análisis detallado de las capacidades cognitivas, combinando técnicas clásicas del entrenamiento, del aprendizaje y de la rehabilitación cognitiva. Esta se puede ofrecer a través de sesiones individuales o grupales con apoyo terapéutico (Jean, Bergeron, Thivierge y Simard, 2010).

Por su parte, la Rehabilitación Cognitiva implica el aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas mediante estrategias altamente individualizadas, dirigido a mantener o a recuperar capacidades funcionales o sociales relevantes para el enfermo. Generalmente en esta técnica se aplican un conjunto estructurado de actividades terapéuticas, que están especialmente diseñadas para re-entrenar las habilidades de aquellos individuos que han sufrido algún tipo de déficit cognitivo tras una lesión o enfermedad (sea el daño cerebral estructural o funcional). Es un proceso dinámico y educativo dirigido a disminuir los déficits que padecen algunas personas que pretende recuperar o mejorar una función que se ha desarrollado adecuadamente, pero que por alguna causa o acontecimiento se ha perdido o deteriorado (Wilson, 2002).

La Orientación de la Realidad, es una técnica que se utiliza en aquellos sujetos que sufren confusión y alteraciones de la orientación y la memoria, y tiene como objetivo que éstos compensen o reaprendan datos sobre sí mismos y sobre su entorno. La misma fue descrita por Folsom en 1968 como una técnica para mejorar la calidad de vida de personas ancianas con estados de confusión, aunque sus orígenes se remontan a los intentos por rehabilitar a veteranos de guerra y no al ámbito del trabajo geriátrico. Los efectos positivos de la orientación de la realidad son conductuales y cognitivos (Spector, Orrell, Davies y Woods, 2004), se reduce la confusión y se evita la desconexión del entorno. Es apropiada en diversas formas de demencia y en varios trastornos cognitivos.

Además de estas, otras terapias que actualmente se están utilizando dentro de la TNF

son: el entrenamiento AVD, práctica guiada mediante la mínima ayuda necesaria, ofrecida de forma gradual con el fin de mantener la mayor autonomía posible en dicha actividad; la musicoterapia, utilización de la música de forma activa o pasiva, dirigida a estimular capacidades cognitivas, a provocar un refuerzo afectivo y a mejorar el estado físico; las terapias de apoyo y psicoterapia, planteadas como el aprendizaje de estrategias cognitivo-conductuales para soportar el estrés derivado de la pérdida de capacidades cognitivas; las intervenciones conductuales, entendidas como actuaciones basadas en el análisis de los antecedentes y consecuencias de la conducta, con vistas a reforzar las conductas adaptadas, y a modificar las conductas que desadaptadas; las intervenciones sensoriales, con utilización de estímulos dirigidos a alguno de los sentidos, con el fin de favorecer las operaciones cognitivas o de mejorar la afectividad o la conducta, destacando la estimulación multisensorial o *snoezelen*; la terapia con animales, con utilización de animales de compañía para motivar al paciente y provocar una mejoría global (cognitiva, afectiva y social; y el ejercicio físico, que con una ejecución guiada de ejercicio aeróbico se pretende mejorar la resistencia, la flexibilidad el equilibrio y la coordinación.

Finalmente, dos tipos de intervención que en los últimos años están teniendo una importante incidencia en el ámbito de los adultos mayores son la terapia de reminiscencia, en la que se basa este trabajo y que posteriormente se desarrollará y las intervenciones basadas en *mindfulness*.

Derivado de antiguas prácticas budistas y del yoga, las intervenciones basadas en la atención plena o *mindfulness* han supuesto una revolución en el ámbito de las ciencias de la salud en los últimos años y su eficacia ha sido constatada en múltiples contextos clínicos y no clínicos (ver meta-análisis de Visted, Vøllestad, Nielsen y Nielsen, 2014). El *mindfulness* se refiere a un proceso que conduce a un estado mental caracterizado por la conciencia sin prejuicios en el presente momento, incluyendo las propias sensaciones, pensamientos, estados corporales, la conciencia y el medio ambiente, fomentando al mismo tiempo la apertura, la curiosidad y la aceptación (Bishop et al., 2004).

Aunque algunos investigadores se centran casi exclusivamente en los aspectos de atención del *mindfulness* (por ejemplo, Brown y Ryan, 2003), la mayoría de investigadores y terapeutas siguen el modelo de Bishop et al. (2004), que distingue dos componentes de la

atención plena, uno que implica la auto-regulación de la atención y otro que implica una orientación hacia el momento presente caracterizado por la curiosidad, apertura y aceptación. La autorregulación de la atención se refiere a la observación no elaborativa y la conciencia de las sensaciones, pensamientos o sentimientos de momento a momento. La orientación a la experiencia se refiere a la clase de actitud que se tiene hacia la propia experiencia, específicamente una actitud de indagación, apertura y aprobación (que no es la misma que la pasividad o resignación). De este modo, el *mindfulness* ha sido conceptualizado en términos generales como un estado en el que se es muy consciente y se centra en la realidad del momento presente, aceptando y reconociendo, sin quedar atrapados en pensamientos acerca de la situación o en las reacciones emocionales ante la situación (Kabat-Zinn, 1990, 2014). De esta manera, el *mindfulness* se caracteriza por una desapasionada, no evaluativa y sostenida conciencia momento a momento de los estados y procesos mentales perceptibles.

Uno de los efectos demostrados de este tipo de terapia es la mejora de la capacidad de afrontamiento y adaptación a las situaciones estresantes (Weinstein, Brown y Ryan, 2009). Concretamente, al ser capaces de observar de forma consciente la situación observando de forma objetiva los aspectos internos, pensamientos y emociones que están sucediendo, en vez de centrarse en los patrones de pensamiento negativos o distorsionados, es más probable afrontar la situación de forma adaptativa (McCullough, Orsulak, Brandon y Akers, 2007).

Dentro de este tipo de intervención se pueden diferenciar distintos tipos de intervención como el *mindfulness* basado en terapia cognitiva (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT; Segal, Teasdale y Williams, 2002), el *mindfulness* basado en la prevención de recaídas (*Mindfulness-Based Relapse Prevention*, MBRP; Bowen, Chawla y Marlatt, 2013) o el *mindfulness* basado en la reducción del estrés (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR; Kabat-Zinn, 1999), que se está utilizando ampliamente para enseñar a los pacientes a autogestionar el estrés y la angustia emocional comúnmente asociado con una serie de enfermedades crónicas y, como un enfoque de tratamiento psicosocial a algunos trastornos psiquiátricos. Además, otras terapias añaden *mindfulness* como un elemento fundamental de su intervención, es el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Finalmente, cabe destacar el auge de los programas de

intervención basados en *mindfulness* y compasión (Neff y Germer, 2013) cuyos beneficios han sido también constatados (Pérez-Blasco, Sales, Meléndez y Mayordomo (2016).

3. Terapia de Reminiscencia.

3.1. La Reminiscencia y el vínculo para recordar.

Como ya hemos visto, una de las características del adulto mayor es la capacidad de recurrir al pasado como forma de modelo hacia el futuro, además esa necesidad no es simplemente una elección sino más bien una condición psicológica, pero esos recuerdos también tienen una característica específica, ya que no son solo de hechos recientes sino también de eventos autobiográficos distantes, de esta manera se puede entender el valor agregado que tienen las actividades de reminiscencia (Squire y Schacter, 2003; Schacter, 1996).

La reminiscencia y la memoria autobiográfica tiene raíces distintas, primero la reminiscencia se basa en la teoría psicodinámica (Butler, 1963); mientras que la investigación con memoria autobiográfica surge de la psicología cognitiva (Neisser, 1978). Pero un vínculo importante entre estas dos áreas es que cada una requiere la comprensión de las funciones de recordar y pensar en el pasado.

La reminiscencia como función que permite recordar pensando o relatando hechos, actos o vivencias del pasado, es una actividad psíquica universal que parece ser necesaria en el envejecimiento y en la vejez, en tanto favorece la integración del pasado con el presente, brinda continuidad, refuerza la identidad, aumenta la autoestima y permite la resignificación (Butler, 2002; Gibson, 2011; Schacter, 1996; Webster y Haight, 2002; Westerhof, Bohlmeijer y Webster, 2010)

Por su parte, Chaudhury (1999) añade que la reminiscencia sirve a múltiples propósitos para la identidad en los ancianos: a) contribuye al mantenimiento de la autoestima en un momento de declive físico y cognitivo; b) preserva la identidad como fundamento de la estabilidad psicológica; y c) en contextos sociales, transmite conocimientos a generaciones futuras. La reminiscencia inclusive es recomendada para

adultos mayores con demencia, como por ejemplo la enfermedad de Alzheimer, por su potencial terapéutico (Birren y Cochran, 2001; Butler, 2002; Gibson, 2004; Haight y Webster, 2002; González, Mayordomo, Torres, Sales y Meléndez, 2015; Woods et al., 2005).

Finalmente, Schacter (1996) sugiere también otro elemento que explica la importancia del recuerdo autobiográfico en el adulto mayor. Advierte que ella está ligada a la habilidad de “cuenta-cuentos” (“*storytellers*”) de los adultos mayores, de cruciales implicaciones sociales y culturales. Explica que, dado que muchos de los recuerdos autobiográficos de los viejos y de las memorias colectivas de las sociedades derivan de eventos del pasado remoto, los adultos mayores pueden acceder a recuerdos altamente elaborados y estructurados de sus propias biografías que son de gran relevancia social.

Así, quien recuerda y narra su relato autobiográfico, se impone como tarea el contar su propia historia; se trata de reunir los elementos dispersos de su vida personal y agruparlos en un esquema de conjunto en donde la experiencia a través de la conciencia del recuerdo, imprime, en el acto mismo de su recapitulación, un nuevo significado (Gusdorf, 1991).

Fivush y Haden (2003) han reconocido a la reminiscencia como un componente crítico y esencial de la memoria autobiográfica, de la misma forma que McAdams (2003) la conceptualiza como el acto por medio del cual la identidad se convierte en historia, en escenarios, escenas, personajes, eventos, trama y temas a partir de la memoria autobiográfica. En general, el término reminiscencia se relaciona con la idea de pensar o hablar sobre la propia experiencia vital para compartir recuerdos o reflexionar sobre el pasado, por lo que supone un adecuado funcionamiento de la memoria autobiográfica; así como la existencia posible de variados tipos de reminiscencia y muchas razones para llevarla a cabo, inclusive dentro de formatos más formales y estructurados.

3.2. Conceptualizando reminiscencia.

Las ciencias sociales desde tiempos atrás han usado como unos de sus enfoques principales la narración de hechos para la comprensión de la condición humana. Con este enfoque narrativo se puede estudiar aspectos como son: la personalidad (Hooker y

McAdams, 2003, McAdams y Pals, 2006), la salud mental (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers y Smit, 2007), la memoria autobiográfica (Pasupathi, Weeks y Rice, 2006) y el auto-desarrollo (McLean, Pasupathi y Pals, 2007; Robyn y Haden, 2003).

De igual forma esas narraciones sirven de punto de partida para conocer situaciones pasadas que podrían estar afectando todo el funcionamiento del ser humano, tanto mental como psicológico. Erik Erickson mostró su interés en conocer de manera particular los recuerdos con la teoría del desarrollo, poniendo el énfasis en la vida útil, las tareas de la vida y el logro de la integridad, que se describe como la aceptación del propio ciclo de vida, como algo que tenía que ser y que, por necesidad, no permite sustituciones (Erikson, 1982).

El término Reminiscencia es una noción fundamental en la teoría del conocimiento. Además, algunos autores la plantean como una actividad mental organizada, compleja y que posee una finalidad significativa, ya que permite al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad (Salvarezza, 1988).

Kovach (1991) la define como un proceso en donde adquirimos significado existencial personal y como un mecanismo de adaptación al estrés. Mientras que Burnside y Haight (1992) hacen una definición operativa de la reminiscencia, un proceso de recordar lo olvidado a lo largo de experiencias y acontecimientos que son memorables a la persona.

Señalar que, autores como Woods, Portnoy, Head y Jones (1992) la han definido como el retiro vocal o silencioso de los acontecimientos en la vida de una persona, ya sea solo, con otra persona o con un grupo de personas. Esta se puede realizar de manera grupal o individual, además para la realización de esta técnica no se necesitan grandes recursos, solo la disponibilidad de tiempo y la habilidad de escuchar con atención.

Así, la reminiscencia consiste en una manera de reactivar el pasado personal y de ayudar a mantener la propia identidad (Peña-Casanova, 1999), es decir, las personas pueden identificar cualidades pasadas que las definen como son, por lo tanto, vienen a fortalecer su propio "yo". Del mismo modo, la reminiscencia es vista como la generadora de recuerdos e interpretaciones en el presente de acontecimientos vitales que experimentamos en algún momento de nuestro pasado, generalmente de nuestro pasado lejano (Webster, 2003).

La Reminiscencia puede ser espontánea o intencionada, individual o social, exacta o

de reconstrucción (Westerhof et al., 2010), siendo este un proceso universal en el que se recuerdan situaciones del pasado (Bluck y Levine, 1998; Westerhof et al., 2010), siendo estas situaciones y experiencias del pasado personalmente significativas (Pinquart y Forstmeier, 2012).

En resumen, la reminiscencia es un proceso o un acto de recordar con ayuda de la memoria autobiográfica que puede ser intencional o no; estos acontecimientos pasados que están cargados de significación personal, pueden lograr acuerdos con conflictos pasados, dar significado a la existencia, mejorar el autoconcepto o fortalecer la identidad. De igual forma, la reminiscencia constituye el recuerdo sistemático de memorias antiguas, recordar hechos personales en toda su amplitud, ruidos, olores, imágenes, emociones, siendo por tanto una manera de activar el pasado personal (Peña-Casanova, 1999). De este modo, la reminiscencia puede ser descrita como el uso organizado y sistemático de memorias y recuerdos para volver a despertar o fortalecer la identidad y la autoestima. Los recuerdos son reconstruidos en relación con auto-esquemas existentes, por lo tanto, el presente es un filtro a través del cual se entiende el pasado (Neisser y Winograd, 1988).

3.3. Historia de la Reminiscencia.

Hablar de reminiscencia nos lleva a reconocer que éste no es un término reciente. El mismo ha seguido atrayendo a investigadores y profesionales desde la publicación en el 1963 del artículo de Butler sobre la revisión de la vida, el cual sirvió como punto de partida para la realización de esta nueva técnica terapéutica.

Butler (1963), propuso la idea de que la revisión de vida es un proceso normativo que todas las personas sufren cuando se dan cuenta que su vida está llegando a su final, señalando luego los beneficios de la aplicación de terapia mediante reminiscencia como forma de adaptación al envejecimiento (Butler, 1996). También, otros autores como McMahon y Rhudick (1964), comienzan a aplicar este tipo de técnicas psicológicas observando que los sujetos de edad avanzada que trabajan sus recuerdos obtienen puntuaciones inferiores en depresión que aquellos que no rememoran sus recuerdos del pasado.

Ya en la década de los 70, se introduce el término de revisión de vida como una intervención terapéutica y comienzan los estudios sobre la relación existente entre lo recordado y la adaptación, situación que convirtió a la revisión de vida y la reminiscencia como objeto de estudios científicos (Coleman 1974, 2005; Havighurst y Glasser, 1972).

De este modo, se puede afirmar que en el periodo inicial de la aplicación de este tipo de tratamiento no farmacológico con personas mayores se realizan diferentes estudios que fortalecen los resultados positivos del uso clínico de las reminiscencias como terapia de intervención. De forma más concreta, señalar que estos trabajos iban dirigidos a demostrar la importancia de la aplicación de la intervención mediante reminiscencia como ayuda a problemas tales como depresión, aislamiento, etc. De forma paralela, surgen también en esta década los primeros análisis que intentan diferenciar entre las diferentes formas de reminiscencia (Coleman, 1974) y la importancia de las mismas para un envejecimiento exitoso (Butler, 1963).

En los 80, la reminiscencia llega a tener una brecha de credibilidad importante, pues la aplicación de la misma ya está basada en una gran cantidad de resultados de investigación en relación a los beneficios de la terapia. De este modo, los estudios realizados profundizan sobre los resultados y la eficacia de intervención terapéutica analizando principalmente los efectos sobre la depresión, la autoestima y la satisfacción de vida, a menudo con resultados contradictorios.

Desde luego en esta época el interés por la reminiscencia creció de forma considerable en donde encontramos diversos investigadores que comienzan afirmar que la reminiscencia juega un papel relevante en el envejecimiento exitoso (Coleman, 1986; Disch, 1988). Goldstein (1987) informó que la reminiscencia puede mejorar el bienestar y reducir el aislamiento en pacientes geriátricos. Magee (1988) informó que los temas poéticos de revisión de la vida ayudan a mejorar el significado personal y son especialmente útiles para sujetos introvertidos y personas mayores con problemas. Haight (1988) encontró que la revisión de vida estructurada puede ser terapéutica para los ancianos confinados en casa.

Dentro de este marco de investigación en el que se habían señalado importantes beneficios terapéuticos, comienzan a realizarse estudios en los que se indican diferentes limitaciones que ponen en duda su utilidad; así, se señalan: la falta de claridad conceptual, la

falta de evidencia de algunos supuestos básicos sobre revisión de la vida, la evidencia contradictoria de los supuestos efectos terapéuticos, una relativa escasez de instrumentos psicométricamente adecuados, un mal diseño experimental o las desarticuladas o débiles conexiones teóricas (Chiang et al., 2009).

Sin embargo, es sólo en años relativamente recientes, como resultado de nuevos conocimientos y estudios más rigurosos cuando surgen justificaciones sólidas que sirven de base para la implementación y uso de la reminiscencia, en la práctica de salud mental. Así, en los 90 de nuevo se profundiza en los estudios sobre la utilidad de esta técnica, determinando la importancia de la misma, como una forma de desarrollo de la identidad del yo (Webster, 1993), del significado de la vida (Wong, 1995), y que además ayuda al adulto mayor a tener un sentido de dominio, control, competencia y confianza en sí mismo, jugando por tanto un papel importante en la solución exitosa de los problemas, la superación de experiencias traumáticas y en el desarrollo de un envejecimiento saludable y con éxito (Heckhausen y Schulz, 1995; Wong, 1995).

Es importante destacar que, en la actualidad, continúan los estudios para fortalecer los beneficios de esta terapia en el adulto mayor y los mismos son bastantes extensos. Sin embargo, autores como Bohlmeijer et al. (2003) o Pinquart, Duberstein y Lyness (2007), señalan que estos resultados todavía son poco concluyentes. Otros estudios han encontrado que la reminiscencia es de poca o ninguna ayuda en la adaptación al envejecimiento (Gibson, 2000, 2004, 2011).

A favor de la importancia de la utilidad de la reminiscencia trabajos de meta-análisis como el de Chin (2007), en el cual se seleccionaron 15 estudios para análisis, se concluye que la terapia de reminiscencia tiene importantes efectos beneficiosos sobre la felicidad y la depresión. Además, señala que la terapia cognitivo-conductual y la terapia de recuerdo son formas particularmente bien establecidas y aceptables para el tratamiento de la depresión. Si bien, debe señalarse que existen factores tales como el número limitado de estudios incluidos o el pequeño tamaño de las muestras, que pueden estar generando un sesgo positivo en los resultados. Otro trabajo de meta-análisis realizado por Hsieh y Wang (2003), en el que se revisaron nueve estudios que eran ensayos controlados aleatorios, señala que la mitad de las intervenciones de reminiscencia mostró disminuciones estadísticamente

significativas en depresión.

Finalmente señalar que, en los últimos años, han sido publicados diferentes trabajos donde a partir de una sofisticación y clarificación conceptual en las tareas de recuerdo se están obteniendo resultados positivos (Webster y Haight, 2002; Westerhof et al., 2010) aunque de forma relativa en ámbitos clínicos y profesionales aislados.

Los ejemplos incluyen una aplicación más rigurosa del diseño, con grupos controles en los ensayos clínicos (por ejemplo, Bohlmeijer et al., 2008; Serrano et al., 2012), el uso de técnicas estadísticas más sofisticadas y el perfeccionamiento de los instrumentos psicométricos (Robitaille et al., 2010), una mayor atención a la aplicación desde el ámbito teórico en los modelos vigentes sobre los actuales paradigmas en reminiscencia (Cappeliez y O'Rourke, 2006), así como una base más sólida de las aplicaciones prácticas de reminiscencia, tanto en la teoría como en la investigación aplicada (Gibson, 1998; Westerhof et al., 2010).

Posiblemente como plantean Wong y Watt (1991) las discrepancias entre los investigadores que están a favor de los beneficios de la reminiscencia y los que están en contra, pueden ser debidas a que la mayoría de los investigadores en este campo han tratado la reminiscencia como un fenómeno unitario, sin especificar los tipos de reminiscencia involucrados (LoGerfo, 1980-1981; Watt y Wong, 1991). Diferentes tipos de reminiscencia pueden tener diferentes efectos, un enfoque más fructífero puede ser analizar qué tipos de la reminiscencia se asocian con el envejecimiento exitoso y que objetivo se pretende.

En resumen, se puede decir, que en la actualidad se puede hablar de cincuenta años de investigación y aplicaciones en reminiscencia y la revisión de vida (Westerhof y Bohlmeijer, 2014), y según la narrativa anterior se ha pasado de unos primeros trabajos orientados a la conceptualización de la reminiscencia hasta la demostración de los beneficios de la aplicación de esta como terapia sistematizada. Además, se ha llegado a conclusiones claras sobre el mejor campo de aplicación, con mejores conceptos definitorios de medidas, y estudios de efectos (Haight, 1991). De este modo, el progreso más fuerte se ha logrado en las últimas décadas (Haber, 2006; Westerhof et al., 2010).

Pero aun con todos los avances de la reminiscencia se debe de hablar de limitaciones

en el conocimiento. Uno de ellos es que, aunque existen estudios longitudinales recientes (por ejemplo, Cappeliez y Robitaille, 2010; O'Rourke, Cappeliez y Claxton (2011), la mayor parte de las investigaciones han realizado estudios transversales. Por lo cual, se deben realizar más estudios de seguimiento a través del tiempo para descubrir las relaciones entre reminiscencia, recursos psicológicos, la salud mental y el bienestar (Westerhof y Bohlmeijer, 2014). Otra limitación es la dependencia de cuestionarios de auto-informe sobre las funciones de reminiscencia, las medidas de recursos psicológicos, la salud mental y el bienestar. Sería importante la utilización de una metodología más diversa que también incluya trabajos experimentales y estudios cualitativos que contribuirían a una triangulación adicional de estos hallazgos.

En esta década, ya se hablar de diversidad de técnicas (escritura autobiográfica, narración de cuentos, instruyendo a las generaciones más jóvenes, la historia oral internacional, libros de cuentos de vida, expresiones artísticas, la genealogía de la familia, blogs, y otras aplicaciones de Internet), diversidad de intervenciones en diferentes contextos (barrios, la educación superior, escuelas primarias, museos, teatros, iglesias, organizaciones voluntarias, comunidades de vida asistida, hogares de ancianos, demencia de atención, y las instituciones de salud mental) y la evidencia de la efectividad de esas intervenciones. Por tanto, estos avances y la superación de las limitaciones, abren un campo de trabajo para la intervención psicológica con personas mayores basado en la evidencia empírica y el desarrollo de la investigación durante más de medio siglo.

3.4. Principales tipos de intervención que trabajan con el recuerdo autobiográfico.

Sobre la base de las ideas descritas anteriormente, actualmente se distinguen tres tipos de intervenciones (Pinquart y Forstmeier, 2012; Westerhof et al., 2010) sobre las que se ha realizado la mayor cantidad de producción científica en relación a su efectividad y resultados, siendo estas las Intervenciones Simples en Reminiscencia, la Intervención en Revisión de Vida y la Terapia Revisión de la Vida, que se describen brevemente a continuación.

Las *Intervenciones Simples en Reminiscencia* (Cook, 1991; Subramaniam y Woods, 2012) están dirigidas principalmente a regular variables psicológicas

personales, emocionales y sociales. Estimulan el recuerdo y el intercambio de recuerdos positivos con el fin de mejorar el estado de ánimo. El uso de diversos elicitadores basados generalmente en elementos culturales (objetos, fotografías, música), que estén adaptados a la edad de los participantes, se utiliza para estimular el recuerdo. Este tipo de intervención, está basada principalmente en narraciones autobiográficas no estructuradas en las que se evocan recuerdos pasados positivos y potenciadores de sentimientos positivos y tiene un carácter grupal (Birren y Deutchman, 1991; Randall y Kenyon, 2001).

Las *Intervención en Revisión de Vida* (por ejemplo, Birren y Deutchman, 1991; Haight y Webster, 1995) presentan principalmente una función instrumental; generalmente incluye una sistemática evaluación e integración de recuerdos tanto positivos como negativos de todos los períodos de la vida. Suele tener un tiempo limitado, y se realiza en sesiones que cubren todo el ciclo vital, incluyendo una sesión integradora final (Haight, 1988, 1992).

La *Terapia Revisión de la Vida* (por ejemplo, Watt y Cappeliez, 2000) tiene como objetivo principal modificar estilos negativos de recordar el pasado que han bloqueado el desarrollo personal. Por tanto, estas intervenciones se dirigen a un cambio en la forma general en que uno piensa y siente acerca de sí mismo y de su pasado (Gibson, 2004, 2011).

El termino revisión de vida surgió en la investigación de forma previa al de reminiscencia, muchos autores llegan a confundir estos términos tratándolos como sinónimos, pero no lo son (Kennedy y Tanenbaum, 2000; Burnside y Haight, 1992). Ambas terapias se basan en recordar situaciones pasadas para entender el presente y proyectarse hacia el futuro, pero el procedimiento terapéutico de las mismas es distinto. Si bien algunos autores conceptualizan la Revisión de Vida como una forma de reminiscencia, como se ha señalado, se trata de procedimientos terapéuticos diferentes.

Esta situación de confusión se debe a que tanto la reminiscencia como la revisión de vida utilizan la memoria y el recuerdo, pueden ser estructuradas o no, recogen material

mnésico, se aplican principalmente en ancianos y tienen una función terapéutica (Haight y Burnside, 1993).

La revisión de vida es un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver (Butler, 1963). Butler subrayó la importancia del recuerdo y su revisión en la adaptación exitosa de los adultos mayores y concibió la revisión de la vida como una forma espontánea o de origen natural que se caracteriza por el retorno progresivo a la conciencia de las experiencias pasadas, y, en particular, el resurgimiento de conflictos no resueltos (Webster et al., 2010).

La revisión de vida, mucho más estructurada y sistemática, se centra en la integración tanto de los acontecimientos vitales positivos como negativos, y podemos decir que es de tipo evaluativa (Haight y Dias, 1992; Webster y Joung, 1988). Es una excelente herramienta dirigida a personas con trastornos psicológicos leves, y tiene entre sus principales objetivos ayudar a las personas a obtener una visión de cómo se ha ido desarrollando su vida y como han llegado a ser quienes son en el momento actual (Webster et al., 2010). Es decir, esta técnica implica análisis más profundos y críticos de la misma vida y estudia todo el ciclo vital unificando e integrando todas las experiencias.

En resumen, podríamos decir, que la revisión de vida tiene elementos que la caracterizan como proceso terapéutico (Serrano y Latorre, 2005), los cuales la diferencian de la reminiscencia. La revisión de vida es un proceso individual y privado entre el paciente y terapeuta; es decir esta no se puede realizar de forma grupal, ya que se podría perder el carácter de integración existente, además de la empatía entre el paciente y el que dirige el proceso. Los pacientes pueden expresar situaciones muy personales y bochornosas por eso el proceso es puramente privado. Además, se trata de un proceso estructurado, en el cual se elaboran una serie de preguntas dirigidas a trabajar todo el proceso vital, en este proceso al terapeuta le interesa el adulto desde su niñez hasta la época actual y qué vivencias positivas o negativas posee este sujeto, ya que estas vivencias pasadas servirán para reconocer a la persona de hoy en día. La evaluación es el componente más importante y resulta clave en el proceso terapéutico que persigue la técnica.

Por otra parte, la técnica de reminiscencia es una relación interpersonal, que puede hacerse a nivel grupal o individual con el objetivo de obtener y compartir recuerdos y

experiencia de manera informal y libre de conflictos; así, busca generar experiencias placenteras, desarrollándose de forma grupal y espontánea, de este modo, es una intervención social que busca aumentar la sociabilidad y mejorar habilidades de comunicación. Además, esta técnica no necesita ponerse en marcha de forma muy estructurada ya que es un proceso de socialización, más relajado debido a que su fin es compartir ideas principalmente gratas.

De este modo, se concluye, que si bien ambas técnicas pueden tener aspectos comunes, ambas deben ser diferenciadas dado que tanto sus objetivos como las formas de aplicación son diferentes.

3.5. Tipos y Funciones de Reminiscencia.

Es importante destacar que según han avanzado los estudios en esta área de trabajo con las personas mayores, los principales autores señalan la necesidad de diferenciar entre distintos tipos de reminiscencia y sus funciones.

La necesidad de intentar determinar los distintos tipos de reminiscencia y sus efectos en el adulto mayor no es nueva. En 1964 McMahon y Rhudick identificaron tres tipos de reminiscencia (narración de cuentos, revisión de la vida, y la reminiscencia defensiva), y algunos años después, LoGerfo (1981) identificó tres tipos básicos: (informativa, evaluativa y obsesiva); aunque debe señalarse que estas clasificaciones no estaban basadas en criterios claros, es por esto que aún se mantenía la necesidad de desarrollar una clasificación basada en paradigmas concretos.

Una de las clasificaciones más trascendentes es la realizada por Wong y Watt (1991), que propusieron seis diferentes tipos de reminiscencia (integrativa, instrumental, transmisión, escapista, obsesiva y narrativa) que cumplían diferentes funciones y mostraban relaciones tanto positivas como negativas con el envejecimiento satisfactorio. Las seis funciones se detallan a continuación.

1. Reminiscencia Integrativa: es un proceso que promueve la aceptación de uno mismo y de los otros, de este modo los sujetos tratan de aceptar los acontecimientos del pasado, conciliar la discrepancia entre el ideal y la

realidad (Birren, 1964; Lieberman y Tobin, 1983), identificar un patrón de continuidad entre el pasado y el presente (Lieberman y Tobin, 1983) y encontrar sentido y valor en la vida tal como fue vivida (Butler, 1963; Erikson, 1982; Wong, 1989, 1995).

Además, está asociada con la salud mental positiva, habiéndose demostrado su capacidad para aliviar los síntomas depresivos en adultos mayores (Cappeliez, 2002; Watt y Cappeliez, 1996, 2000). Así, este tipo de intervención se lleva a cabo dentro de una reestructuración cognitiva y de atribución. Entre las estrategias utilizadas se pueden señalar la reducción de las creencias negativas sobre uno mismo y el futuro, el desarrollo de alternativas a la autocensura o las directrices internas para la evaluación de la autoestima y la mejora de la misma.

De este modo, a través de esta técnica se proporciona a cada participante la oportunidad de evaluarse a sí mismo, llevando al sujeto a buscar detalles de su vida que le lleve a interpretaciones más equilibradas de los eventos del pasado, es decir que, al revisar sus experiencias, ya sean positivas o negativas, estas generen impactos de cambio y aceptación por parte del individuo. En relación a las experiencias negativas, un objetivo principal es que la persona busque su compensación a través de los logros adquiridos en otro aspecto, lo que da como resultado una minimización de los acontecimientos negativos y una mejor adaptación ante estos, situación que generara que el individuo sea menos vulnerable a la depresión y la frustración, incorporando además tanto atribuciones negativas como positivas.

Por consiguiente, la reminiscencia integrativa proporciona la oportunidad para una nueva atribución que reduce la tendencia de algunos sujetos a atribuir las causas de acontecimientos negativos a factores internos, estables y globales (Alloy, Hartlage y Abromson, 1988). Examinar las causas y consecuencias de acontecimientos negativos ocurridos durante la vida a partir de una interpretación libre de juicios sociales, generará un nuevo conjunto de creencias sobre uno mismo.

2. Reminiscencia Instrumental: consiste en recordar el pasado y la forma de

enfocar alguna actividad que fueron resueltas en el pasado y así poder hacer frente a situaciones en el presente, es decir dibujar los problemas pasados para resolver situaciones actuales (Wong, 1995), y así mejorar la adaptación. Este tipo de reminiscencia contribuye a la percepción subjetiva de la competencia y continuidad (Lieberman y Tobin, 1983).

De este modo, esta reminiscencia hace disponible un recurso personal de afrontamiento que es activado para su uso actual, reavivando estrategias eficaces utilizadas previamente, así como los esfuerzos activos de adaptación para hacer frente a situaciones problemáticas de la vida, transiciones y crisis. Este tipo de reminiscencia ha demostrado ser un amortiguador importante contra las emociones desagradables como la angustia y refleja un sentido de control interno que se relaciona con la satisfacción y la salud subjetiva (Rodin, Timko y Harris, 1985).

Cuando las personas creen que son capaces de gestionar los eventos negativos en su entorno, son menos propensos a valorar estos hechos como una amenaza para ellos y para sus personas importantes (evaluaciones primarias) y presentan más probabilidad de evaluarlos como retos a los que se pueden adaptar con eficacia (evaluaciones secundarias) (Lazarus y Folkman, 1984). Estas evaluaciones orientadas al desafío llevan a los individuos a tomar soluciones activas y centradas en problema que pueden modificar las situaciones (Fry, 1993).

En contraste, la baja percepción de autoeficacia y autoestima puede llevar a escapar o la evitación dada la negativa autopercepción en relación a su capacidad de adaptación, estando de este modo negativamente relacionadas con el ajuste psicológico y eficaz de respuesta (Taylor, 1983; Woodward y Wallston, 1987). La reminiscencia instrumental puede ejercer un efecto positivo en la autoestima y las creencias de eficacia y control de los sujetos a través del recuerdo de experiencias de dominio en el que los individuos actuaron con efectividad y competencia para controlar su entorno. Este objetivo, se puede conseguir mediante el recuerdo de episodios y situaciones del pasado, con un enfoque crucial en la contribución y los logros de los sujetos para conseguir una correcta adaptación.

3. Reminiscencia Transmisora: involucra memorias reveladoras para informar a las generaciones más jóvenes sobre el propio patrimonio cultural o legado personal. Según Butler (1980-1981) identifico este tipo de reminiscencia en sus pacientes y sugirió que los individuos tienen una profunda necesidad de dejar su huella inculcando valores e ideas importantes. La transmisión de conocimientos y experiencias ofrece significado y propósito a partir de la segunda mitad de la vida (Jung, 1933). La reminiscencia transmisora busca las referencias a la cultura y las prácticas de una época pasada, los valores tradicionales, la sabiduría y la experiencia adquirida a través de su pasado. McMahon y Rhudick (1964) observaron que la reminiscencia transmisora tiene un efecto positivo en la adaptación, ya que proporciona una valiosa función social capaz y una mayor autoestima.
4. Reminiscencia Narrativa: como el nombre indica, en este tipo de reminiscencia el adulto mayor hace énfasis en los aspectos descriptivos del recuerdo pasado, este recuerdo carecerá de interpretación del pasado. Las dos funciones principales de este tipo de reminiscencia son: primero proporcionar informaciones biográficas rutinarias como son fecha y lugar de nacimiento, segundo el relato de anécdotas del pasado que pueden ser de interés para el oyente. Según LoGerfo (1980-1981) es similar a la reminiscencia informativa y se caracteriza por las declaraciones de hechos autobiográficos, cuentas simples de eventos pasados sin interpretación o evaluación, y los estados que no pertenecen a la integración, instrumental, transmisión, escapista o categorías obsesivas, en otras palabras, simple narrativa que también pueden definirse mediante la exclusión de otros tipos de reminiscencia (Wong y Watt, 1991).
5. Reminiscencia Escapista: es la tendencia a glorificar el pasado y despreciar el presente. También se conoce como reminiscencia defensiva (LoGerfo, 1981). Se caracteriza por que el individuo hace declaraciones jactándose de los logros del pasado, exagera sobre su felicidad en el pasado o revela la necesidad o deseo de regresar a esos días que fueron mejores. Aunque este tipo de reminiscencia no es positivo debido que cualquier forma de fantasía prolongada, tiende a desconectar la realidad del individuo con el presente,

llevándolo a un estado de inadaptación, algunos autores mencionan como efecto positivo la protección de la autoestima frente a la pérdida (Lieberman y Tobin, 1983).

6. Reminiscencia Obsesiva: el uso de este tipo de recuerdo trae consigo una cargada percepción de culpa por el pasado. El mismo está basado en declaraciones de culpabilidad, la amargura y la desesperación en más de un momento de su pasado. Butler (1963) y Coleman (1986) hacen énfasis en los efectos negativos de este tipo de reminiscencia, ya que podría llevar a la depresión, agitación, estados de pánico, e incluso el suicidio.

Posteriormente a la clasificación que Wong y Watt proponen, Webster (1993), a través de análisis factorial exploratorio con rotación varimax desarrolló la *Reminiscence Functions Scale* (RFS) como una medida cuantitativa de la frecuencia con que los sujetos utilizan el recuerdo para diferentes propósitos. La escala estaba compuesta por 43 ítems distribuidos en siete componentes relacionados con los descritos por Watt y Wong (1991), aunque se añadieron dos nuevos factores: preparación ante la muerte y mantenimiento intimidad. Además, se obtuvieron adecuados índices de fiabilidad señalando una consistencia interna de los factores entre .79 y .89, aunque tal y como se indica, era necesario un refinamiento dado que los componentes identidad y solución de problemas mostraban saturaciones en un solo componente.

Es importante señalar que, aunque Webster (1993) puntea como significativo el sistema de clasificación de Wong y Watt (1991), ya que según él, genera un paso hacia el perfeccionamiento metodológico y un mejor enfoque en la naturaleza multidimensional de los procedimientos de reminiscencia; mencionaba que esta taxonomía poseía debilidades en su enfoque. Entre esas debilidades señalaba: primero que para la realización de una evaluación debía hacerse con evaluadores capacitados en la conversión y codificación de datos cualitativos a cuantitativos; segundo que ese proceso tenía que ser de forma individual, por lo tanto, se debía de contar con muchos recursos.

Otra debilidad que menciona Webster (1993) es la falta de precisión entre lo que era una división taxonómica (tipo) y un uso de la misma en un momento específico (función). El mencionaba que esa clasificación o categorización es mutuamente excluyente. Aunque estas

críticas aminoran el trabajo realizado por Wong y Watt (1991), hay que destacar que ellos proporcionan datos de fiabilidad que hace disminuir la detracción.

La validez factorial de la escala RFS fue analizada en una posterior replicación (Webster, 1997), obteniéndose una estructura factorial definitiva de ocho componentes que apoyaba la separación en dos factores diferenciados de identidad y solución de problemas; la consistencia interna y las correlaciones entre los factores obtuvieron puntuaciones similares al estudio original. Los ocho componentes definitivos fueron: identidad, resolución de problemas, preparación de la muerte, revivir amargura, mantenimiento intimidad, conversación, y enseñar-informar.

Tabla 5. Tipos de Reminiscencia y su función (Webster 1993, 1997)

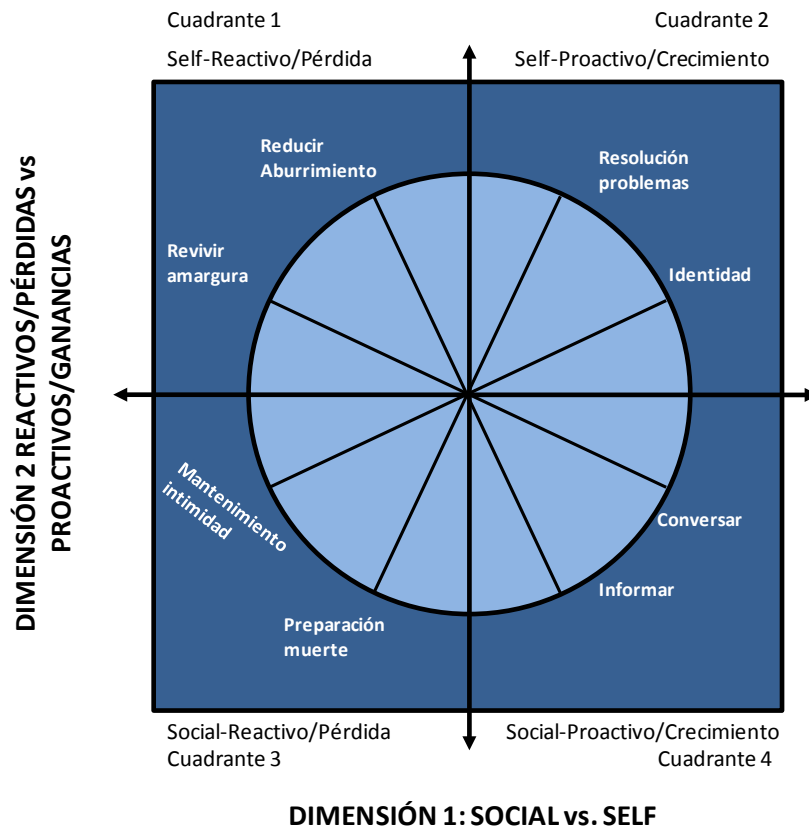
Wong y Watt (1991)	Webster (1993, 1997)	Funciones de la Reminiscencia
Instrumental	La resolución de problemas	La que aprovecha las experiencias vividas por el sujeto para la resolución y el afrontamiento de problemas actuales.
Integrativa	Identidad	Pretende como función principal dar un sentido a la relación de la persona con su pasado.
	Preparación de la muerte	Connota una cierta espiritualidad frente al tema de la muerte y del más allá con un grado de serenidad.
	Mantenimiento intimidad	Representaciones cognitivas y emocionales de las personas importantes en nuestras vidas, que ya no están, son recordadas en lugar de su apariencia física.
Escapista	Reducción Aburrimiento	Se utiliza la fantasía de algunos recuerdos, para poder "escapar" de la situación actual en la que se encuentra el individuo.
Obsesiva	Amargura renacimiento	Se observan ciertos problemas individuales para integrar situaciones problemáticas pasadas.
Transmisiva	Enseñar e informar	La persona que realiza la reminiscencia transmite a una generación más joven algunos de los conocimientos y valores perdurables en el tiempo que el adquirió.
Narrativa	Conversatorio	Se define como la descripción de hechos pasados, con el objeto de ofrecer información biográfica, así como por el placer de narrarlos.

También, las propiedades psicométricas de la escala han sido evaluadas (Cappeliez y O'Rourke, 2002, 2006; Cappeliez et al., 2005; Webster y Gould, 2007), de forma que se ha proporcionado validez estadística para esta tipología de reminiscencias y como medida útil de la frecuencia con que las personas utilizan los diversos tipos de recuerdo de su pasado. Debe señalarse que, si bien estas tipologías delimitan tipos de propósito de reminiscencia, estos no son necesariamente excluyentes entre sí, y el acto de recordar el pasado puede

servir simultáneamente a varios propósitos.

Posteriormente Webster (2003), rediseño sus resultados mediante un modelo circunflejo para representar las funciones de reminiscencia y la memoria autobiográfica.

Figura 10. Modelo circunflejo de Webster.



Es de interés señalar, que un modelo circunflejo es un método de reducción y categorización de datos, el mismo ha sido utilizado con éxito por investigadores en varias áreas de la psicología (por ejemplo, Saucier, Ostendorf y Peabody, 2001; Wiggins y Trobst, 1997). Conceptualizándolo se puede decir, que el circunflejo es un reflejo de ciertos tipos de relaciones o interacciones. Estos incluyen la idea de similitud y polaridad. Si los elementos considerados varían en grado de similitud de uno u otro (al igual que las emociones, rasgos de personalidad, y diagnósticos) y muestran polaridades (por ejemplo, la alegría frente a la tristeza, la dominancia frente a la sumisión, anti-sociales frente a evitativo), entonces utiliza un círculo como un modelo análogo que puede ser usado posiblemente para representar estas relaciones.

De este modo, en 2003, Webster utilizando análisis factorial de segundo orden y escalamiento multidimensional de la RFS, sugiere un modelo tetrádico (ver figura 10) que

consta de cuatro factores de orden superior (self proactivo, self reactivo, social proactivo, social reactivo), cada uno compuesto por dos de las ocho funciones de la RFS: identidad y resolución de problemas; revivir la amargura y la reducción de aburrimiento; enseñar/informar y conversación; mantenimiento intimidad y la preparación de la muerte.

Paralelamente, otros autores, plantean clasificaciones alternativas tratando de relacionar los tipos con las funciones de la reminiscencia. Es importante destacar el trabajo de Bluck y Alea (2002), que realizan una comparación de los diferentes tipos de reminiscencia señalados por Wong y Watt (1991) y Webster (1997) y tratan de encajarlos en las tres funciones principales del recuerdo autobiográfico: self (self de continuidad), directiva (planificación), y comunicativas funciones (unión social) (Cohen, 1998).

Es decir, la reminiscencia integrativa de Wong y Watt, (1991), que para Webster (1997) serían identidad y preparación de la muerte, se encuentra dentro de la función del Self (Yo), ya que estos tipos son relevantes en el mantenimiento de la identidad (Westerhof et al., 2010). Estos tipos de reminiscencia se refieren a cuestiones de sentido de la vida, coherencia y continuidad; mientras que dentro de la función directiva del recuerdo autobiográfico se encontraría el tipo de reminiscencia de resolución de problemas (Webster, 1997) o reminiscencia instrumental (Wong y Watt, 1991). Por último, la función social estaría formada por la enseñanza/información, la conversación (Webster), que son las transmisoras y narrativas de Wong y Watt (1991); mientras que el factor intimidad de Webster se observa dentro de la función social. La cual se refiere a recordar el pasado en a fin de mantener los recuerdos accesibles partiendo de otros significativos. Pero en esta clasificación los tipos de reminiscencia de amargura (obsesiva) y la reducción de aburrimiento no coinciden con ninguna de las funciones de la memoria autobiográfica.

Tabla 6. Comparación de las funciones de reminiscencia

Funciones	Watt y Wong (1991)	RFS (Webster, 1997)
Self	Integrativa	Identidad Preparación para la muerte
Directiva	Instrumental	Solución de Problema
Social	Transmisora Narrativa	Enseñar/Informar Conversación Mantenimiento de la intimidad
Otros	Obsesiva Escapista	Revivir amargura, Reducción de aburrimiento

Con el fin de organizar estos resultados, Cappeliez et al. (2005) proponen un modelo de la reminiscencia en relación con la salud mental en la vida adulta. Este modelo inicial fue inspirado por los desarrollos teóricos en reminiscencia y la investigación del recuerdo autobiográfico (Bluck y Alea, 2002). Además, utilizaron la terminología planteada por Wong y Watt (1991), con la adición de las dos dimensiones la preparación para la muerte y el mantenimiento de la intimidad, propuestas en el Modelo de Webster (1997), así como la escala RFS desarrollada por el propio Webster. Surge de esta forma un modelo integral de las funciones de la reminiscencia.

Este modelo integral agrupa en tres categorías (Self, Orientación, y Vinculación social), las ocho funciones. Es importante destacar que, aunque las dos primeras funciones se refieren principalmente al afrontamiento y la orientación, Cappeliez et al. (2005) señalan que ambas implican una reactualización y fortalecimiento de un sentimiento de competencia personal o autoeficacia. Existe, por tanto, un grado de solapamiento entre la función de guía y del self, en particular, en la reminiscencia integrativa (Bluck, 2003; Bluck y Alea, 2002; Pillemer, 1992).

Por lo que se refiere a la categoría self, encontramos tipos de reminiscencia que son consideradas como positivas, dado que favorecen la coherencia, la significatividad y continuidad del yo. La reminiscencia integrativa y de preparación para la muerte son dos facetas positivas del self. Ambos tipos, denotan esfuerzos para derivar un sentido de significado y propósito en la vida. Estos dos tipos de reminiscencia implican la recuperación, la evaluación y también la síntesis de recuerdos positivos y negativos. Por el contrario, dentro de esta función, encontramos tipos de reminiscencia que se refieren a la discontinuidad en el yo y la fragmentación de la historia de la vida de uno, y por lo tanto son típicamente asociados con los trastornos psicológicos en forma de ansiedad y depresión (Webster y Haight, 1995).

De este modo, estos tipos de reminiscencia pueden ayudar a reducir el posible miedo sobre la muerte y facilitar el sentido de realización y plenitud. Por otra parte, la solución de problemas como estrategia de afrontamiento está altamente relacionada con la predicción del bienestar (Tomas et al., 2012), siendo los sujetos que utilizan este tipo de estrategias

más propensos a mantener el bienestar en situaciones en las que el control del entorno exige adaptación. De este modo, se espera que la función del self positivo muestre una relación significativa, positiva y directa en la predicción de la salud mental. La reminiscencia obsesiva, refleja la continua lucha interior con un pasado negativo del que no se está dispuesto o se es incapaz de retirarse. La reminiscencia escapista implica buscar consuelo en el pasado, desde la posición de enfrentar un presente insatisfactorio, contemplando un futuro poco atractivo.

La segunda categoría de este agrupamiento es la de orientación, y en ella se sitúan la reminiscencia instrumental y transmisora. La reminiscencia instrumental implica recordar episodios de enfrentamiento con las circunstancias estresantes de la vida y los correspondientes esfuerzos de afrontamiento. Tiene el potencial de restaurar las estrategias previamente eficaces para hacer frente a situaciones de la vida problemáticas. Plantea una forma activa de solucionar los problemas, en lugar de una víctima pasiva del destino. La reminiscencia transmisora se basa en la comunicación del conocimiento experiencial en forma de historia instructiva o una “lección de vida”. Ambas funciones involucran una re-actualización y refuerzo del sentido de competencia personal o auto-eficacia. Por lo tanto, existirá un grado de solapamiento entre la función de la orientación y la función del Self, en particular, con la reminiscencia integrativa.

La tercera categoría es la de vinculación social y aquí se agrupan dos tipos de reminiscencia, intimidad y la narrativa (simple), ambas tienen el papel de ayudar al mantenimiento de las relaciones sociales. En el caso de la reminiscencia narrativa, el objetivo es compartir una historia entretenida que evocará, mantendrá o eventualmente aumentará los sentimientos positivos. En términos de funcionamiento adaptativo, sirve principalmente para maximizar las oportunidades de experimentar afecto positivo en las interacciones sociales. Finalmente, la reminiscencia de intimidad busca mantener el contacto con una persona fallecida a través de los recuerdos. Normalmente, la tristeza y la nostalgia son las emociones que acompañan a esta reminiscencia.

A continuación, en la figura 11 se presenta la representación de las tres funciones y los ocho tipos de reminiscencias.

Figura 11. Modelo integral de las funciones de la reminiscencia.



Debe señalarse que los resultados obtenidos en este trabajo (Cappeliez et al., 2005) son los primeros en sugerir la importancia de la reminiscencia en relación con la salud mental en los adultos mayores con respecto tanto a aspectos positivos (es decir, la satisfacción vital) como negativos (es decir, la psicopatología). Es substancial destacar que hasta la última década las líneas de investigación basadas en el valor adaptativo de las diversas formas de reminiscencia, su relación con la salud mental y el bienestar eran limitados, tan solo unos pocos estudios mencionaban los efectos positivos de la reminiscencia en los aspectos emocionales (Pennebaker, 2003).

Tal y como plantean Cappeliez y O'Rourke (2006), debe tenerse en cuenta que, aunque anteriormente los resultados fueron generalmente consistentes con el modelo, existe la necesidad de ajustar la teoría a los datos y probar el modelo de una manera más estricta en el contexto de la salud física y mental. De este modo, y partiendo de los

resultados obtenidos en anteriores trabajos, se fundamenta un nuevo modelo basado en las relaciones existentes entre la reminiscencia y la salud mental.

Así, proponen un modelo revisado (Cappeliez y O'Rourke, 2006) que consta de tres amplias funciones definidas como constructos latentes, que subsumen los ocho tipos de reminiscencia, las funciones planteadas por los autores son self positivo (identidad, resolución de problemas, preparación de la muerte), self negativo (revivir amargura, reducción del aburrimiento, mantenimiento intimidad) y prosocial (enseñar-informar y conversación).

Las funciones positivas del self, abarcan identidad y preparación para la muerte junto con resolución de problemas. Mientras que las dos primeras representan medios para lograr y reafirmar la auto comprensión, es decir, crear una conciencia de uno mismo, para clasificar la reminiscencia de resolución de problema dentro de esta categoría es se plantea que para su consecución es necesario la observación de la misma desde una visión positiva y motivadora, siendo la misma un aliciente hacia el desarrollo de un sujeto capaz y competente. Estas tres funciones tienen en común la evaluación y síntesis de recuerdos personales. Esto es consistente con los hallazgos reportados por Webster (1993) y Bluck, Alea, Habermas y Rubin, (2005), donde se señaló la coincidencia entre la resolución de problemas e identidad, mostrando una clara indicación de que el uso de las reminiscencias sobre los problemas, planes, y los objetivos están intrínsecamente relacionados con el significado, la continuidad y sentido de identidad. Los autores hipotetizan que esta agrupación de funciones demostrará una asociación significativa, directa y positiva con la salud física y mental.

En las funciones negativas del self, se puede identificar las reminiscencias de revivir la amargura, reducción del aburrimiento y mantenimiento de la intimidad, este tipo de reminiscencias están altamente vinculadas al proceso que implica revivir situaciones de angustia del pasado, lo cual lleva a un estado de remordimiento y frustración de metas no alcanzadas; además, la reducción de aburrimiento implica una evasión desde el presente a situaciones del pasado. Por su parte el mantenimiento de la intimidad puede conllevar a un proceso de duelo interno que encierre a la persona en su propio mundo. La reminiscencia como función del self negativo parece ser desadaptativa y está relacionada con altos índices

de desorden psicológico y pobres niveles de bienestar psicológico (O'Rourke et al., 2011). Estas tres funciones de recuerdos han demostrado valencias emocionales negativas y características similares en cuanto a rumiaciones persistentes acerca del pasado, además que se ha confirmado una asociación significativa, directa y negativa con la salud física y mental. La característica común de estas tres funciones de recuerdos es que los recuerdos de la persona son invadidos por cavilaciones persistentes sobre el pasado; comprobándose que esta agrupación de funciones exhibe una asociación significativa, directa y negativa con la salud física y mental.

Finalmente, las funciones prosociales engloban la reminiscencia de conversación y enseñar-informar a otros, estos dos tipos de reminiscencia afectan la salud física y mental, principalmente a través de su influencia en la regulación emocional (Alea y Bluck, 2003). Desde este punto se puede apreciar lo planteado por Cappeliez et al., (2005) cuando menciona la oportunidad que ofrece experimentar emociones positivas en los encuentros sociales, claro esto afianzado desde la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, Fung, y Charles, 2003). Por otro lado, esta función de la reminiscencia permite enmarcar al adulto mayor, dentro de la preocupación y compromiso que este tiene, con el bienestar de la próxima generación (Erikson, 1970), lo cual podría promover el bienestar psicológico (McAdams y Logan, 2004). Por lo tanto, el modelo que se plantea, trata de enfatizar la oportunidad de realizar encuentros sociales (tamaño de vida social), en lugar de un proceso individual y directivo. Esta agrupación de funciones está directa y positivamente asociada con la salud tanto física como mental.

Finalmente, los autores (Cappeliez y O'Rourke, 2006) ponen a prueba el modelo establecido para analizar su relación con la salud mental y física a través de modelos de ecuaciones estructurales. Los resultados muestran que el modelo de tres funciones de reminiscencia (self positivo, self negativo y función prosocial) propuesto es el que mejor explica la variable salud mental medida a través de las variables de satisfacción vital, sintomatología depresiva, salud percibida y condiciones de salud. Además, se observa que la función self-positivo y self-negativo muestran relaciones directas y significativas con la ausencia de salud mental, negativas y positivas respectivamente, y que no aparece relación entre la función prosocial y ausencia de salud mental. De estas relaciones, se observa que el

factor que más aporta a la función self positivo es Identidad, relacionado con el bienestar y el envejecimiento exitoso (Wong y Watt, 1991) y con la satisfacción vital y la autoestima (McAdams, Reynolds, Lewis, Patten y Bowman, 2001) Así, concluyen que la función self positivo, tendría una repercusión positiva en el envejecimiento, fomentando la adaptación y el bienestar en las personas mayores.

En las funciones del self negativo señalan que un patrón de reminiscencia basada en esta suele estar asociado con menor satisfacción con la vida y mayor desorden emocional, siendo la reducción del aburrimiento la dimensión que satura en mayor medida. Finalmente, y por lo que respecta a la no relación de las funciones prosociales, Cappeliez y O'Rourke (2006) explican esta ausencia debido a que la influencia de este tipo de reminiscencias suele aparecer más bien a corto plazo en estados emocionales y de ánimo y, no tanto a largo plazo en factores como la salud mental y física. Además, también sugieren que los mayores tienen relativamente menor oportunidad de utilizar estas reminiscencias ya que necesitan la presencia de otra persona para poder llevarlas a cabo, a diferencia del resto de reminiscencias que pueden llevarse a cabo de forma privada en cualquier momento del día.

O'Rourke et al. (2011) revisan esas teorías y vuelven a demostrar en sus resultados longitudinales que existen asociaciones sólidas entre diferentes funciones de reminiscencia y el bienestar de los adultos mayores. Lejos de ser un epifenómeno de la función cognitiva en la edad adulta, mencionaron que la memoria autobiográfica parece ejercer efectos directos e indirectos sobre el bienestar. La capacidad de las reminiscencias positivas está acorde con una mejor salud mental, mientras que la fijación con reminiscencias negativas parece socavar el bienestar.

3.6. Programas de intervención con Reminiscencia: revisión de los resultados.

A continuación, se presenta una aproximación de los principales trabajos publicados en relación a programas de intervención basados en reminiscencia. No es objetivo de este trabajo hacer una revisión exhaustiva, sino una aproximación a los principales estudios que se han publicado en los últimos años. De este modo y para el desarrollo de este apartado se consultaron diferentes bases de datos: *Scopus*, *Google scholar*, *PsycINFO*, estableciendo como términos ingleses de búsqueda *reminiscence and intervention* así como las referencias

cruzadas de ambos. Los artículos revisados cubrieron una amplia gama de disciplinas, incluyendo psicología, enfermería, medicina, ciencias sociales y educación.

Es importante destacar que en este periodo de aproximadamente diez años se han encontrado muchos estudios que tienen como base terapias de reminiscencia, por lo tanto, además de que estos estudios proporcionen información suficiente, deben estar publicados dentro del periodo 2005 hasta la actualidad. Además, se establecieron una serie de criterios para su inclusión que se detallan a continuación:

- a. Tipo de participantes: se incluyeron manuscritos que incluyeron sujetos de edades superiores a 60 años, si bien podían estar cognitivamente sanos o con algún tipo de deterioro y tampoco se estableció como criterio de exclusión la existencia o no de institucionalización.
- b. Tipo de medidas: los trabajos seleccionados debían presentar un mínimo de dos de las siguientes variables a estudiar: depresión, ansiedad, bienestar psicológico, satisfacción vital, ego integridad e integración social.
- c. Tipo de diseño de estudio: debían ser ensayos aleatorios o cuasi experimentales con medidas pre y post.
- d. Tipo de grupos: debían tener grupo control de comparación.
- e. Tipo de exposición: el estudio debía evaluar los efectos de la reminiscencia y presentar resultados estadísticos que confirmaran estos efectos.

De los 59 estudios identificados, 23 tuvieron que ser excluidos porque no cumplían con los criterios establecidos; es decir, no tenían condición de control (5), eran revisiones teóricas o meta análisis (3), no proporcionan datos cuantitativos (3), el estudio no estaba disponible a texto completo (7), o no se proporcionó información suficiente para calcular tamaños del efecto (4). Finalmente, se incluyeron 36 estudios en el presente análisis. El resumen de las principales condiciones de estos trabajos se presenta de forma resumida en la tabla 7.

Tabla 7. Características de los estudios incluidos.

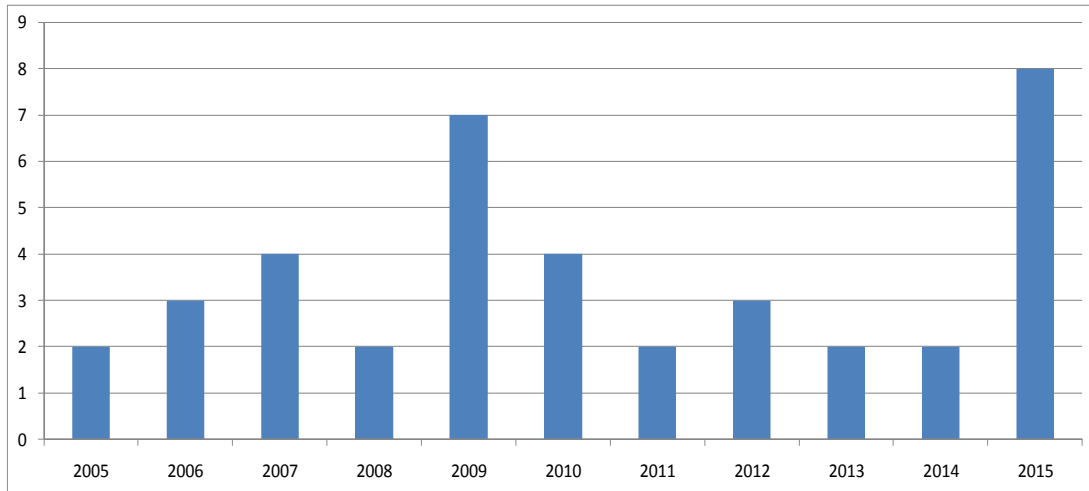
Autor, año	Participantes	Tiempo	Métodos	Intervención	Tiempo de evaluación	Instrumentos	Resultados
1. Wu y Koo (2016)	103(53/50) Demencia Centro Médico	6 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo al azar	Reminiscencia grupo 6 sesiones de 60 min.	Pre test y Post test	LSI-A, Índice de Esperanza	Esperanza de vida + Bienestar espiritual + Satisfacción de vida +
2. Asiret y Kapucu (2016)	62(31/31) Demencia Institucionalizados	12 semanas	Diseño experimental Procedimiento de selección	Reminiscencia grupo 12 sesiones 30 min.	Pre test y Post test	MMSE	Depresión cognición actividades diarias -
3. González et al. (2015)	42(23/19) Demencia Residencia	10 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo intencional	Reminiscencia grupo 10 sesiones 60 min.	Pre test y Post test	MMSE, GDS RSER, Escalas de Ryff	Depresión - Auto aceptación + Dominio del ambiente+ Bienestar psicológico+ Satisfacción de vida+ Integridad+ Autoestima+
4. Meléndez et al. (2015)	34(17/17) Sanos Comunidad	8 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo al azar	Reminiscencia grupo 8 sesiones 60 min. Estructuradas	Pre test y Post test	MEC, RES, Escalas de Ryff, LSI-A, BRCS, CAE	Bienestar psicológico+ Satisfacción de vida+ Integridad+ Autoestima+
5. Pishvaei et al. (2015)	34 (16/18) Sanos Comunidad	8 semanas	Ensayo clínico Muestreo de conveniencia	Reminiscencia grupo 8 sesiones 60 min.	Pre test y Post test	Cuestionario de ansiedad, RES	Ansiedad - Autoestima+
6. Sabir et al. (2015)	Sanos Residencia	8 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo al azar	Reminiscencia grupo 8 sesiones 120 min.	Pre test y Post test Seguimiento a 6 meses	GDS	Depresión -
7. Sok (2015)	78 (40/38) Sanos	4 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo al azar Mujeres	Reminiscencia individual 4 sesiones 60 min.	Pre test y Post test	Calidad de vida, memoria y autoeficacia	Autoeficacia + Calidad de vida +.
8. Gaggioli et al. (2014)	40 (20/20) Sanos institucionalizados	6 semanas	Ensayo controlado aleatorio	Reminiscencia grupo 6 sesiones de 60 minutos	Pre test y Post test	MMSE, GDS Escalas de Ryff, satisfacción vital	Síntomas depresivos - Satisfacción + Bienestar psic +
9. Chueh y Chang (2014)	21 (11/10) Hombres Hogar de ancianos Sanos	4 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo intencional	Reminiscencia grupo 2 sesión por semana 8 sesiones de 60 min.	Pre test y Post test Seguimiento a 6 meses	GDS	Depresión -
10. Meléndez et al. (2013)	34 (16/18) Sanos institucionalizados	8 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo al azar	Reminiscencia grupo 8 sesiones de 60 min.	Pre test y Post test	MMSE, GDS, RES, Escalas de Ryff, LSI-A	Síntomas depresivos - Autoestima + Satisfacción + Bienestar psic +
11. Azcurra (2012)	135 (45/45/45) Sanos hogares de ancianos	12 semanas	Simple ciego, Ensayo controlado aleatorio	Reminiscencia grupo 12 sesiones 60 min.	Post test	SES, SRQol	Calidad de vida + Compromiso social +

12.	Chen et al. (2012)	60 (30/30) Sanos Depresión institucionalizados	6 semanas	Simple ciego Ensayo controlado aleatorio Muestras al azar	Reminiscencia grupo 6 sesiones de 90 min.	Pre test y Post test	GDS, MMSE, CDR	Eficacia en la Depresión Cognitivo+/-
13.	Su et al. (2012)	129 sanos	24 semanas	Simple ciego Ensayo controlado aleatorio Muestras al azar	Reminiscencia grupo 24 sesiones de 60 min.	Pre test y Post test	GDS, MMSE, SES, LSI-A, UCLA	Eficacia en la Depresión-
14.	Gao et al. (2011)	96 (47/49) Sanos institucionalizados	6 semanas	Ensayo controlado aleatorio Muestras al azar	Reminiscencia grupo 6 sesiones 60-90 min	Pre test y Post test	GDS, LSI-A	Depresión -
15.	Wu (2011)	74 (35/39) Sanos institucionalizados	12 sesiones	Ensayo controlado aleatorio	Reminiscencia grupo 12 sesiones 60 min.	Pre test y Post test	GDS-SF, LSI-A	Depresión + Autoestima + Satisfacción de vida+
16.	Hsieh et al. (2010)	61 sujetos Demencias Institucionalizados	12 semanas	Diseño experimental, controlado aleatorio	Reminiscencia grupo 12 sesiones 40-50 min.	Pre test y Post test Seguimiento a 3 meses	GDS, CDR, AES, NIP	Reduce la angustia emocional
17.	Pot et al. (2010)	171 (83/88) Sanos institucionalizados	12 semanas	Diseño experimental Ensayo controlado	Reminiscencia grupo 12 sesiones 120 min.	Pre test, Post test Seguimiento a 6 meses	CES-D	Depresión -
18.	Sharif et al. (2010)	49 (9/9/9/9/8) Sanos Institucionalizados	3 semanas	Diseño experimental Ensayo controlado	Reminiscencia grupo 12 sesiones de 60 min.	Pre test y Post test	GDS-15	No se observó ningún cambio en la depresión. +/-
19.	Karimi et al. (2010)	29(12/17) Sanos Institucionalizados	6 semanas	Diseño cuasi- experimental Muestreo al azar	Reminiscencia grupo 6 sesiones de 90 min.	Pre test y Post test	GDS, MMSE	Depresión -
20.	Wang et al. (2009)	77 (38/39) Demencia institucionalizados	8 semanas	Diseño cuasi- experimental Muestreo al azar	Reminiscencia grupo 8 sesiones de 60 min.	Pre test y Post test	CAPE-BRS	Mejora cognitiva y demencia +
21.	Afonso y Bueno (2009)	90 sujetos (45/45) Sanos institucionalizados	5 semanas semiestructurado	Diseño experimental Muestreo al azar	Reminiscencia individual 5 sesiones 60 min.	Pre test y Post test	CES-D , MMSE, AMT	Depresión - Memoria autobiográfica +
22.	Huang et al. (2009).	11 sujetos Demencia institucionalizados	4 semanas	Diseño cuasi- experimental Muestreo al azar	Reminiscencia grupo 8 sesiones 60 min	Pre test y Post test	MMSE, GDS, participación	
23.	Hsu y Wang (2009)	45 (21/24) Sanos institucionalizados	8 semanas	Diseño cuasi- experimental Muestreo al azar	Reminiscencia grupo 60 min.	Pre test y Post test	GDS-SF	Depresión-
24.	Woods et al. (2009)	288 sujetos Demencia Institucionalizados	36 semanas	Diseño multi céntrico, controlado aleatorio	Reminiscencia grupo 36 sesiones	Pre test y Post test	QoLAD, AMI, RSS, GHQ-28	Demencia - Prevención del deterioro cognitivo +

25.	Bohlmeijer et al. (2009)	108 (65/43) Sanos	8 semanas	Diseño cuasi-experimental (no aleatorio)	Reminiscencia grupo 8 sesiones 120 min.	Pre test y Post test Seguimiento 5 meses	CES-D	Locus de control +
26.	Bohlmeijer et al. (2008)	106 (53/53) Sanos depresivos institucionalizados	8 semanas	Diseño cuasi-experimental (no aleatorio)	Reminiscencia grupo 8 sesiones 120 min.	Pre test y Post test	LSI-A	Significado de vida +
27.	Okumura et al. (2008)	16 (8/8) Demencia Institucionalizados	5 semanas	Diseño cuasi-experimental (no aleatorio)	Reminiscencia grupo 8 demencia / 8 EA 5 sesiones 60 min.	Pre test y Post test	MMSE	Prevención del deterioro cognitivo +
28.	Nawate et al. (2007)	11 (5/6) Demencia Institucionalizados	9 semanas	Ensayo controlado aleatorio	Reminiscencia grupo 9 sesiones 60 min.	Pre test y Post test Seguimiento a 4 meses	MMSE, GDS-SF, CSDD	Prevención del deterioro cognitivo +
29.	Wang (2007)	102 (51/51) Demencia institucionalizados	8 semanas	Diseño experimental, controlado aleatorio	Reminiscencia grupo 8 sesiones 60 min.	Pre test y Post test	MMSE, GDS-SF, CSDD, CDR	Prevención del deterioro cognitivo y aumento cognitivo
30.	Liu et al. (2007)	26 (12/14) Sanos	10 semanas	Diseño cuasi-experimental controlado. Muestreo al azar	Reminiscencia grupo 10 sesiones 60 min.	Pre test y Post test	SPMSQ, SES, CES-D, UCLA, LSI-A	Autoestima + Depresión - Soledad- Satisfacción de vida +
31.	Tadaka y Kanagawa (2007)	60 (30/30) Demencia institucionalizados	8 semanas	Ensayo clínico aleatorizado y controlado	Reminiscencia grupo 8 sesiones 60-90 min	Pre test y Post test Seguimiento a 6 meses	MMSE	No se registró cambio
32.	Kim et al. (2006)	31 (15/16) Sanos	16 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo al azar	Reminiscencia individual 20 sesiones 60 min.	Pre test y Post test	GDS, SF-K, Escala Moral, SF-36	Depresión- Moral+ Calidad de Vida +
33.	Nomura y Hashimoto (2006)	48 (24/24) Sanos Comunidad de ancianos	8 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo al azar	Reminiscencia grupo 8 sesiones 60 min.	Pre test y Post test	GDS, Ansiedad, Integridad	Depresión - Ansiedad - Autoestima+ Integridad +
34.	Chao et al. (2006)	24 (12/12) Sanos institucionalizados	9 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo intencional	Reminiscencia grupo 9 sesiones 60-90 min	Pre test y Post test	GDS, RES	Depresión-
35.	Wang (2005)	48 (24/24) Sanos institucionalizados	10 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo intencional	Reminiscencia grupo 10 sesiones 60-90 min	Pre test y Post test	GDS, AER	Depresión- Estado de ánimo +
36.	Wang et al. (2005)	94 sujetos Sanos Institucionalizados	8 semanas	Diseño cuasi-experimental Muestreo intencional	Reminiscencia grupo 8 sesiones 60 min.	Pre test y Post test	GDS, Autoestima, Percepción de Salud.	Depresión- Autoestima + Precepción de Salud +

En relación a los 36 manuscritos seleccionados, se observa en la figura 12 una clara evolución del número de publicaciones.

Figura 12. Evolución de publicaciones en relaciona intervenciones con TR.



Un dato destacable en esta revisión hace referencia al tipo de muestra empleada. La mayoría de los trabajos hacen referencia a adultos mayores sanos (69,4%) mientras que las demás publicaciones hacen referencia a población clínica con algún tipo de deterioro cognitivo que va desde el deterioro cognitivo leve (DCL) hasta diversas formas de demencia en sus estados iniciales.

Otro elemento a tener en cuenta hace referencia al “cómo” son estos programas, cuáles son sus características técnicas, tomando en cuenta los objetivos del programa, contenido, contexto, instrumentos, además del número de los sujetos, el número y estructuras de las sesiones, edad, género, etc., de forma precisa comentaremos esas características, teniendo en cuenta las investigaciones incluidas.

Los objetivos de los programas son diversos y en ocasiones inespecíficos. La mayoría pretenden medir el efecto de una intervención con reminiscencia que puede ser espiritual, integrativa, instrumental o creativa, con adultos institucionalizados o no, aunque se puede intuir que existe un denominador común que se podría definir como el logro de una mejor adaptación y calidad de vida.

El contenido y desarrollo de las intervenciones no siempre está suficientemente especificado, pero en su mayoría han utilizado un programa estructurado. En general, se observa una evolución en los contenidos de los programas: desde la presentación de

información en los más antiguos, al ofrecimiento de estrategias y herramientas concretas en los más recientes.

Para su aplicación se utilizan diversas técnicas (discusión en grupo, role-playing, lecturas, materiales audiovisuales...), sin que exista homogeneidad entre las distintas intervenciones. En cuanto al formato, la mayoría son intervenciones grupales y son dirigidas y supervisadas por profesionales.

El número total de la muestra seleccionada en las diversas investigaciones se encuentra entre 11 el grupo mínimo y una máxima de 288. En total han participado en estos estudios un total de 2337 participantes con una edad promedio de 73,8.

Estos estudios se realizaron en diferentes contextos: 28 realizadas en hogar de ancianos, centros de día y residencias (institucionalizados) y solo 8 se han ejecutado en barrios, comunidades (no institucionalizados); es importante destacar, que los adultos mayores que están en residencia muestran mayores efectos en el bienestar psicológico al participar en estas intervenciones con reminiscencia que los que viven en comunidad (Bohlmeijer et al. 2007; Pinguart y Forstmeier, 2012). Además, estaban dirigidos a participantes de diferentes nacionalidades como son; Turquía, Taiwán, Corea, Japón, China, África, Portugal, Persia, España, Irlanda, Estados Unidos, Canadá y Republica Dominicana. En ese sentido, el contexto cultural también desempeña un papel importante, ya que las funciones sociales más fuertes se encontraron entre afroamericanos (Shellman, Ennis y Bailey-Addison, 2011) y en población china (Gao, Feng y He, 2011). Estas diferencias tienden a estar relacionadas con una tradición oral más fuerte o con una orientación más colectivista en estos grupos. En cuanto al género, la mayoría de las investigaciones fueron dirigidas a ambos sexos (91,7%). Existen investigaciones que sustentan que las mujeres son más propensas a utilizar sus recuerdos que los hombres, pero esos recuerdos son más negativos (Webster y McCall, 1999). De acuerdo con la investigación sobre los roles de género y estereotipos, las mujeres tienden a centrarse más en los recuerdos interpersonales y emocionales, mientras que los hombres se centran más en los logros y hechos pasados (Haber, 2006). Por lo tanto, se podría hipotetizar, que las mujeres pueden beneficiarse más de las intervenciones con reminiscencia ya que esta diferencia no ha sido constatada. Los formatos en que se realizan las intervenciones con reminiscencias en estos últimos años en

su mayoría responden a intervenciones grupales (86,4%), mientras que las individuales han sido solo 13,5%; tres estudios comparan la intervención aplicada en formato individual y grupal. Un aspecto que señalan algunos trabajos es la mejora de la calidad de la intervención al utilizar ambos formatos, ya que la sesión individual se puede adaptar fácilmente a las necesidades del participante y el participante podría estar más dispuesto a hablar de experiencias críticas, y por otro lado, la formación de un grupo promueve el intercambio social entre los participantes (Pinquart y Forstmeier, 2012).

Otro elemento a tomar en cuenta, es el número de sesiones de las intervenciones, en su mayoría se puede observar que los programas de intervención estaban compuestos entre 6 y 8 sesiones, confirmando lo planteado por Haight y Haight (2007) que sugirieron que seis u ocho sesiones parecen ser suficiente para la realización de revisión de un programa de reminiscencia. En estos estudios el número de intervenciones varía: 36 sesiones (2,8%); 24 sesiones (2,8%); 20 sesiones (2,8%); 12 sesiones (16,7%); 10 sesiones (8,3%); 9 sesiones (5,6%); 8 semanas (38,9%); 6 sesiones (13,9 %); 5 sesiones (5,5%) y 4 sesiones (2,8%). Pero lo que sí ha sido una constante en la gran mayoría de las intervenciones es el tiempo de duración de la sesión que se encuentran entre 60-90 minutos, solo tres se desarrollaron en 120 minutos y una en 30-35 minutos.

Hay que destacar, que una de las dimensiones o variables que se evalúan en estas investigaciones es el estado cognitivo de los adultos mayores; diferenciando entre adultos mayores con deterioro cognitivo o demencias y sanos; ofreciéndose datos que avalan la mejora cognitiva, mientras que otras señalan la no existencia de efectos significativos.

Dentro de las escalas para medir los estados cognitivos-conductuales la más utilizada fue el *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein y McHugh, 1975) o en su versión española, Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MEC; Lobo, Saz, y Marcos, 2002) (44,6%). Además, las investigaciones dirigidas a personas con demencias utilizaron otros instrumentos como la *Clinical Dementia Rating* (CDR) para la evaluación de la severidad de la demencia, o el *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) que evalúa la memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado.

Un total de veintisiete (75%) estudios abordaron la variable depresión. Las

mediciones utilizadas fueron diversas y el momento de la medición varía según el objetivo del estudio, ya sea, para poder incluir los adultos mayores con características depresivas como muestra de la investigación y medir sus efectos al final de la intervención (Chen, Li y Li, 2012; Su, Wu y Lin, 2012) o con sujetos sanos en los que se mide el efecto de la terapia con reminiscencia (Meléndez et al., 2015; Gaggioli et al., 2014; Nomura, 2006; Wang Hsu y Cheng, 2005); el instrumento más utilizado (61.11%) fue la escala de depresión geriátrica (GDS) en sus diversas versiones; otras escalas utilizadas en menor medida han sido el Inventario de depresión de Beck (BDI) (Pot et al., 2010), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Afonso y Bueno, 2009; Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust y Marwijk, 2009) o la *University of California-Los Angeles Loneliness Scale* (UCLA) (Su, Wu y Lin, 2012; Liu, Lin, Chen y Huang, 2007).

Otro aspecto evaluado en estas investigaciones es la autoestima, la escala más usada fue la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) por cinco investigaciones (González et al., 2015; Meléndez et al. 2013, 2015; Pishvaei, Moghanloo y Moghanloo, 2015) y la escala de autoeficacia (SES) es implementada en tres trabajos (Azcurrea, 2012; Liu et al., 2007; Chao et al., 2006). Todos los estudios indican una mejoría significativa a nivel de autoestima después de la intervención. En cuanto al bienestar psicológico, seis estudios abordan esta variable y todos utilizaron como instrumento de medida las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) analizando los efectos de las intervenciones en sus seis dimensiones (Gaggioli et al., 2014; González et al., 2015; Meléndez et al., 2013, 2015; Wang, 2005). Otra variable comúnmente evaluada es la satisfacción vital, ocho ensayos evaluaron esta dimensión, con la escala de satisfacción vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst y Tobin (1961,1996). Por otra parte, para la evaluación de la calidad de vida se aplica en tres investigaciones una de ellas utilizó la escala de calidad de vida (SF-36) (Kim, Yun y Sok, 2006), otra la *Quality of Life Scale* (SRQoL) (Azcurrea, 2012) y finalmente la *Quality of Life in Alzheimer's Disease* (QoL-AD) que evalúa calidad de vida en personas con Alzhéimer (Wood, 2009).

Las investigaciones también evaluaron otras dimensiones no menos importantes, pero que caracterizaban la dirección del estudio, como es la resiliencia (11,1%) que como ya se ha mencionado, representa la adaptación positiva de la persona a pesar de infortunio y ante situaciones de amenaza y que fue evaluada mediante la escala BRCS (*Brief Resilient*

Coping Scale). También, algunos trabajos estudian el afrontamiento al estrés utilizando el cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Meléndez et al., 2013, 2015). Woods et al. (2009) de igual forma se incursionó en evaluar el efecto de la reminiscencia en la memoria autobiográfica con la utilización de los cuestionarios de memoria Autobiográfica el AMT (*Autobiographical Memory Test*) y el AMI (*The Autobiographical Memory Interview*).

En cuanto a la metodología de los estudios, es importante destacar que un 69,4% son estudios cuasi-experimentales. Los estudios seleccionados son casi en su totalidad aleatorios y de muestras seleccionadas al azar y un 19,4% con muestreo intencional, es importante destacar que en pocas ocasiones se especificó cómo se procedió a la aleatorización. La mayoría utiliza la aleatorización simple, aunque varios recurren a una aleatorización estratificada, en función de género, grupo étnico, lugar de residencia, o una combinación de algunas de estas variables. En la mayoría de los estudios revisados utilizaron ensayos abiertos (no ciego), en los que los sujetos y los investigadores eran conscientes de que se les asignó a los sujetos en grupos de tratamiento o de control, pero en tres investigaciones se realizó un ensayo controlado. El periodo de evaluación posttest varía de 6 a 12 semanas y solo cinco intervenciones contemplaron la evaluación de seguimiento que fue de 3 a 6 meses después de finalización de las sesiones con reminiscencia.

Por otra parte, cuando se habla de los resultados esperados según los objetivos propuestos, en muchas investigaciones se observa un cambio significativo, es decir, un aumento de la autoestima, autopercepción, dominio de sí mismo, integridad, satisfacción de vida y bienestar psicológico y una reducción de los síntomas depresivos, de ansiedad, angustia emocional y algunos trabajos señalan un efecto que suele ser pequeño o de moderado a positivo en la mejora o prevención de deterioro cognitivo.

Los efectos de la reminiscencia en adultos mayores con demencias obtuvieron resultados muy positivos, de acuerdo a las investigaciones encontradas, el grupo de tratamiento mejoró significativamente los síntomas depresivos y su autoaceptación, relaciones positivas con los demás, la autonomía y el dominio del ambiente. De igual manera se observan los efectos positivos en la reducción del estrés, un factor de riesgo importante para la salud percibida (Sabir, Henderson, Kang y Pillemer, 2015; Pot et al., 2010).

En resumen, según el análisis de los artículos seleccionados se puede decir, que como

resultado más significativo se observa un efecto positivo en los adultos mayores que participan en las sesiones de reminiscencia con una reducción significativa de la sintomatología depresiva. En menor medida en estas investigaciones se señalan efectos positivos sobre indicadores de salud, integridad, bienestar y calidad de vida e incluso prevención cognitiva. También se ha señalado como estos efectos se mantienen durante aproximadamente los 6 meses posteriores a la intervención y que los tamaños del efecto observados no variaron en cuanto al formato de la reminiscencia. Es decir, que tanto las reminiscencias grupales como individuales logran efectos positivos en la población. Por tanto se puede concluir que la terapia de reminiscencia es una técnica eficaz para el trabajo con adultos mayores cuando se pretende mejorar algunas variables emocionales, de afrontamiento y principalmente como forma de fomentar una salud mental positiva.

CAPÍTULO 4

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1. Los adultos mayores: situación sociodemográfica en la República Dominicana.

La República Dominicana (RD) ocupa las dos terceras partes de la Isla de Santo Domingo o Hispaniola, la cual es compartida con la República de Haití. Tiene una superficie territorial de 48442 Km² y por efectos administrativos ha sido dividida en tres Regiones, la Región Suroeste, Sureste y Cibao, y siete subregiones que agrupan 29 provincias y el Distrito Nacional. Este último incluye a Santo Domingo, capital del país. La República Dominicana tiene anexas a su territorio las islas Saona y Beata, así como una serie de cayos e islotes en la proximidad de sus costas. Los límites naturales son: al Norte el Océano Atlántico, al Sur el Mar Caribe, al Este el Canal de la Mona y al Oeste la República de Haití. El perímetro del país es de 1963 km de longitud (1575 km. de costa y 388 km de frontera con Haití). Sus dimensiones máximas son 390 km de Este a Oeste (Cabo Engaño a Las Lajas) y 265 km de Norte a Sur (Cabo Isabela a Cabo Beata).

La constitución vigente establece un régimen de gobierno civil, democrático y representativo, organizado en poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Existe además una administración autónoma en cada Municipio y el Distrito Nacional, a cargo de los

ayuntamientos, cuyos Síndicos y Regidores, al igual que el Presidente y Vicepresidente de la República y los Diputados y Senadores del Congreso Nacional, son electos por votación universal directa y secreta cada 4 años (Pereyra et al., 2013) .

1.1. Perfil Demográfico de la Población de RD.

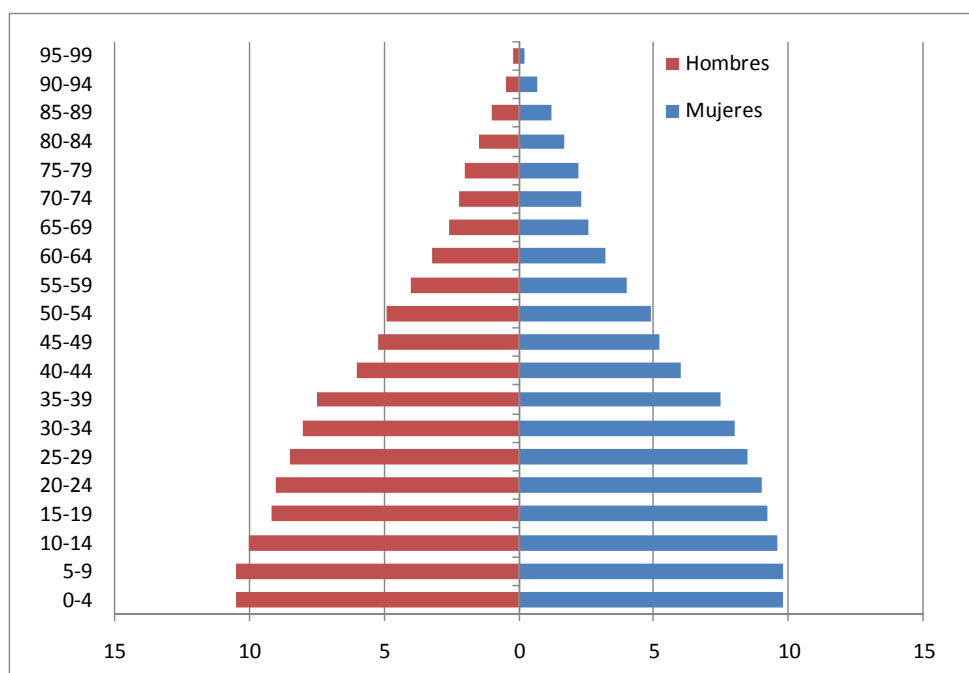
De acuerdo con los datos de la Comisión Económica de América Latina la población total de la República Dominicana es de 10.531.000 habitantes, cuya distribución por edades se presenta en la tabla 8 (CepaStat, 2015).

Tabla 8. Distribución de la población de R.D. por edad.

Edad/años	%	Hombres	Mujeres
0-14 años	28%	1474170	1423573
15-24 años	18,5%	974688	937103
25-54 años	39,3%	2078915	1984585
55-64 años	7,2%	376175	371152
65 años y más	7%	336712	392668

Los datos sobre la distribución de la población en los distintos grupos de edad indican que se mantiene la tendencia al descenso en la proporción de los menores de 15 años dentro de la población total, con el subsiguiente aumento en los porcentajes correspondientes sobre todo a la población en edades medias.

Figura 13. Distribución de la población en función de la edad y el género en RD.



Esta tendencia, que se registra en el país desde los años setenta del siglo pasado y que ha sido observada a partir de los resultados de las encuestas ENDESA señala como principal determinante de los cambios, el paso de altos a bajos niveles de fecundidad. Comparando con ENDESA (2007), en los últimos seis años la población menor de 15 años disminuyó de 33% a 30%, por contra la de 15-64 años pasó del 61% al 64% y la proporción de personas de 65 y más años se mantuvo entre 6-7% del total. En relación a las expectativas de vida al nacer, para el total de la población es de 77,8 años, siendo para hombres de 75,6 años y de 80,1 años para las mujeres.

Debe señalarse que dos factores esenciales han contribuido a disminuir el ritmo de crecimiento de la población dominicana: el primero la reducción de la tasa de natalidad y el segundo la emigración hacia otros países, fenómeno que tuvo su inicio en la década de 1960 y que cobró notoriedad a partir de 1970 (ONE, 2013). La medición del impacto de este último factor resulta un tanto compleja y algunos especialistas consideran que cerca del 20% de los ciudadanos dominicanos residen en el exterior.

Por lo que se refiere a la distribución geográfica, las dos regiones más habitadas son el Distrito Nacional que reúne el 31,8% de la población y la norcentral cuya proporción del total de habitantes representa el 17%. En la primera se encuentra la capital del país y en la segunda la ciudad de Santiago, que constituye el otro núcleo urbano más importante. La densidad poblacional en el país es de 175,9 habitantes/km², aunque este indicador varía entre regiones y provincias, lo que pone de manifiesto una significativa diferencia en la distribución de la población dentro del territorio nacional. La región más densamente poblada es el Distrito Nacional (metropolitana) con 1948 hab. / km² (PNUD, 2013).

1.2. Información Socioeconómica de la República Dominicana.

En los últimos veinte años la República Dominicana ha sido una de las economías de más alto crecimiento en Latinoamérica, con un crecimiento promedio del PIB en torno al 5,4% anual entre 1992 y 2014 (Beteta y Moreno, 2014). De acuerdo con un informe a cerca de la economía dominicana del Banco Central de la República Dominicana el Producto Interno Bruto (PIB) registró un crecimiento de 6,4% durante enero-junio 2015, en

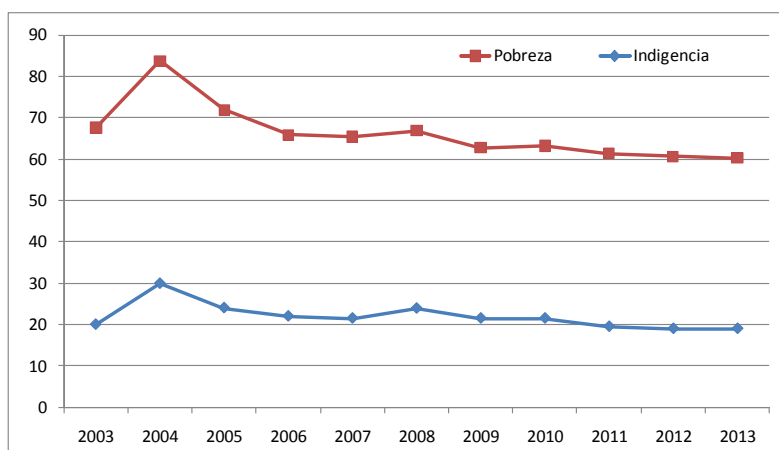
comparación con igual período del año anterior. Este notable ritmo de expansión sitúa al país como líder en términos de desempeño económico en Latinoamérica en el primer semestre del año 2015, superando a Bolivia (4,7%), Guatemala (4,1%), Panamá (4,0%), Colombia (3,7%), Honduras (3,6%), Paraguay (3,3%) y Nicaragua (3,3%), mientras el resto de los países de la región crecen a un ritmo interanual por debajo de 3%.

Sin embargo, una parte importante de la población continúa en situación de pobreza, vulnerabilidad, privación y exclusión, que se refleja en indicadores sociales que compiten en los lugares más bajos con los de países de menor ingreso e incluso de menor desarrollo humano que la R.D. (PNUD, 2010, 2013). Estos resultados, unido al hecho de que la tendencia-ciclo del Indicador Mensual de la Actividad Económica (IMAE) mostró un crecimiento interanual de 6,1%, permiten augurar que el crecimiento económico de 2015 cerraría por encima del 6,0%, superando no sólo la proyección de 4,5%-5,0% considerada en el Programa Monetario 2015, sino también a los últimos pronósticos realizados por la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) y el Fondo Monetario Internacional (FMI, 2015).

Con el desarrollo de la economía de mercado en el siglo XIX, fundamentada en la exportación de azúcar, cacao, café y tabaco, el país no sólo recibió grandes contingentes de inmigrantes sino también compradores que demandaban alojamiento. La acumulación de capitales fue demandando ocio, que se manifestó en un flujo turístico interno de elite comercial y empresarial, especialmente hacia las playas. Durante el siglo XX el turismo aumentó considerablemente. A finales del mismo, se hablaba de industria turística por la gran cantidad de empleos que generaba y su influencia positiva en la economía. En la actualidad sigue siendo la actividad económica que más empleos y divisas genera para la economía nacional. (CEPAL, 2012)

Es importante señalar que, a pesar de este fenomenal desempeño económico, la pobreza hoy en día es más alta que en 2000. La pobreza aumentó del 32 % de la población en 2000 a casi 50 % en 2004, tras la crisis financiera y económica de 2003, para descender gradualmente al 41 por ciento en 2013. Datos recientes indican una reducción al 35,8%.

Figura 14. Tasa de pobreza e indigencia en RD.



De acuerdo con el ranking regional de la pobreza, la posición número 1 es ocupada por la región Enriquillo, la más pobre del país, con una tasa de pobreza del 69,7%, y la posición número 2 la región El Valle, con una tasa de pobreza de 67%. De acuerdo con los datos, estas dos regiones se han mantenido en las dos primeras posiciones de mayor tasa de pobreza del país (Del Rosario, Morrobel y Martínez, 2009; Morillo, 2009, 2012). Las tres posiciones siguientes las ocupan, respectivamente, las regiones Higuamo, con una tasa de 57,2%, Cibao Noreste, con una tasa de 56,3% y Yuma, con una tasa de 52,0%.

2. Situación de los Adultos Mayores Dominicanos.

Actualmente en la República Dominicana la edad de retiro oficial es a los 65 años, aunque no existe información fiable de cuando realmente se produce. Respecto a las características de los adultos mayores, el sexo femenino tiene una esperanza de vida mayor que el sexo masculino (77 años el hombre, 80 la mujer) y las mujeres de 60 años y más representan en la actualidad el 52,3%. En cuanto al perfil del estado civil, según el Censo de Población de 2014, de la población de 15 años de edad y más (4670182 habitantes, un 64% de la población total del país), un 36% declararon ser solteros. La población con algún tipo de vida marital representaba un 53,8% (24,4% casados y 29,4% con unión libre), los divorciados y separados eran un 6,5% y los viudos otro 3,7%. La gran mayoría de los adultos mayores viven en hogares multigeneracionales y menos del 10% vive solo. Finalmente señalar que este grupo

es particularmente vulnerable por la alta incidencia de analfabetismo, además la gran mayoría no figura en los programas mínimos de seguridad social, pues muchas permanecen en el hogar desarrollando labores sin valor monetario en el mercado y porque existe un gran número de viudas con alto grado de dependencia económica.

Una vez presentados estos datos demográficos, es importante centrarse en la situación económica de las personas mayores. En primer lugar, debemos tener en cuenta que los programas institucionales, además de ser insuficientes, cuentan con muy bajos presupuestos y con escasas posibilidades de autofinanciación de manera que muy pocas personas reciben pensiones y, en cualquier caso, son tan exiguas que no les permiten satisfacer debidamente sus necesidades. De esta manera, una buena parte de las personas mayores vive de ingresos informales que le sirven de sustento como por ejemplo las remesas que les envían los familiares que han emigrado a otros países. Además, un gran número de adultos mayores viven de la caridad pública. Por lo que se refiere al plano familiar, se observan diferencias según el tipo de familia, las condiciones socioeconómicas y la ubicación geográfica, sea ésta urbana o rural.

En las zonas rurales y en las pequeñas ciudades, el estilo de vida familiar favorece una actitud más positiva hacia el mayor, ya que la cercanía permite construir redes de apoyo informal. Otro aspecto a destacar en relación a la vida psíquica y social, es que en muchos casos se sufren alteraciones como consecuencia del aislamiento y el abandono al que se ven sometidos. La falta de estímulos culturales y de actividad contribuyen al deterioro psíquico, a lo que hay que añadir la concepción que de sí mismo haya interiorizado el anciano y la oportunidad que haya tenido de descubrir y medir sus potencialidades, así como la escala de valores y necesidades que se plantean y que en gran medida está determinada por su medio social y familiar.

De acuerdo con la publicación del Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA, 2006), se considera el envejecimiento como uno de los cambios más notables en la estructura de la población dominicana. Así, se plantea como un gran desafío el desarrollo de políticas para este segmento al cual no se le ha prestado la debida atención.

Los programas destinados a la protección de los mayores, así, además de los servicios hospitalarios dentro del modelo general de servicios de salud, cuenta con un Programa de

Hogares de Ancianos. Actualmente existen en el país 23 hogares de ancianos como estancias permanentes, supervisadas por la SESPAS, que albergan un total de 1252 personas. Además, existen nueve centros de atención diurna que atienden a 370 personas. De éstos, sólo cuatro son subvencionados totalmente por el estado, los demás dependen de ayudas de organizaciones privadas, religiosas, ONGs y de iniciativas privadas.

Por otra parte, uno de los principales problemas que tienen que ver con el envejecimiento hace referencia a los niveles educativos de la población mayor. De acuerdo a los resultados del IX Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010, República Dominicana exhibía una tasa de analfabetismo en la que casi el 13% de la población de 15 años y más del país no sabe leer ni escribir. Estas tasas de analfabetismo se incrementan según aumenta la edad, aunque debe señalarse que la población femenina presenta menores tasas que la población masculina en las edades de 15 a 54 años. Sin embargo, en los datos censales a partir de los 55 años, los hombres aparecen con menores tasas que las mujeres. Si se considera que las personas que tenían 55 años en 2010 son las que nacieron a partir de la segunda mitad de la década del 1950 y que entraron en edad escolar comenzando la década de 1960, se pueden encontrar interesantes coincidencias temporales entre este corte y los grandes cambios sociales, políticos y económicos que comenzaron a desarrollarse en ese periodo y en especial en República Dominicana. A partir de esos años, la tasa de analfabetismo en las mujeres comenzó a ser menor que la de los hombres y así se ha mantenido hasta hoy. Con respecto a la diferencia entre las tasas de analfabetismo en las zonas urbana y rural, el censo 2010 muestra que en el país existe una diferencia importante en lo que se refiere al acceso a la educación entre estas dos zonas de residencia.

En la República Dominicana en 2014, el 41,8% de la población mayor de 65 años era analfabeta, un 32% había cursado la primaria de forma incompleta, el 15,1% había cursado la primaria de forma completa, el 3,2% cursó estudios secundarios y solo el 3,4% había alcanzado un nivel superior. Sin duda alguna, el bajo nivel de instrucción de las personas mayores constituye un factor limitante para su sobrevivencia y su calidad de vida.

Aunque se han hecho esfuerzos por mejorar el nivel de alfabetización, aún persiste una gran cantidad de adultos y adultas mayores sin ningún nivel de instrucción y muchos analfabetos funcionales. Uno de los esfuerzos para mejorar la situación lo constituye el

Programa de Alfabetización y Educación Básica de Adultos (PRALEB). Este programa tiene como objetivo general desarrollar una acción intensiva de alfabetización y educación de adultos tendente a reducir significativamente el índice de analfabetismo existente. Sus componentes son: Alfabetización, Educación Básica y Educación para el Trabajo.

Son beneficiarios de este programa, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencias de España, unos 36042 estudiantes alfabetizados y 21516 estudiantes graduados para un total de 57562 estudiantes, pertenecientes a 19 provincias del país. A nivel superior también se han desarrollado iniciativas para impulsar la educación superior de los adultos mayores. Tal es el caso de la Universidad de la Tercera Edad (UTE) que nace brindando un espacio para el desarrollo intelectual del adulto mayor, la exaltación de sus potenciales, valores y aptitudes. Esta universidad ofrece en la actualidad las carreras de Licenciatura en Derecho, Psicología Clínica, Psicología Organizacional y Escolar, Contabilidad, Comunicación Social, Ciencias Políticas, Administración de Empresas, Relaciones Públicas, Historia, Literatura, Letras, Artes y Mercadotecnia, así como los grados técnicos en Diseño, Decoración y Educación. Para 1998 esta institución docente había egresado más de 300 profesionales en las diferentes áreas.

3. Logros y base legislativa del Adulto Mayor en la República Dominicana.

Es 1980, cuando se designa a un representante permanente de la República Dominicana en La Asamblea General de las Naciones Unidas como integrante de un Comité de 23 países, para organizar la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1982) y preparar una propuesta de Plan de Acción Internacional, cuando se puede hablar del inicio de acciones que se realizan y apoyan los adultos mayores.

En el año 1991, la Representación Permanente del país ante las Naciones Unidas, liderada por la señora Julia Álvarez y la Federación Internacional de la Vejez, promovieron una importante iniciativa en el seno de las Naciones Unidas, que la Asamblea General hace suya y mediante la Resolución No 46/91 estableciéndose los Principios a favor de las personas de edad, instando a los gobiernos a introducir en sus programas nacionales, a favor

de los adultos mayores, los aspectos relativos a la independencia, participación, cuidado y dignidad, entre otros.

El 1 de octubre del 1998, el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, anuncia oficialmente la celebración del 1999 como el año del adulto mayor, adoptando el lema “Hacia una sociedad para todas las edades”. A la República Dominicana, promotora de la iniciativa, le correspondió el honor de introducir el tema ante la Asamblea General.

En ese mismo año, el Gobierno Dominicano promulga la Ley 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente, vinculado con el Plan de Acción Internacional de Viena del 1982, del cual el país es signatario. Dicha Ley, es reglamentada mediante el Decreto Número 1372-04, del 25 de octubre del año 2004, cuando se promulgan, además, otras leyes y decretos que protegen a los adultos mayores. De acuerdo al mandato de la Ley 352-98 se designan los integrantes del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente en el año 2005, como organismo adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con carácter de autoridad nacional para actuar como organismo oficial en la definición, coordinación y ejecución de políticas nacionales sobre el adulto mayor (población mayor de 65 años), con autonomía y atribuciones competentes sobre instituciones públicas y privadas de atención al adulto mayor.

Desde entonces, el CONAPE, como Órgano Rector asume la coordinación del trabajo que la Cancillería de la República, a través de la Representación Permanente del país ante las Naciones Unidas, las delegaciones de Salud Pública y las ONG, venían desarrollando desde la primera Asamblea Mundial celebrada en Viena (1982) hasta el acuerdo a que los países arribaron en Chile (2003) sobre la Estrategia Regional para la implementación del Plan de acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento.

Para la fecha de la celebración de la primera conferencia regional (2003) ya República Dominicana había iniciado la aplicación del Seguro Familiar de salud del Régimen subsidiado de la Seguridad Social.

En el año 2004 varios decretos conforman nuevas instituciones con competencia para ampliar la protección del envejeciente: 1082-04 Gabinete de coordinación de Política social; 1073-04 Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN); 1554-04 Programa de Protección social; 1560-04 Administradora de subsidios sociales (ADESS); 536-05 Programa Solidaridad dentro

de la Red de Protección social.

Desde el año 2004, el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), desarrolla y supervisa, entre otras, las siguientes actividades dirigidas a la Población envejeciente:

- Acuerdos interinstitucionales con entidades estatales que apoyan los esfuerzos en favor de la persona de edad.
- Acreditación a instituciones prestadoras de servicios al adulto mayor.
- Visita a hogares de larga estadía.
- Trabajo por la incorporación del envejeciente a SENASA y seguimiento.
- Talleres y Conferencias.
- Centros de servicios, Capacitación y Recreación (SECARE).
- Programa de Inmunización del Adulto Mayor.
- Diagnóstico: evaluación de las condiciones de vida.

En el año 2005, el Decreto 536-05 establece el Programa Solidaridad dentro de la Red de Protección Social, para combatir la pobreza a través de transferencia condicionadas de recursos económicos. Con dos grandes componentes: salud y educación.

Al año 2007, la República Dominicana había logrado notables avances en materia de protección de las personas de edad, iniciada con la aplicación las leyes 352-98, sobre protección al envejeciente y creación del CONAPE y la Ley 87-01, del Sistema Nacional de Seguridad Social y la Ley General de Salud 42-01.

Luego de la Declaración de Brasilia, emanada de la segunda Conferencia Intergubernamental Regional, la República Dominicana se unió a los países de América Latina y el Caribe para dar seguimiento a la Declaración y promover el cumplimiento de sus artículos 25 y 26, realizándose cuatro reuniones de seguimiento con el propósito de avanzar en una estrategia que permita culminar con un proyecto de convención internacional vinculante, que de una mayor protección los derechos de la persona de edad.

También se participó activamente, en el año 2011, en las sesiones del Grupo de

Trabajo conformado por las Naciones Unidas mediante la resolución 65/182 de diciembre del 2010, para examinar la situación de los derechos de las personas de edad en el mundo y la actual estructura de protección; en estos encuentros los países de Latinoamérica y el Caribe estuvieron de acuerdo en la promoción de una convención internacional vinculante. La República Dominicana apoyó la formación del Grupo de Trabajo de la Organización de los Estados Americanos. Con la conformación del Grupo de Trabajo de Composición abierta con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad, se participó en las dos reuniones celebradas en el año 2011, en la sede de las Naciones Unidas en New York. Asimismo, participo en la revisión que realiza el Consejo Económico y Social en la sede de Naciones Unidas en New York para la puesta en marcha del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento.

El 26 de enero del año 2010, el Estado Dominicano proclama una nueva Constitución, reafirmando en ella, en sus Artículos 57 y 60 el compromiso asumido en la Ley 352-98 de proteger los derechos de las personas de edad. Los Artículos 57 y 60 rezan como sigue:

Artículo 57.- Protección de las personas de la tercera edad. La familia, la sociedad y el Estado concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

Artículo 60.- Derecho a la seguridad social. Toda persona tiene derecho a la seguridad social. El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez.

A más de una década de promulgada la Ley 352-98, dados los cambios y reformas en la administración pública y judicial del país y los acuerdos y compromisos internacionales asumidos por la nación en materia de envejecimiento, se hace necesario adecuar esta Ley a la realidad actual. En ese sentido, una comisión integrada por el CONAPE, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, un representante del Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Seguridad Social, el Colegio Médico Dominicano y COPRESIDA, trabajan en un proyecto de actualización de la misma, con el propósito de conciliar las nuevas leyes a las normas de los tratados internacionales y fortalecer la institucionalidad creando mejores

mecanismos tutelares y presupuestarios que efectivamente protejan los derechos de la persona de edad, se establezcan las debidas sanciones y que sean aplicadas por el sistema judicial.

Ley No 1-12, de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, establece el compromiso del gobierno de continuar con los planes y proyectos de desarrollo, y define objetivos y metas específicas para el sector envejeciente, señalándose en el Eje Estratégico 2: “Una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, que garantiza a la población educación, salud y servicios básicos de calidad, y promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial”.

Bajo estas orientaciones el CONAPE, desarrollará su política de protección introduciendo en el presupuesto nacional aquellas acciones correspondientes a su plan estratégico.

Con la aprobación de esta Ley “cada gestión de Gobierno deberá contribuir a la implementación de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, a través de las políticas públicas plasmadas en el Plan Nacional plurianual del Sector Público, los planes institucionales, sectoriales y territoriales y los presupuestos nacionales y municipales, y establecerá explícitamente la articulación de dichas políticas con los Objetivos y Líneas de Acción de la Estrategia”.

Como conclusión decir que, aunque se han establecido todas estas normas y reglamentos a favor de los adultos mayores, el envejecimiento se presenta como un reto esencial, que en el contexto de la República Dominicana se ha avanzado poco en la aplicación de esas políticas sociales orientadas a garantizar la calidad de vida. Así, y si bien aún se está muy lejos de tener un Libro Blanco o una Ley de la Dependencia, la esperanza de un futuro mejor para los adultos mayores da sentido a investigaciones, con las cuales se pretende motivar la apertura del debate sobre el tema.

CAPÍTULO 5

Método

1. Objetivos e hipótesis de la investigación.

Este trabajo tiene como eje central la reminiscencia. La reminiscencia como concepto tiene dos orientaciones psicológicas diferentes por una parte, existen una serie de trabajos orientados a analizar como las funciones de ésta se relacionan entre sí y qué tipo de relaciones significativas presentan con la salud mental intentando determinar cuáles de ellas pueden ser predictores positivos y cuales negativos; por otra parte, existe una novedosa línea de trabajo basada en la psicología aplicada que pretende determinar como la reminiscencia como forma de terapia no farmacológica puede afectar a diferentes variables psicológicas mejorando el estado psicológico de las personas.

De este modo, aunque se plantean dos objetivos principales sus resultados pueden ser entendidos dentro de un continuo. En primer lugar (Obj1), se pretende analizar mediante modelos de ecuaciones estructurales la influencia de las funciones de reminiscencia sobre la salud mental en una muestra de adultos mayores de la República Dominicana para posteriormente (Obj2) poner a prueba un tratamiento basado en terapia de reminiscencia y comparar la posible modificación de las puntuaciones de un grupo tratamiento frente a un

grupo control en diferentes variables psicológicas mediante un diseño de medidas repetidas y un seguimiento a los 3 meses.

1.1. Objetivo 1.

Mediante modelos de ecuaciones estructurales, este trabajo pretende poner a prueba un modelo confirmatorio en el que los tipos de reminiscencia agrupados en funciones predecirán un factor de salud mental compuesto por medidas de bienestar y desorden psicológico en adultos mayores sanos.

La hipótesis principal (H1) basada en trabajo anteriores (Cappeliez y O'Rourke, 2006) plantea que el modelo estructural debería mostrar adecuados índices de ajuste para la predicción de la salud mental a partir de tres funciones de reminiscencia definidas mediante dimensiones justificadas en la literatura; si bien se espera que las relaciones sean diferentes en su signo y para facilitar la mejor comprensión del modelo esta hipótesis general se ha subdividido en tres hipótesis distintas.

Teniendo en cuenta que la preparación a la muerte es una de las características de ajuste para la consecución de la integridad en las últimas etapas del ciclo vital, que la identidad implica analizar patrones de coherencia personal a lo largo del propio ciclo vital, y que la solución de problemas está altamente relacionada con la predicción del mantenimiento del bienestar en situaciones en las que el control del entorno exige adaptación, se espera (H1a) que la función del self positivo (preparación para la muerte, identidad y solución de problemas) muestre una relación significativa, positiva y directa en la predicción de la salud mental.

Por contra revivir la amargura y utilizar el recuerdo como mero reductor del aburrimiento se asocian con una menor satisfacción con la vida y mayor cantidad de desórdenes psicológicos como la depresión, además los duelos no superados, se convierten en patológicos y mantener el contacto con una persona fallecida se asocia con tristeza, estado de ánimo depresivo, y desorden psicológico, por tanto se espera (H1b) que la función de self negativo (revivir la amargura, reducción del aburrimiento y mantenimiento de la

intimidad) muestre una relación significativa, negativa y directa en la predicción de la salud mental.

Finalmente teniendo en cuenta que la reminiscencia conversacional maximiza las oportunidades de experimentar emociones positivas y que utilizarla como un medio para enseñar-informar está altamente relacionado con la generatividad predictor de satisfacción con la vida en los adultos mayores, se espera (H1c) que la función prosocial (enseñar-informar y conversar) debería mostrar una relación significativa, positiva y directa con la salud mental.

1.2. Objetivo 2.

En los últimos años, la intervención con reminiscencia se ha convertido en uno de los tratamientos no farmacológicos que mayor repercusión está teniendo, ofreciendo probados resultados de su eficacia en adultos mayores. Es por ello, que como objetivo se planteó la aplicación de una intervención mediante reminiscencia en adultos mayores de la Republica Dominicana para fomentar la mejora de diferentes variables psicológicas relacionadas con el envejecimiento óptimo.

Aunque la mayor parte de los trabajos plantean medidas pre y post tratamiento, en este trabajo se estableció un seguimiento a los tres meses planteándose que el tratamiento (H2) generará beneficios que se podrán observar en la medida post-tratamiento y que esta mejora se mantendrá en el seguimiento.

En relación al nivel cognitivo, existe una cierta controversia sobre los efectos de este tipo de terapia, si bien, en este trabajo (H2a) no se espera observar una mejoría ni tras la aplicación, ni en el posterior seguimiento. En relación al estado de ánimo, que ha sido una de las dimensiones centrales al trabajar desde este tipo de tratamiento, (H2b) se espera que exista una clara repercusión en el grupo tratamiento mediante la reducción de la sintomatología depresiva, reducción que además debería mantenerse en el seguimiento. En relación a las demás variables emocionales (H2c) autoestima y satisfacción deberían presentar claras mejoras tras la aplicación del tratamiento siendo la satisfacción la que se mantenga en el seguimiento con puntuaciones similares. El bienestar psicológico, dado que

está compuesto de diferentes dimensiones que presentan trayectorias diferentes, debería mostrar (H2d) efectos más claros en las dimensiones más características de este tipo de bienestar como son el dominio del ambiente, el crecimiento personal y el propósito en la vida, efecto que se debería mantener en el seguimiento. Por lo que respecta al análisis de los efectos del tratamiento en las variables adaptativas esperamos obtener efectos en resiliencia así como en el coping, donde las estrategias basadas en un afrontamiento focalizado en la solución de problemas (H2e) deben de mostrar claros aumentos en sus puntuaciones con mantenimiento de aquellas estrategias que la definen, por el contrario las estrategias centradas en la emoción y de carácter desadaptativo deberían mostrar descensos en el post-tratamiento y mantenerse en el seguimiento. Finalmente, en relación a la utilización del recuerdo las dimensiones propias del self positivo (H2f) deben mostrar un incremento que se mantenga en el seguimiento, al igual que las dimensiones prosociales, mientras que las dimensiones del self negativo debería tener a disminuir y mantener esa disminución en la medida de seguimiento.

2. Participantes.

2.1. Procedimiento de recogida de la muestra.

Para la puesta en marcha del presente trabajo se establecieron cinco fases. En la primera fase, se llevó a cabo un reclutamiento incidental, la muestra. Para la recogida inicial de la muestra se estableció contacto con cuatro centros de salud y sociales de la ciudad de San Juan de la Maguana (República Dominicana) para ofrecerles la posibilidad de que sus usuarios participaran en un programa orientado al envejecimiento satisfactorio y para la mejora de la salud mental basado en terapia de reminiscencia; estos centros aceptaron participar publicitando el programa y tomando nota de los posibles participantes y su teléfono de contacto.

Posteriormente dio comienzo una segunda fase. Mediante llamada telefónica se estableció contacto con 180 personas interesadas en participar en esta acción, se les explicó

de forma más explícita el objetivo de la investigación y se les citó en su mismo centro para mantener una reunión preliminar. En esta serie de reuniones además de tener el primer contacto personal con ellos, se les proporcionó la hoja de información del estudio (objetivos la investigación, riesgos y beneficios de la misma, confidencialidad de los datos...) para a continuación firmar el consentimiento informado. También se estableció una cita para la evaluación. La fase de evaluación inicial (pretest) se realizó en una sesión de aproximadamente 60 minutos y en ella se completaron los datos sociodemográficos, así como las pruebas establecidas en el protocolo evaluación. Las evaluaciones fueron realizadas siempre por el mismo evaluador.

De forma paralela se elaboraron los criterios de inclusión y exclusión de la muestra para poder participar en la intervención. Los criterios de inclusión fueron: ser adultos mayores con una edad igual o superior a 65 años, pertenecer administrativamente al municipio de San Juan de la Maguana, no estar institucionalizado, no mostrar síntomas de deterioro cognitivo, no debía existir terapia farmacológica o psicológica para la depresión ni presencia de otras enfermedades psiquiátricas o neurológicas que estuvieran relacionadas con el deterioro cognitivo.

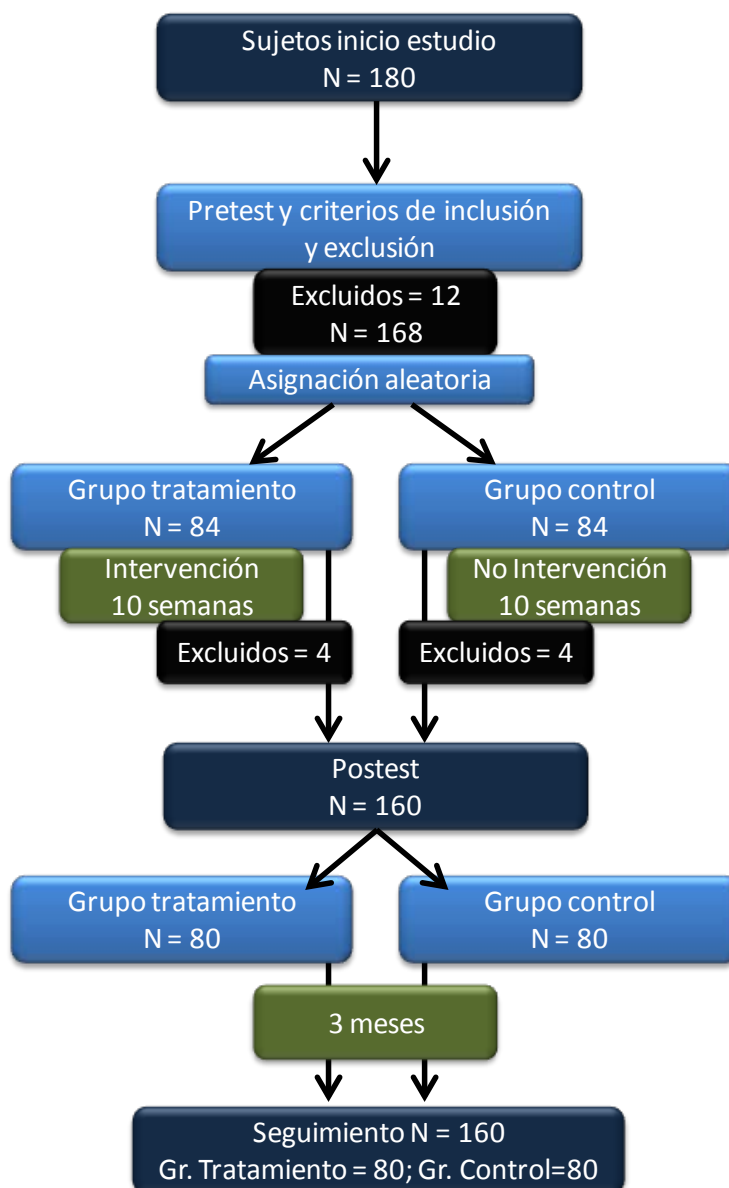
Los criterios de exclusión fueron: no asistir a un 20% de las sesiones, presencia de déficit sensoriales que impidieran el seguimiento o evaluación de la terapia, existencia de dependencia con dificultades de movilidad o con necesidad alta de ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, pérdida de las capacidades verbales y habilidades psicomotoras básicas, presentaran historial de enfermedad neurológica grave, trastorno psiquiátrico grave, historia de abuso de sustancias, uso crónico de medicación psicoactiva o hipnótica. Del total de personas evaluadas 12 no se incluyeron en el estudio por no ajustarse a los criterios anteriores (ocho por posible deterioro cognitivo y cuatro por razones relacionadas con dependencia) quedando dentro del programa un total de 168 adultos mayores.

En la tercera fase se realizó una asignación aleatoria de los participantes a los grupos control y tratamiento. Los participantes del grupo control fueron asignados a una lista de espera para la realización del programa una vez finalizada la recogida de datos en la fase de seguimiento.

Una vez asignados los participantes a los diferentes grupos dio comienzo la cuarta fase con la aplicación del programa de intervención basado en terapia de reminiscencia que duro un total de 10 semanas. Al finalizar el programa se evaluó por segunda vez a todos los participantes. Debe señalarse que ocho participantes fueron excluidos, cuatro que tuvieron una participación inferior a la establecida en los criterios de exclusión y cuatro del grupo control que no quisieron continuar.

La fase final de esta investigación fue la evaluación de seguimiento a los tres meses de los participantes. En la figura 15 se puede observar el diagrama que representa el proceso realizado.

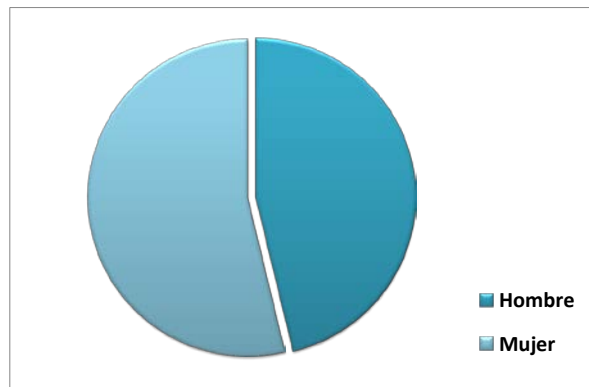
Figura 15. Diagrama del proceso realizado.



2.2. Descripción del total de la muestra.

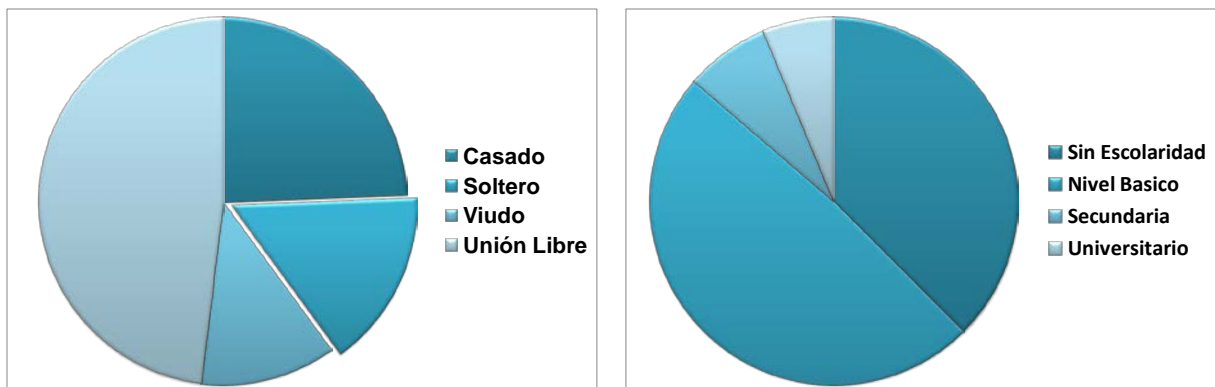
Por lo que respecta a las características de la muestra total, ésta está constituida por 160 sujetos no institucionalizados, que viven en el Municipio de San Juan de la Maguana (República Dominicana). La edad media fue de 72,25 (DT = 6,7). En relación al género, en la muestra total el 46% eran hombres, y el 54% fueron mujeres. A continuación, se presenta la figura de género en la muestra total.

Figura 16. Porcentaje del total de la muestra en función del género.



En relación al estado civil la distribución fue de 24,4% casados, 15,6% solteros, 11,9% viudos y 48,1% en unión libre. En cuanto al nivel de escolaridad, un 37,5% sabía leer y escribir, un 48,8% poseía nivel básico, un 7,5% secundaria y un 6,2% tenía universitarios.

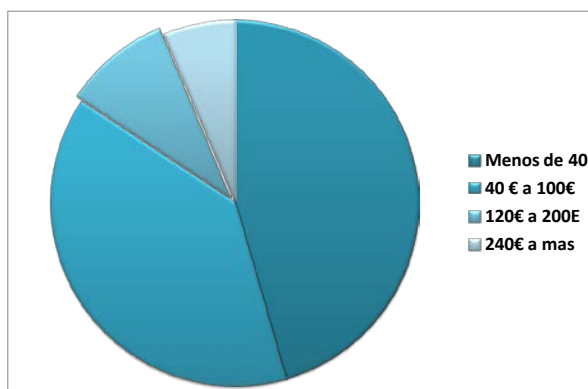
Figura 17. Porcentaje del total de la muestra en función del estado civil y nivel de escolaridad.



En relación al lugar donde viven un 74% lo hace en casa propia, 13% en casa alquilada y en casa de familiares un 13%. Al cuestionar sobre la cantidad de hijos en la muestra total se encontró que el 93,7% tiene hijos; mientras que el 6,3% no lo tiene. La media de cantidad de hijos de la muestra encontrada es de 5,03 (DT = 3,08). Al indagar sobre con quienes viven el total de la muestra indica 17,5% vive solo, 28,1% con pareja o esposa, un 18,1% sus hijos,

un 30% con esposas e hijos y 6,3% con familiares. En relación al nivel de ingreso la muestra total mostró la siguiente distribución: 45,6% ganan menos 2,000 pesos (40 euros); 38,8% ganan entre 2,000 a 5,000 pesos (hasta 100 euros), un 9,4% está entre 6,000 a 10,000 (100 a 200 euros) y solo un 6,3% está por encima de los 12,000 pesos (más de 200 euros).

Figura 18. Porcentaje del total de la muestra en función del nivel de ingresos.

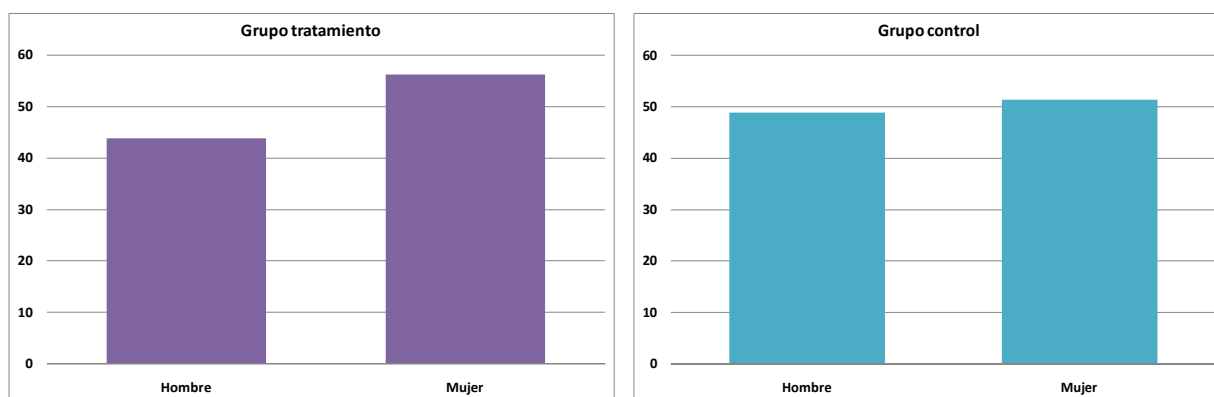


2.3. Descripción de los Grupos Tratamiento y Control.

Tal y como se señalaba, una vez obtenida la muestra total, esta fue asignada aleatoriamente a los grupos control y tratamiento, ambos con una N = 80; a su vez el grupo tratamiento fue subdividido en cuatro grupos de 20 personas para realización de las sesiones. A continuación, se presentan las características demográficas, en relación al grupo tratamiento y grupo control.

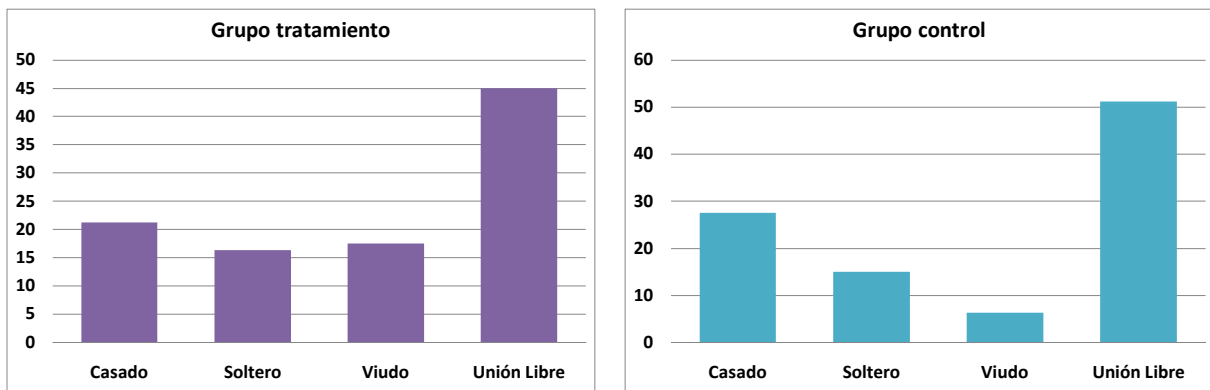
Por lo que respecta al grupo tratamiento, la edad media fue de 73,06 (DT = 6,9), mientras el grupo control mostró una media de 71,44 (DT = 6,3). En relación al género la muestra formada por el grupo tratamiento está compuesta por 43,8% hombres y 56,3% de mujeres; mientras que el control tiene 48,8% de hombres y 51,2% de mujeres.

Figura 19. Porcentaje en los grupos tratamiento y control en función del género.



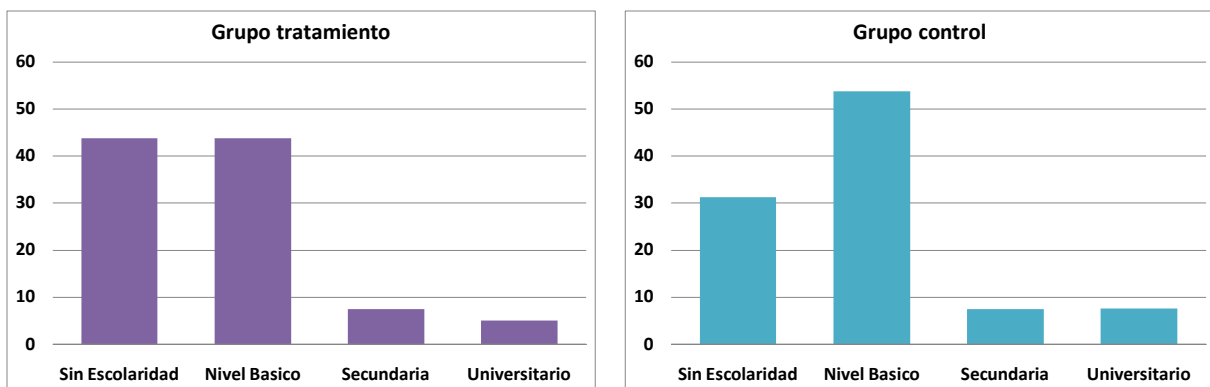
En el grupo tratamiento en cuanto al estado civil un 21,3% están casados, el 16,3% soltero, 17,5% viudos y un 45% se encuentra en unión libre, mientras que, en el control, el 27,5% están casados, 15% solteros, 6,3% viudos y un 51,2% se encuentra en unión libre. En la figura 21 se observa la distribución por grupo del estado civil.

Figura 20. Porcentaje en los grupos tratamiento y control en función del estado civil.



En cuanto al nivel de escolaridad la muestra por grupos mostró la siguiente distribución en el grupo tratamiento, un 43,8% sabe leer y escribir, un 43,8% completo el nivel básico, un 7,5% secundaria y un 5% han ido a la universidad; en el grupo control un 31,3% están sin escolaridad, un 53,8% en el nivel básico, un 7,5% secundaria y un 7,6% han ido a la universidad.

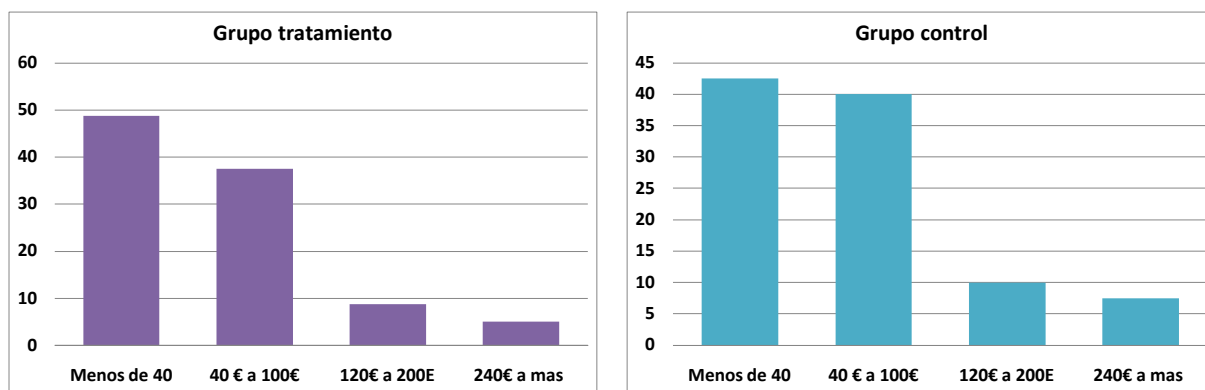
Figura 21. Porcentaje en los grupos tratamiento y control en función del nivel de escolaridad.



En cuanto al lugar donde viven la relación en el grupo tratamiento un 68,8% vive en casa propia, un 18,8% está en casa alquilada y 12,4% en casa de familiares. Mientras en el grupo control se observó que el 74,7% vive en casa propia, el 12,7% casa alquilada y el 12,6% vive en casa de algún familiar.

En relación a la distribución de la muestra por tenencia de hijos se puede observar que el 91,3% de los sujetos en el grupo tratamiento tiene hijos y el 96,2% en el grupo control. La media de cantidad de hijos de la muestra es de 4,85 (DT = 3,2) en el grupo tratamiento, y de 5,21 (DT = 2,9) en el grupo control. Al indagar sobre con quienes viven, en el grupo tratamiento el 22,5% vive solo, 26,2% con pareja o esposa, un 20% con sus hijos, 25% con esposas e hijos y 6,3% con otros familiares; en el grupo control tenemos que 12,5% vive solo, 30% con pareja o esposa, un 16,2% con sus hijos, 35% con esposas e hijos y 6,3% con otros familiares. En relación al nivel de ingreso la distribución en el grupo tratamiento fue un 48,8% ganan menos 2.000 pesos (40 euros), un 37,5% ganan entre 2.000 a 5.000 pesos (menos de 100 euros), un 8,7% está entre 6000 a 10000 (100 a 200 euros) y un 5% está por encima de los 12.000 pesos (más de 200 euros). En el grupo control el 42,5% gana menos 2.000 pesos (40 euros), el 40% gana entre 2.000 a 5.000 pesos (hasta 100 euros), el 10% está entre 6.000 a 10.000 (100 a 200 euros) y el 7,5% está por encima de los 12.000 pesos (más de 200 euros).

Figura 22. Porcentaje en los grupos tratamiento y control en función del nivel de ingresos.



Una vez descritos los grupos y de cara a analizar la homogeneidad de los mismos se establecieron comparaciones para la edad (73,06 vs. 71,44; $t(158) = 1,54$, $p = 0,125$), género ($\chi^2(1) = 0,90$, $p = 0,343$), estado civil (Mann-Whitney $z = 0,015$, $p = 0,988$), nivel de escolaridad (Mann-Whitney $z = 1,5109$, $p = 0,131$), lugar donde vive (Mann-Whitney $z = 0,708$, $p = 0,479$), con quien vive (Mann-Whitney $z = 1,382$, $p = 0,167$) e ingresos (Mann-Whitney $z = 0,887$, $p = 0,375$). Partiendo de estos resultados se puede afirmar que no existen diferencias entre los grupos en las variables sociodemográficas estudiadas.

3. Instrumentos.

Para la evaluación de los sujetos se aplicó un protocolo compuesto por datos sociodemográficos y diferentes pruebas de evaluación. En relación a los datos sociodemográficos, obtuvo información de edad, género, estado civil, nivel de estudios, profesión, lugar donde vive, con quien vive y nivel de ingresos mensual. Los instrumentos utilizados fueron: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), Escala de Depresión Geriátrica (GDS), Escala de Autoestima de Rosenberg, Índice de Satisfacción Vital (LSI-A), Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, *Brief Resilient Coping Scale* (BRCS), Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) y Escala de Funciones de la Reminiscencia (RFS); estos se detallan a continuación.

a. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC).

En relación a las pruebas de evaluación a los grupos de intervención y focal, en primer lugar, se aplicó el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), (Lobo et al., 2002). El MEC es una prueba de cribado breve de detección del deterioro cognitivo a través de la evaluación del rendimiento en diferentes áreas. Esta prueba es una adaptación modificada al español del *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975) y proporciona una puntuación total de entre 0 y 30, obtenida a través de la suma directa de las puntuaciones que proporcionan los aciertos en la prueba.

La prueba, que se puede administrar en 5-15 minutos, valorándose diferentes áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, memoria de fijación y reciente, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, pensamiento abstracto y construcción visoespacial.

El punto de corte más ampliamente aceptado y frecuentemente utilizado para el MEC es 23 indicando la posible presencia de un déficit cognitivo. De este modo, se incluyó como criterio de exclusión la obtención de puntuaciones inferiores a 23. Puesto que el MMSE se desarrolló como instrumento de “*screening*” o cribado de déficit cognitivo, una puntuación baja (igual o menor a 23) indica tanto la probabilidad de un trastorno cognitivo como la necesidad de una evaluación más exhaustiva. Las puntuaciones bajas no deben ser utilizadas para hacer un diagnóstico de demencia o para discriminar entre diversas formas de demencia u otros trastornos. Sin embargo, el MMSE puede ser utilizado para clasificar la

gravedad del déficit cognitivo. Así, se trata de una prueba de medición breve y cuantitativa que puede utilizarse para detectar déficit cognitivo, para seguir el curso de los cambios cognitivos a lo largo del tiempo y para evaluar la respuesta a los diferentes tratamientos (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 2001).

En relación a sus características psicométricas se ha demostrado ampliamente su fiabilidad, validez y poder discriminatorio, con una especificidad del 82% y una sensibilidad del 84,6%. La consistencia interna del instrumento oscila entre 0,82-0,84. Su fiabilidad interjueces es de 0,83 en pacientes con demencia, de 0,95 en pacientes con distintos trastornos neurológicos, y de 0,84-0,99 en ancianos en régimen de residencia. En cuanto a sus coeficientes de correlación intraclase éstos oscilan entre 0,69 y 0,78 en ancianos en régimen de residencia. El nivel de acuerdo interjueces llega al Kappa = 0,97 para 5 evaluadores. Su fiabilidad test-retest -entre un día y nueve semanas- alcanza índices comprendidos entre 0,75 y 0,94 en pacientes con demencias.

b. Escala de Depresión Geriátrica (GDS).

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS; Yesavage et al., 1983) fue desarrollada específicamente para distinguir entre personas mayores depresivas y no depresivas. Está formada por treinta ítems sobre irritabilidad, pensamientos angustiosos, afecto, aislamiento, juicios negativos e. Tiene dos opciones de respuesta (si/no) para facilitar la administración y no se centra en el estado físico de la persona, sino en aspectos relacionados con el estado de ánimo.

Se han realizado distintas adaptaciones al castellano, tanto de la versión original de 30 ítems (González, 1988; Ramos, Montejo, Lafuente, Ponce de León y Moreno, 1991; Salamero y Marcos, 1992) como de versiones más abreviadas. En concreto, la realizada por Aguado et al. (2000) de 15 ítems y Lobo, Ventura y Marco (1990) destacan por haber efectuado un proceso de traducción simple y se mantienen las alternativas de respuesta. Otras, como la de González (1988), han introducido cambios tan importantes (forma de administración y puntuación) que su comparación con el original es compleja. Otra versión destacable es la realizada por Martínez de la Iglesia et al. (2002), sobre la GDS de 15 ítems, cuyo proceso de adaptación transcultural incluyó traducción-retrotraducción y estudio piloto.

La puntuación máxima es de 30 y se calcula sumando las respuestas asociadas a la presencia de depresión. De esos 30 ítems, 20 indican la presencia de depresión al ser respondidos afirmativamente, mientras que los 10 restantes señalan depresión cuando son contestados de forma negativa.

La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realiza con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas en investigaciones clínicas. En un estudio de validación que comparaba versiones cortas y largas de la GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0,84$, $p < 0,001$) (Yesavage y Sheikh, 1986).

La Fiabilidad ha sido obtenida por varios métodos y los valores observados, en general, son muy altos, llegando hasta 0,94 (consistencia interna), 0,94 (por el método de las dos mitades) y 0,85 (fiabilidad test-retest). En cuanto a la validez convergente, se comparó la GDS con la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (SDS) y la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (HRS-D) obteniéndose una relación muy satisfactoria, con valores de 0,84 y 0,83 respectivamente. Además, se ha observado una buena correlación entre la GDS y el Inventario de Depresión de Beck (0,78 y 0,74 al cabo de seis meses) (Cabañero, Cabrero, Richart, Muñoz y Reig, 2007).

En los estudios originales sobre versiones de 30 ítems los coeficientes de consistencia interna oscilaron entre 0,61 para la versión de Ramos et al. (1991) y de 0,94 para la de Izal y Montorio (1993). También se calculó el coeficiente test-retest, informándose valores de 0,89 y 0,87 para la versión de Izal y Montorio (1993). De esa manera se han mostrado los buenos datos de validez de criterio y constructo (Izal y Montorio, 1993; Izal y Montorio, 1996; Monforte et al., 1998; Rodríguez, León y Catalán, 1999; Rodríguez-Testal, Valdés y Catalán, 2003; Rodríguez-Testol, Valdés y Benítez, 2003).

c. Índice de Satisfacción Vital (LSI-A).

El Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten et al., (1961), consta de 20 ítems a los que se responde sí se está de acuerdo o no, y las respuestas son codificadas de forma sumatoria. El método de puntuación de Woods sugiere un 2 para las respuestas positivas, 0 para las negativas y 1 para las “no sabe o no contesta”, proporcionando un rango de 0 a 40,

indicando los valores más altos una mayor satisfacción de vida (Woods, Wylie y Sheafor, 1969). En este trabajo se ha utilizado la LSI-A en su versión de 20 ítems traducida al castellano y validada por Stock, Okun y Gómez (1994), aplicando el método de puntuación de Wood (Wood et al., 1969), en el que el sujeto ha de señalar si está de acuerdo o en desacuerdo, y se codifica de forma sumatoria y unidimensional.

La LSI-A mide la satisfacción con la vida de una forma relativamente independiente del nivel de actividad. Tal y como indican Neugarten et al. (1961), puede suponerse que un individuo posee satisfacción en la medida en que obtenga placer de las actividades que forman parte de su vida cotidiana, considere que su vida ha sido significativa y la acepte con determinación, sienta que ha logrado alcanzar sus principales metas y objetivos, mantenga una imagen positiva de sí mismo, así como una actitud positiva y un estado de ánimo feliz (Neugarten et al., 1961). Específicamente su desarrollo se inició como parte del estudio de campo "Ciudad de Kansas sobre la vida Adulta", orientado a definir una medida operacional, válida y confiable del bienestar psicológico entre adultos mayores. Su brevedad, fácil administración, medidas de validez y confiabilidad preliminares apropiadas, han hecho de esta escala un instrumento muy atractivo, traduciéndose en una variedad de investigaciones y aplicaciones en distintos países y contextos (Chiang, Lu, Chu, Chang y Chou, 2008; Zegers, Rojas y Forster, 2009).

En relación a su consistencia, concretamente con población anciana y en este contexto, Stock et al. (1994) informan de un valor de 0,74, Latorre (2003) en un trabajo en el que aplicaron la prueba en pretest y postest informan de valores de 0,65 y 0,85, Toldos y Báguena (2005), encontraron un alfa de 0,75 y Villar et al. (2006), obtuvieron un valor de 0,73. También, se realizó un estudio en Chile con la intención de estimar la fiabilidad y validez con una muestra de 473 adultos de 30 a 75 años, obteniendo una confiabilidad 0,80 para la muestra completa y entre 0,77 a 0,83 según tres grupos de edad (Zegers, Rojas-Barahonda y Förster, 2009).

d. Escalas de Bienestar Psicológico.

Las Escalas de Bienestar Psicológico (EBR; Ryff, 1989) han sido adaptadas por van Dierendonck (2004) y traducidas al español por Díaz et al. (2006), planteando seis dimensiones que exponen criterios concretos de evaluación de un buen funcionamiento

psicológico, en contraposición la clásica visión de la psicología centrada en la patología y el malestar.

Las escalas de Ryff originales están compuestas por 84 ítems redactados tanto en positivo como en negativo (44 vs. 40). El formato de respuesta que se utilizó originalmente tiene puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). De las diferentes versiones que existen, se utilizó la de 29 ítems que se obtuvo a partir de análisis factorial confirmatorio, mostrando buenos ajustes en relación a la estructura factorial, mejorando las propiedades psicométricas, reduciéndose ampliamente el número de ítems y mejorando la fiabilidad de los factores (Díaz et al., 2006).

Como ya se ha mencionado esta escala, se compone de seis dimensiones, de las cuáles se indica a continuación el significado de una puntuación alta:

- *Autonomía*: se es independiente y autodeterminado, capaz de resistir presiones sociales para pensar y actuar de ciertos modos, se regula la conducta internamente y las autoevaluaciones se realizan desde estándares personales.
- *Dominio del Ambiente*: se posee sentido de dominio y competencia manejando el ambiente, se controlan múltiples conjuntos de actividades externas, haciendo un uso efectivo de las oportunidades del contexto y siendo capaz de elegir o crear contextos adaptados a las necesidades y valores personales.
- *Autoaceptación*: se posee una actitud positiva hacia sí mismo, reconociendo y aceptando los múltiples aspectos del yo, incluyendo lo negativo y lo positivo, además de existir un sentimiento positivo hacia lo ya vivido.
- *Relaciones positivas con otros*: se mantiene relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias, de mutua confianza. Se preocupa por el bienestar de otros, siendo capaz de desarrollar empatía, afecto, intimidad y desde la comprensión del dar y recibir de las relaciones humanas.
- *Crecimiento personal*: se mantiene el sentimiento de desarrollo continuado y de mejora a través del tiempo, ve el yo en expansión y crecimiento, abierto a

nuevas experiencias. Sentido de desarrollo del propio potencial y de cambiar en modos que reflejan más autoconocimiento y efectividad.

- *Propósito en la vida*: se tiene metas en la vida y sentido de dirección, sentimiento de significado en el presente y en el pasado, manteniendo creencias que proporcionan significado a la vida.

La consistencia interna de las subescalas de la versión española de la EBR propuesta es la siguiente: Autoaceptación = ,83, Relaciones positivas = ,81, Autonomía = ,73, Dominio del entorno = ,71, Propósito en la vida = ,83 y Crecimiento personal = ,68.; por lo tanto muestra una fiabilidad en las subescalas superior a ,70; además, estas escalas han sido una medida utilizada de forma habitual con población anciana (Meléndez, Tomás y Navarro, 2008; Meléndez et al., 2011; Tomás et al., 2008; Triadó, Villar, Solé y Celdrán, 2007). La selección del instrumento se realizó en función de la gran cantidad de investigación, resultados y adecuación de la prueba tanto en el contexto hispano hablante (Díaz et al., 2006; Navarro et al., 2007; Triadó et al., 2007) como en el contexto internacional (Abbott et al., 2006; Keyes et al., 2002; Ryff y Keyes, 1995; Ryff y Singer, 2006; Springer y Hauser, 2006; Van Dienrendonck, 2004) y además la misma fue utilizada en República Dominicana (Molina y Meléndez, 2006), con muy buenos resultados.

e. Escala de Autoestima de Rosenberg.

La Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965), fue diseñada para ser una medida unidimensional de autoestima, la cual se plantea como un sentimiento hacia uno mismo, positivo o negativo, que se construye a través de la valoración de las propias características, estando centrados sus ítems en sentimientos de respeto y aceptación hacia uno mismo. Los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente y ulteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40.

La Escala de Autoestima de Rosenberg, ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas: francés (Vallieres y Vallerand, 1990), alemán (Roth, Decker, Yorck y Brähler, 2008), japonés (Okada y Nagai, 1990), portugués (Santos y Maia, 2003), español (Martin, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007; Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004), y aplicada a

población de América Latina (Rojas, Zeger y Forster, 2011). Schmitt y Allik (2005) realizaron un estudio multicultural, administrando la EAR en 53 naciones, en 48 de las cuales se presenta una confiabilidad sobre 0,75. Davies, DiLillo y Martínez (2004) obtienen adecuados índices de fiabilidad con valores comprendidos entre ,74 y ,88 y diversos autores (Baños y Guillén, 2000; Vázquez et al., 2004) señalan una fiabilidad test-retest aproximadamente de ,72.

f. Brief Resilient Coping Scale (BRCS)

Brief Resilient Coping Scale (BRCS) desarrollada inicialmente por Sinclair y Wallston (2004) y adaptada al español en población mayor por Tomás, Meléndez, Sancho y Mayordomo (2012), está planteada como una escala breve que reúne los aspectos fundamentales de la resiliencia como un concepto complejo y dinámico. Partiendo de una primera versión de nueve ítems, los autores originales obtuvieron mediante análisis factoriales exploratorios con rotación varimax, la versión final que está compuesta por cuatro ítems diseñados para captar las formas de hacer frente al estrés de manera adaptativa que saturan en una sola dimensión. Aunque su brevedad puede plantearse como una dificultad en cuanto a la consistencia, algunos autores plantean que esta característica ofrece una mayor estabilidad y además es más fácil de administrar. En este sentido, el trabajo desarrollado por Sinclair y Wallston (2004), informa de alfas superiores a ,64 en todos los casos. Esta escala es una medida utilizada de forma habitual en nuestro contexto con población anciana con resultados moderadamente satisfactorios (Limonero, Tomás, Fernández, Gómez y Ardilla, 2012; Meléndez et al. 2015; Moret, Fernández, Civera, Navarro y Alcover, 2015; Quiceno y Vinaccia, 2011; Sales, Atienza, Mayordomo, Satorres y Meléndez, 2015).

La BCRC es una herramienta de medición que ha demostrado adecuados índices de consistencia interna $\alpha = 0,69$ y fiabilidad test-retest de 0,71 ($n = 87$, $p < 0,001$) así como adecuados índices de ajuste en los modelos confirmatorios.

g. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003) fue desarrollado para evaluar las estrategias de afrontamiento, siendo una medida de autoinforme del afrontamiento generalizado con 42 ítems con respuesta tipo Likert

graduada entre nunca (0) y casi siempre (4). Esta escala ha sido validada en España para población mayor (Tomas, Sancho y Meléndez, 2013).

Tras diversos estudios previos, Sandín y Chorot (2003) encontraron una estructura en el CAE de siete factores de primer orden mediante análisis factorial exploratorio y etiquetados como: Focalizado en la solución del problema: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a la reducción del estrés, modificando la situación que lo produce; Autofocalización negativa: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su manejo inadecuado; Reevaluación positiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; Expresión emocional abierta: estrategias encaminadas a liberar emociones que acontecen el proceso de estrés; Evitación: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamiento o conductas relacionadas con el acontecimiento estresante; Búsqueda de apoyo social: apoyo en otros para modificar la situación estresante o sentir algo de consuelo; Religión: recurrir a pensamientos religiosos o mágico, a la iglesia, a Dios para modificar la situación estresante o sentir algo de consuelo. Tras este exploratorio y usando las puntuaciones factoriales de estas dimensiones se volvió a factorizar, obteniéndose dos dimensiones de segundo orden: afrontamiento centrado en el problema y en la emoción. Las dimensiones en el factor de segundo orden de afrontamiento centrado en el problema fueron búsqueda de apoyo social, focalización en la solución de problemas y reevaluación positiva. Por su parte, en afrontamiento centrado en la emoción saturaron los factores de expresión emocional abierta, religión, evitación y autofocalización negativa. Cabe señalar que la literatura (Folkman y Lazarus, 1980; Tobin et al., 1989) ha indicado que la búsqueda de apoyo social satura de forma positiva en los dos factores.

El CAE ha tenido otra validación, esta vez en estudiantes mejicanos (González y Landero, 2007), donde se replicó la estructura factorial exploratoria tanto de primer orden como de segundo, con mínimas modificaciones; en la estructura de segundo orden el factor de religión pasó a saturar en el afrontamiento centrado en el problema. Adicionalmente los autores realizaron un análisis factorial confirmatorio de segundo orden.

También el trabajo de Tomas, Sancho y Meléndez (2013) que validó la escala mediante análisis factorial confirmatorio con ajustes correctos, señala que la homogeneidad

de los ítems es adecuada, que la media de las correlaciones ítem-dimensión es ,50 y que los alfas de cada una de las dimensiones de afrontamiento son adecuadas, con valores de 0,86 en el factor búsqueda de apoyo social, 0,70 en el factor expresión emocional abierta, 0,91 en religión, 0,79 en focalización en la solución de problemas, 0,65 en evitación, 0,68 en autofocalización negativa, y 0,65 en reevaluación positiva. Además, se comprobó la validez diferencial y de criterio.

h. Escala de Funciones de la Reminiscencia (RFS).

Tal y como se planteó en capítulos anteriores, la Escala de Funciones de la Reminiscencia (RFS) fue desarrollada por Webster (1993) y luego replicada por Webster (1997) y Robitaille, Cappeliez, Coulombe y Webster (2010) como una medida de la cantidad con que se utilizan el recuerdo para diferentes objetivos. La escala está compuesta por 43 ítems que saturan en ocho dimensiones y su formato de respuesta analiza la frecuencia en que se produce un tipo de recuerdo específico mediante una escala de seis puntos desde “nunca usa el recuerdo del pasado con tal finalidad” hasta “lo hace muy frecuentemente”. Los ocho componentes definitivos son: identidad, referido al uso de memorias para identificar un patrón de coherencia en la vida de uno; resolución de problemas, que conlleva recordar experiencias pasadas para resolver los problemas actuales; preparación de la muerte, que se refiere al uso del pasado para fomentar una actitud de aceptación ante la muerte; revivir amargura, recuerdos de circunstancias difíciles de la vida; reducción del aburrimiento, referido a memorias utilizadas para llenar un vacío de estimulación o interés; mantenimiento intimidad, que hace referencia a mantener viva la memoria de personas significativas de las que nos encontramos separados principalmente por muerte; conversación, comunicar recuerdos personales sin intención instructiva o evaluación; y enseñar-informar, entendido como compartir y transmitir lecciones de vida a otros.

En relación a sus propiedades psicométricas Webster (1993) obtuvo adecuados índices de fiabilidad señalando una consistencia interna de los factores entre ,79 y ,89. El posterior trabajo de Robitaille et al. (2010) mediante modelos confirmatorios con la escala de 43 ítems indican que la fiabilidad obtenida tanto para el modelo inicial como para el modelo final fueron altas para todos los componentes, con rangos entre 0,82 0,87 para el modelo inicial y entre 0,76 y 0,86 para el modelo final.

Tabla 9. Medias, desviaciones típicas y alfa de Cronbrach de las dimensiones

	Media	DT	alfa
Mini-Examen Cognoscitivo	27,82	2,45	
Escala de Depresión Geriátrica	12,25	7,95	,923
Escala de Autoestima de Rosenberg	29,84	5,82	,724
Índice de Satisfacción Vital	21,89	8,67	,812
Autoaceptación	4,56	1,20	,853
Relaciones positivas	4,04	0,82	,734
Autonomía	3,78	1,09	,701
Dominio del ambiente	4,19	1,16	,719
Crecimiento personal	4,29	1,19	,703
Propósito en la vida	4,32	1,08	,746
Brief Resilient Coping Scale	4,00	1,09	,735
Focalizado en solución de problemas	2,61	0,85	,744
Autofocalización negativa	1,97	0,69	,713
Reevaluación positiva	2,56	0,70	,798
Expresión emocional abierta	1,96	0,99	,805
Evitación	2,03	0,85	,718
Búsqueda de apoyo social	2,32	0,94	,800
Religión	2,21	0,98	,759
Preparación para la muerte	3,01	0,88	,753
Identidad	4,07	0,93	,647
Resolver problemas	4,00	1,06	,737
Reducción del aburrimiento	4,07	0,88	,749
Mantenimiento de la intimidad	4,73	0,89	,786
Revivir amargura	3,63	1,09	,748
Conversar	3,81	,098	,784
Enseñar/Informar	4,05	1,11	,772

4. Procedimiento en la aplicación del programa de Reminiscencia.

El programa de reminiscencia aplicado está basado en trabajos anteriores (González et al., 2015; Meléndez, Charco, Mayordomo y Sales, 2012) de los cuales se adoptaron diferentes estrategias, actividades y dinámicas de trabajo. El procedimiento estuvo basado en la reminiscencia de tipo integrativa, en el que las actividades van encaminadas a lograr el desarrollo de personal y social, así como a la reducción del estado de ánimo depresivo. Por otra parte, debe señalarse que también se han trabajado algunas técnicas propias de la aplicación de programas de reminiscencia instrumental orientados a la resolución de conflictos y reducción de fuentes de estrés a través de estrategias de afrontamiento eficaces y el incremento de la resiliencia.

Es por ello, que como objetivo general del programa se planteó que la aplicación de

una intervención mediante reminiscencia en adultos mayores mejorará las puntuaciones de los participantes en variables emocionales y de carácter adaptativo, relacionadas con la salud mental, manteniéndose este incremento a lo largo del tiempo.

El trabajo con reminiscencia implica una intervención activa, dirigida y estructurada para la estimulación del recuerdo de personas mayores sanas. Como cualquier intervención o método terapéutico, es necesario un acuerdo de colaboración entre los adultos mayores, los familiares y el terapeuta. La alianza en esta intervención tuvo un papel fundamental para lograr los resultados. Unos de los aspectos principales a trabajar en este proceso de intervención fue la actitud empática del investigador/terapeuta, además permitió indagar en el mundo subjetivo de los participantes sin que se sintieran juzgados, adoptando una actitud de comprensión, apoyo y flexibilidad. Otro punto a tener en cuenta en las sesiones es el cuidado del tono de voz, su ritmo y su melodía, utilizando frases cortas y sencillas con mensajes claros y sin distorsiones en la pronunciación.

Por lo que respecta a la estructura de las sesiones, el programa contó con un total de 10 sesiones durante 10 semanas (1 sesión por semana) de una duración aproximada de 2 horas cada una, con grupos de máximo 20 personas. Todas las sesiones fueron estructuradas en tres fases:

- Fase de inicio o introducción: en esta fase se describen las metas específicas de la sesión con el fin de que los participantes conozcan los objetivos y el modo en el que se desarrollará la sesión.
- Desarrollo de la sesión: a lo largo de esta fase, se ponen en marcha las actividades planificadas para cada sesión.
- Cierre o evaluación: al final de cada sesión se realiza un registro anecdótico de la actividad realizada en la sesión y una evaluación de la misma a través de diversas cuestiones del tipo; ¿Cómo se han sentido? ¿Qué les gusto más de la sesión? ¿Qué les produce tristeza? ¿Qué sentimiento se ha generado esta actividad?...

En las sesiones, la reminiscencia de tipo integrativa implicó trabajar con recuerdos positivos, aunque al aplicar algunas técnicas instrumentales se permitió que los participantes recordaran situaciones de distintas valencias emocionales, tanto positivas como negativas,

en ambos casos aplicándose elicitadores. Durante la intervención y mediante estos elicitadores, el terapeuta estimulaba la evocación de los recuerdos, terminando en algunos casos la sesión con alguna actividad que implicará la recuperación de un recuerdo autobiográfico. De este modo, en estas sesiones se utilizaron estímulos o claves, verbales y visuales para la evocación de recuerdos asociados a 10 dominios básicos que corresponden con las sesiones. Así cada sesión se organiza alrededor de un tema, definido de antemano según un programa establecido. La clave o elicitador fue en cada sesión una serie de palabras, dibujos, fotografías, objetos, sonidos o cualquier estímulo sensorial intencional.

A continuación, se describen las diferentes sesiones, su objetivo, dinámicas y recursos. Además, se incluyen otra serie de aspectos que pueden enriquecer esta descripción, referidos tanto a elementos personales observados en las sesiones y que pueden mejorar la replicación, como relacionados con aspectos y dimensiones evaluadas en este trabajo y que dan soporte teórico a la intervención.

Sesión 1: INTRODUCCIÓN A LA REMINISCENCIA.

Objetivo Específico: Informar y explicar el concepto de reminiscencia y el procedimiento que vamos a utilizar.	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
Introducción a la reminiscencia. Explicación de las diversas etapas de la vida (niñez, adolescencia, adultez y vejez).	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del psicólogo y los participantes. - Ejercicio de respiración. - Realización de dinámica de presentación (dinámica de corazones). - Explicación detallada sobre el taller (Objetivos, metas, actividades, contenidos, compromisos...). - Actividad: respuesta a preguntas sobre las distintas etapas de vida. - Diálogo: impresiones de la sesión y el taller.
Recursos: Diapositivas, Papel y lápiz, Vídeos y Fotos.	

Preguntas guía. ETAPA 1. NIÑEZ
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cuál es el instante o situación más agradable que recuerdas de tu vida siendo niño/a? Puedes volver tan atrás como quieras. ✓ ¿Recuerdas algún hecho de un día específico que viviste de máxima felicidad siendo niño/a y que tuvo lugar en tu casa en compañía de tus padres? ✓ Cuéntame algo que hiciera un día tu padre/madre que lo viviste con mucha alegría siendo muy joven. ✓ ¿Alguien cercano te regaló algo un día cuando tú eras muy joven que te hizo mucha ilusión? ✓ ¿Cuál fue el momento o el día que siendo niño/a recuerdas hacer feliz a tus padres por hacer algo? ✓ ¿Recuerdas algún día siendo pequeño/a que fuese el día más divertido de tu infancia con algún juguete o juego favorito? ✓ Cuéntame algún día en el que tus padres siendo jovencitos te llevaron a algún lugar para hacerte feliz y te sentiste genial. ✓ ¿Quién era la persona que más te quería y que un día siendo niño/a en tu casa te dio un beso o un abrazo por algo que hiciste y que nunca se te ha olvidado?

Preguntas guía. ETAPA 2. ADOLESCENCIA

- ✓ ¿Qué recuerdo destacarías del comienzo de tu época de adolescencia, que siempre lo has recordado por ser irreplicable por lo bien que lo pasaste?
- ✓ ¿Recuerdas algún día o momento en el que hicieras algo especial en la iglesia (o en otro lugar) con un grupo de amigos?
- ✓ ¿Ibas a la escuela? ¿Recuerdas algún día de mucha diversión en tu clase, un día de celebración especial en la escuela que fuese una fiesta para todos? O si no fue en la escuela en una fiesta que organizasteis los amigos/as.
- ✓ Cuéntame un día de tu época de adolescencia algo que experimentaras, que fuera muy bonito y especial para ti en compañía de alguno de tus mejores amigos.
- ✓ ¿Recuerdas algún día en el que hiciste algo diferente a lo normal, siendo adolescente? ¿Qué fue lo que más te gustó?
- ✓ ¿Qué hiciste algún día que para ti fuera especial y divertido en compañía de tu padre o tu madre siendo adolescente?
- ✓ ¿Qué día recuerdas con tus abuelos siendo adolescente como un momento de máxima felicidad o ilusión?
- ✓ ¿Qué momento recuerdas como especial en la etapa de adolescencia? Como por ejemplo: el primer beso que recibiste o porque viviste algo especial con alguien de quien estabas enamorado/a...

Preguntas guía. ETAPA 3. EDAD ADULTA

- ✓ Recuerda ahora tu vida cuando eras adulto/a, comienza cuando tú tenías 20 años hasta el día de hoy.
- ✓ ¿Recuerdas algún objetivo siendo adulto/a que te propusiste conseguir un día? ¿Lo lograste y ello te hizo feliz?
- ✓ Cuéntame cual fue el acontecimiento más importante que sucedió en tu vida.
- ✓ ¿Cómo te divertías? ¿recuerdas algún acontecimiento importante para ti siendo ya una persona adulta/a?
- ✓ Háblame sobre tu trabajo, ¿Disfrutabas en tu trabajo? Cuéntame el momento/día que recuerdes de más orgullo en tu trabajo de adulto.
- ✓ ¿Alguien cercano a ti o conocido se recuperó de una grave enfermedad? ¿Cómo fueron esos instantes de felicidad vividos ya como adulto/a?
- ✓ ¿Recuerdas algún día especialmente feliz por algo, como haberte librado de sufrir un accidente, ya siendo adulto?
- ✓ Recuerdas un día que te pusieras muy contento/a por librarte del trabajo. ¿Cómo sucedió?
- ✓ Recuerdas un día de mucha felicidad por ofrecerle algo a alguien siendo adulto/a, ¿Cómo ocurrió ese momento y qué sentiste?

Preguntas guía. ETAPA 4. VIDA ACTUAL

ETAPA 4. VIDA ACTUAL

- ✓ ¿En general qué clase de vida crees que has tenido? Describe un momento, el que quieras, que lo recuerdes como el más feliz de tu vida. El primero que recuerdes.
- ✓ Si todo volviese a pasar de la misma manera ¿qué momento te gustaría vivir de nuevo que fuese de gran felicidad? Descríbelo.
- ✓ ¿Cuál es la cosa más importante y feliz a la que has tenido que enfrentarte en tu vida? Por favor descríbela.
- ✓ ¿Cuál fue el momento o instante de toda tu vida que recuerdes con mayor ilusión ahora?
- ✓ ¿Cuál fue el momento de mayor orgullo que viviste en tu vida?
- ✓ ¿Cómo crees que te ha ido en los últimos 10 años? ¿Crees que podría haber sido mejor o peor? ¿Qué instante o situación de hace unos 10 años destacarías como más feliz?
- ✓ ¿Recuerdas un día con alguien en tus brazos (hijo, nieto, u otra persona) como momento de máxima felicidad, como si fuera hoy?
- ✓ ¿A quién estás eternamente agradecido por algo que hizo por ti en un momento determinado?

Fase inicial.

La primera sesión tiene como objetivo principal informar a los participantes sobre el concepto de reminiscencia y el procedimiento a utilizar, así como facilitar el primer contacto entre los participantes. Se informa que el programa de reminiscencia es un proceso de repaso de vida, en la cual se anima a recordar el pasado, poniéndolo en relación con diversos acontecimientos, sentimientos y emociones. A través de esos procesos, se pueden potenciar aspectos psicológicos relacionados con el bienestar emocional y personal. De esta manera se inicia el proyecto planteando el objetivo general, así como los objetivos específicos de la sesión. Además, en esta fase inicial y bajo una metodología activa y dinámica se desarrollan las siguientes acciones:

- a. Explicación del procedimiento y la metodología del trabajo.
- b. Ejercicio de relajación, que permita romper con la carga de las actividades cotidianas y que dirija su atención hacia a la nueva experiencia.
- c. Obtención de compromisos y acuerdos a los que los participantes se comprometen a tener durante el desarrollo de las sesiones.

Fase de desarrollo.

La fase de desarrollo comienza con una actividad orientada a la mejor interacción entre los participantes denominada “Corazones...” y que consiste en:

Dibujar en 10 hojas en blanco un corazón en el centro, utilizando marcador rojo. Las hojas con corazones se recortaron en dos. Deben recortarse de manera que queden sus bordes irregulares, haciendo así un total de 20 partes, uno para cada participante. Luego se colocan los papeles en el centro de una mesa (bien mezclados) y se pide a los adultos que cada uno retire un pedazo de papel. Buscan al compañero o compañera que tiene la otra mitad, las que deben coincidir exactamente. Al encontrarse la pareja, debían conversar durante 5 minutos sobre el nombre, datos personales, gustos, experiencias, etc., y al finalizar el tiempo, vuelven al grupo general, para presentarse mutuamente y exponer sus experiencias. De esta manera los adultos se dinamizan y se establece ese primer contacto entre los miembros para mejorar así la integración de los

participantes del grupo.

Tras esta actividad, se procede a la explicación precisa y sencilla del concepto de reminiscencia y su importancia. Se responden dudas sobre el concepto y se comentan los acuerdos que los participantes deben asumir para poder lograr los objetivos. Después se inicia un proceso de dialogo dirigido en el que los participantes pueden ir comentando diferentes momentos de vida como: la niñez, adolescencia, edad adulta y la actualidad. Para el desarrollo de esta parte se utilizan las preguntas guía anteriormente señaladas, así como diferentes claves verbales para fomentar el recuerdo. Tal y como se ha señalado y siguiendo con los objetivos de la reminiscencia integrativa, este tipo de dinámicas pretenden evocar recuerdos positivos que puedan mejorar la satisfacción de los adultos mayores, así como las diferentes dimensiones del bienestar. Aunque la participación de los adultos en esta primera sesión puede ser algo tímida, se pretende que los mismos aporten recuerdos sobre las situaciones más agradables que recuerdan en sus diversas etapas de vida lo que facilita su participación.

Es importante destacar, que en las intervenciones los hombres se referían más a situaciones que tenían que ver con el trabajo, mientras que las mujeres recordaban más a personas significativas y relaciones sociales. La mayoría de recuerdos hacían referencia a la etapa del bump de la reminiscencia, recuerdos de los 10 a los 30 años; otra idea que mencionaron es la importancia que tuvieron para ellos sus padres como personas a las que siempre recuerdan y de las que se sienten muy agradecidas, a pesar de que muchos comentan que los castigaban. Hoy en día en la República Dominicana, todavía se utilizan métodos físicos para eliminar cierto tipo de conductas, pero en la época que coincide con la infancia de los participantes era una costumbre que se llevaba a cabo de una manera mucho más estricta y por lo tanto, muchos de ellos recordaron castigos realizados por sus abuelos o padres. Otra situación que las mujeres recordaron con bastante frecuencia fue su menarquía (primera menstruación) ya que antes los padres no hablaban del tema y la llegada de la menstruación sorprendía a las niñas, siendo un proceso de trauma y miedo. Las madres acostaban a las hijas en una cama sin poder jugar y les prohibían tomar ciertos tipos de frutas como el limón, guanaba y la guayaba.

Fase de cierre.

Para finalizar, se les pregunta a los participantes como se han sentido con la actividad, qué les gustaría trabajar para las próximas sesiones, haciendo énfasis en la puntualidad y necesidad de asistencia continuada al taller. Es importante destacar que en las diversas sesiones se finalizaba de forma similar para reforzar estas ideas.

Sesión 2: COSAS DE LA VIDA COTIDIANA.

Objetivo específico: Rememorar acontecimientos pasados con el fin de motivar la conversación y aflorar sentimientos y emociones positivos.	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
1.- Conociendo mi pueblo y lugares históricos. 2.- Familia y Hogar. 3.- Refranes.	a) Ejercicio de relajación. b) Dinámica “La pelota preguntona”. c) Nuestro pueblo y los lugares importantes de la zona. a. ¿Cómo es ese lugar? b. ¿Cómo te sientes al recordarlo? c. ¿Ha cambiado mucho? ¿En qué ha cambiado? d. ¿Tiene algún lugar preferido?... e) Familia y hogar. a. ¿Con quién vivías cuando eras un niño? b. ¿Cuántos hermanos y qué posición ocupas con respecto a ellos? c. Cuando te fuiste de casa al casarte, ¿pensaste alguna vez como te gustaría que fuera tu familia (número de hijos que querías tener, y sexo de estos)? d. ¿Quién conforma ahora tu familia? g) Recopilación de refranes de la zona.
Recursos: Diapositivas, Papel y lápiz, Vídeos y Fotos.	

Fase de inicio.

La segunda sesión del programa tiene como objetivo potenciar el recuerdo de acontecimientos pasados, a través de los cuales se va a trabajar para generar emociones y sentimientos positivos. Es importante destacar que esta sesión tenía como eje temático “Cosas de la Vida Cotidiana” sub-dividido en tres bloques principales: a) conociendo mi pueblo y los lugares históricos, b) Familia y Hogar y c) Refranes. Partiendo de estos bloques se generaron las experiencias y recuerdos de los participantes.

Como en todas las sesiones se inicia con una dinámica de integración, que en esta sesión se denomina “La pelota preguntona”:

En la sesión, se les invitó a sentarse en círculo mientras suena una canción, se hace correr una pelota de mano en mano y cuando se da una señal se detiene la pelota y la persona que queda con la pelota en la mano debe de responder preguntas de sus compañeros. Esta vez las preguntas se referían a lugares que

estos habían visitado o que le gustaban. De esta manera se inició el tema lugares destacados e importantes.

Fase de desarrollo.

Se presentan diapositivas con fotografías de pueblos de la República Dominicana, así como de lugares importantes y se plantean diferentes cuestiones: ¿Cómo es ese lugar? ¿Cómo se siente al recordarlo? ¿Ha cambiado mucho? ¿En qué ha cambiado? ¿Tiene algún lugar preferido? ¿Hay o había algún monumento característico de la zona donde paso la mayor parte de su vida? ¿En algún momento de su trayectoria ha cambiado de hogar? Es importante enfatizar que los participantes deben tener la oportunidad de conversar sobre como era su pueblo natal. Muchos de ellos pueden ser de zonas de campo o poblados alejados de la parte urbana, en consecuencia en muchas ocasiones mencionan aspectos como ríos, bosques frondosos, casas de madera y de zinc, casas pequeñas..., que pueden ser utilizados como elicitadores de recuerdos más extendidos a partir de estos recuerdos concretos. De este modo, se puede trabajar la parte integrativa de la reminiscencia al narrar situaciones vividas, reviviendo emociones y enfatizando el sentido positivo de las mismas.

A continuación, se forman grupos, para que se aporten aspectos relevantes de sus familias y como han ido evolucionando a lo largo del tiempo, consecutivamente son los compañeros los que narran los aspectos enfatizados por otro integrante del grupo.

Hay que destacar que, en esta actividad, en algunos momentos las emociones fueron transmitidas de un participante a otro, ya que cuando el compañero narraba la historia expresaba las mismas emociones que el protagonista. Desde este punto se trabajó de qué modo los participantes enfrentaron algunas situaciones difíciles de sus vidas. También indicar, que los participantes contaron en su mayoría que cuando eran jóvenes vivían con sus padres, pero el papá solía tener varias esposas o mujeres (amancebado o unión libre). Los hermanos mayores asumían el papel de padres, mientras que los menores debían respetar a los mayores. Las mujeres casi en su totalidad se iban de casa con sus novios. Son muy pocas las que realmente se casaron, aunque luego realizan una ceremonia llamada “besa-mano” que es una forma de formalizar la unión y pedir perdón. La mayoría de las mujeres tienen muchos hijos, los hombres suelen tener el doble de hijos, ya que tanto en esa época como en la actualidad se mantiene una cultura machista.

Una vez finalizada esta parte, se les pregunta si recordaban algunos refranes típicos

de la cultura dominicana que les enseñaran o mencionaran sus padres o abuelos.

Así, se recordaron refranes y dichos que sus padres y abuelos habían usado y daban razones de porqué ellos empleaban algunos de estos hoy en día y como lo recordaban en momentos específicos de la vida. De esta manera se inició una dinámica de lluvias de refranes y recordaron momentos específicos en los que sus padres los decían.

Fase de Cierre.

Para finalizar se les pide que digan cómo se han sentido en la sesión. Como tarea se les solicita que piensen en familiares significativos de su vida y que para la siguiente sesión lleven fotos de esos familiares para compartirlas en la sesión.

Sesión 3: RELACIONES INTERPERSONALES

Objetivos Específicos: Fomentar la participación activa en el entorno y el uso del apoyo social y familiar, para interactuar positivamente con el grupo, promoviendo así la integridad, sociabilidad y la apertura a las relaciones interpersonales.	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
1. Relaciones de amistad. 2. Relaciones amorosas. 3. Relaciones familiares.	a) Ejercicio de Relajación b) Dinámica de integración: dibujo una persona especial. Comentar el dibujo y porque esa persona es tan especial para usted. c) Hablar sobre la muerte como un proceso normal en nuestra vida d) Presentación de videos sobre relaciones amorosas: conversan sobre sus propias relaciones y su importancia en su forma de actuar ante relaciones actuales. e) Dinámica de fotos: muestran fotos de sus familiares y comentan sus relaciones con ellos y otros miembros.
Recursos: Diapositivas, Papel y lápiz, Vídeos y Fotos.	

Preguntas guía.
✓ ¿Recuerda a su mejor amigo/a de la infancia?
✓ ¿Cómo lo recuerdas?
✓ ¿Por qué era su mejor amigo/a?
✓ ¿Lo sigue viendo actualmente?
✓ ¿Qué actividades realizabais juntos?
✓ ¿Recuerda su primer amor?
✓ ¿Dónde se conocieron?
✓ ¿Cuánto tiempo duró ese amor?
✓ ¿Cuándo fue su primer beso?
✓ ¿Por qué se terminó su relación?
✓ ¿Ha tenido otras relaciones después?
✓ ¿Cómo ha sido la relación con sus familiares?
✓ ¿Con quienes ha mantenido mayor contacto?
✓ ¿Sigues teniendo relación con ellos?
✓ ¿Hasta qué punto fueron o son significativos para ti?
✓ ¿Recordáis a vuestros abuelos?

Fase de inicio.

En la tercera sesión, el objetivo principal es, fomentar la participación activa en el entorno, para interactuar positivamente con el grupo, promoviendo así la integridad, sociabilidad y la apertura a las relaciones interpersonales. La temática estaba relacionada con relaciones interpersonales sub-divididas en tres bloques: a) relaciones de amistad, b) relaciones amorosas y c) relaciones familiares.

Como actividad inicial, en esta sesión se realizó la dinámica “dibujo a una persona especial” la cual consistió en:

La realización por parte de los adultos mayores de un dibujo sobre su familia o alguna persona en especial, que quisiera recordar o haya sido de importancia para su vida y luego que comentaran el dibujo y por qué esas personas eran especiales para ellos. Los mismos compartieron los dibujos y en un proceso dinámico de risas y emotividad fueron presentando sus dibujos a los demás participantes.

Es importante destacar, que la persona más importante representada por los participantes fue su madre, enfatizando en lo mucho que las querían, lo sacrificadas que fueron para criar a sus hijos y el poco afecto que muchas de ellas les demostraban. Aunque ellos tenían muy claro el amor que las madres sentían por ellos.

Fase de desarrollo.

El trabajo orientado a la mejora de las relaciones interpersonales comenzó con las relaciones de amistad. La actividad se dirige con preguntas tales como ¿Cómo recuerdas a tu mejor amigo? ¿Por qué era tu mejor amigo? Es posible que algunas de las respuestas ofrecidas por los participantes giren en torno amigos ya fallecidos, ante la emotividad del hecho se puede redirigir la actividad para que se recuerden los aspectos más positivos de la amistad y como esa amistad les marcó de forma relevante.

Además, este tipo de situación puede favorecer que se aborde el tema de la preparación a la muerte, planteándola como un proceso normal de la vida y en los efectos positivos que podría tener en la consecución de la integridad durante la etapa del envejecimiento. Debe tenerse en cuenta que, aunque muchos adultos mayores señalan no

tener miedo a la muerte, pueden existir temores más relacionados con las personas queridas que se dejan. Además, puede permitir incluir preguntas tales como ¿qué cosas quieren hacer antes de morir?, con esta pregunta pueden reflexionar sobre objetivos de vida que no han logrado y como algunos de esos objetivos y propósitos aún se podrían lograr dado que el crecimiento personal en esta etapa es determinante para una correcta adaptación. También puede favorecer el cambio de actitudes para que mejoren la integridad y aceptación del proceso de vida, puede ayudar a tomar mejores decisiones relacionadas con la salud y puede mejorar nuestra empatía.

Posteriormente, se continua con las relaciones amorosas, utilizando como elicitadores pequeños cortes de videos con situaciones como el primer beso, o el primer amor. Los participantes recordaron estos momentos con mucha ilusión y alegría, hablaban de cómo fue su primer beso, de la diferencia de los amores de ahora y los de antes. Que antes existían chaperonas (señoras que acompañan a las señoritas), que muchas de las mujeres se iban por la ventana para verse con el novio, que llegaban vírgenes al matrimonio, pero también de algunas situaciones en donde las mujeres sufrieron acoso. Los hombres mencionaban como ellos iban a dar serenatas a su enamorada y enviaban papелitos con jóvenes para sus novias, al igual como se veían a escondidas. Es importante señalar, que no importara como fuera la experiencia la mayoría de los adultos mayores lo comentaba entre risas y fueron momentos muy dinámicos y expresivos.

En la última parte se comentan las relaciones familiares, solicitando a los participantes que muestren a sus compañeros las fotos de la tarea de la semana anterior (imágenes de la familia). La fotografía puede utilizarse no solo como una forma de recordar sucesos a partir de la persona que aparece en la imagen, sino que se puede trabajar con los elementos, situaciones, momento temporal que la rodean, mejorando la calidad del evento recordado.

Dada la riqueza del recuerdo de algunos casos, los participantes expresaban situaciones parecidas en su vida y como esas vivencias les permiten hoy en día asumir diversas actitudes ante sus relaciones actuales y futuras. Comentaron la relación que existía con sus padres, sus abuelos y algunos tíos muy cercanos. Hablaron de situaciones muy puntuales con sus abuelos y como ellos fueron significativos en algunos sucesos de su vida.

Este tipo de actividad permite recordar aspectos tanto de relaciones entrañables como de elementos conflictivos, lo que puede facilitar el trabajo de estrategias de afrontamiento orientadas a mejorar la adaptación ante acontecimientos estresantes con una fuerte carga emocional unida a la fuente de conflicto, así como de la resiliencia. Por otra parte, la resolución de este tipo de conflictos puede favorecer un envejecimiento más adaptativo y por tanto más satisfactorio.

Fase de cierre.

Hay que destacar que un elemento importante fue hablar de la muerte en esta sesión, siendo destacables dos aspectos que favorecieron un pequeño debate final. Por una parte, los adultos mayores aun reflejaban dolor por la muerte de sus madres, muchos de ellos sentían que ellas habían vivido una vida muy difícil y no tuvieron la oportunidad de mejorarla; por otra parte, el acercamiento a la propia muerte, en que temores y miedos pueden convertirse en una variable altamente desadaptativa durante el envejecimiento. Es importante destacar que, aunque muchos de ellos mencionaban la parte espiritual (religiosa) con la esperanza de la existencia eterna y donde volverán a reencontrarse con sus seres queridos, la muerte fue un tema de incertidumbre y desesperanza.

Para finalizar la sesión se les solicita para la próxima sesión una fotografía que muestre una fecha importante de su vida y que quieran compartir con los demás (bodas, bautizos, comunión...).

Sesión 4: FECHAS IMPORTANTES

Objetivos Específicos: Identificar sentimientos y acontecimientos específicos y agradables del pasado y que esos sentimientos puedan mejorar su vida actual.	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bodas. 2. Bautizos. 3. Comuniones. 4. Aniversarios. 5. Cumpleaños especiales. 6. Otras fechas importantes para cada uno. 	<ol style="list-style-type: none"> a) Ejercicio de Relajación b) Dinámica de animación “La cola de vaca” c) Diapositivas con bodas, bautizos, comuniones, aniversarios, cumpleaños y otras fechas importantes: se comentan las diapositivas y se responden preguntas dirigidas a la vez que muestran y explican fotos parecidas que ellos hayan traído a la sesión. d) Escuchar la música de boda, canciones de cumpleaños, etc. Y decir a que les recuerdan esas canciones en particular.
Recursos: Diapositivas con fotos de bodas, comuniones; Canciones de boda o cumpleaños.	

Preguntas guía.
✓ ¿Cómo recuerda el día de su primera comunión?
✓ ¿Cómo recuerda su confirmación?
✓ ¿Cómo recuerda el nacimiento de sus hijos?
✓ ¿Cómo recuerdan el bautizo de sus hijos?
✓ ¿Cómo recuerda el día de su boda?
✓ ¿Qué vestido llevaba? ¿Cómo fue la tarta?
✓ ¿Cómo recuerda la boda de sus hijos?
✓ ¿Cómo recuerda el nacimiento de sus nietos?
✓ ¿Recuerdas algún cumpleaños especial?
✓ ¿Hay alguna celebración importante que no hemos comentado y queráis destacar?
✓ ¿A qué os recuerdan estos sonidos? (Canción nupcial, cumpleaños).

Fase de inicio.

De forma similar a las demás sesiones y bajos los temas centrales señalados, se desarrollaron actividades que motivaran a los participantes al intercambio de experiencias, buscando además que volvieran a surgir los sentimientos y emociones ligados a los hechos y acontecimientos más relevantes; además durante la sesión, se facilitaba la integración de su pasado con el presente. Se inicia, como en anteriores sesiones con una dinámica de relajación, para a continuación seguir con el objetivo de aumentar la comunicación grupal, así como el mutuo conocimiento entre los miembros del grupo. Además, a través del recuerdo de estos acontecimientos importantes del pasado vividos de forma personal, se ha estimulado la memoria episódica y autobiográfica, intentando que los participantes recuerden actividades o eventos significativos e intentando rememorar los sentimientos y emociones que surgieron en esas actividades o fiestas.

Luego se realizó la dinámica “Cola de Vaca” la cual consistió en:

Sentados en un círculo, el facilitador se queda dentro del mismo y empieza a hacer preguntas a cualquiera de los participantes, la respuesta debe ser siempre “la cola de vaca” todo el grupo puede reírse, menos el que está respondiendo, si se ríe pasa al centro y debe cantar o exponer. Por ejemplo: ¿Qué es lo que más te gusta de tu esposo? ¡La cola de vaca!

Fase de desarrollo.

Para iniciar esta fase, se muestran diapositivas con fotos y videos cortos de actividades y fiestas como: bodas, cumpleaños, bautizos... y se les pide que comenten estas

fotos y videos expuestos. De igual forma se les invita a que de manera voluntaria muestren al grupo alguna de las fotografías que han traído y que la comenten a los demás participantes. En general, el tipo de fotografías de estos acontecimientos suelen ser similares generando que haya recuerdos de situaciones semejantes, lo que favorece el recuerdo individual. Este ejercicio continúa hasta que todos los participantes muestran sus fotografías. Hay que destacar que estas fotos de actividades o fechas importantes (bodas, cumpleaños, bautizo, etc.) generan de forma clara imágenes y recuerdos de los acontecimientos pasados de los participantes posiblemente por la alta carga emocional a la que están ligadas, pudiéndose observar además una importante cantidad de recuerdo episódico y no meramente semántico. Además, se realiza un dialogo guiado con preguntas tales como: ¿Cómo recuerda el día de su primera comunión?, ¿Cómo recuerda su confirmación?, ¿Cómo recuerda el nacimiento de sus hijos?, etc. Debe señalarse que uno de los eventos más importantes destacado por los adultos mayores fue el nacimiento de sus hijos, abordando el tema con mucha emotividad y alegría. De este modo la evocación de recuerdos emocionales positivos facilita la mejora de la satisfacción, así como la salud mental positiva.

Debe recalcar como mediante algunos elicitadores se consigue producir un efecto de reminiscencia que está altamente relacionado con la memoria autobiográfica; así, las dinámicas pueden producir un efecto positivo para la memoria autobiográfica dado que incluso sin elicitadores objetivos el mero recuerdo de unos sucesos puede promover la evocación de otros.

En este sentido, es destacable señalar que, aunque más de la mitad de los adultos mayores no habían realizado bodas si no que estaban con sus parejas en estado de unión libre y por tanto no había fotos de esa experiencia, existía un claro recuerdo episódico del evento. Otra situación muy emotiva fue el recuerdo de algunos familiares fallecidos los cuales se encontraban en las fotos que llevaron, pero se trató de continuar abordando el tema de la muerte como un proceso normal del desarrollo humano y que los mismos recordaran con emotividad aquellos momentos felices que compartieron con sus familiares aun en vida. Por último, los adultos comentaron una actividad social y de relevancia de la época denominada “el convite”. Esta actividad consistía en hacer un banquete para todos los vecinos y de esa manera estos se comprometían a ayudar en los trabajos de agricultura. Los

adultos mencionaban como existía una confraternidad, amistad, alegría, compañerismo, cooperación y el juego de rol que cada uno realizaba con esta actividad, es decir, las mujeres cocinaban mientras los hombres se dedicaban a cosechar, sembrar o al arado de la tierra. Esta dinámica generó muchos recuerdos positivos y agradables entre risas como recuerdos de canciones que estos realizaban en el convite.

Fase de cierre.

Para cerrar la actividad se escucharon dos canciones importantes; la de cumpleaños feliz y la de boda, en este momento los adultos recordaron con nostalgia a sus padres que siempre les cantaban en sus cumpleaños.

Sesión 5: FIESTAS POPULARES

Objetivos Específicos: Generar emociones y sentimientos positivos, reforzar los vínculos sociales existentes mediante la narrativa de sus tradiciones, compartiendo vivencias y experiencias promoviendo identidad personal y social de cada uno de ellos.	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
1. Fiestas tradicionales. 2. Fiestas nacionales.	a) Ejercicio de relajación b) Dinámica “Baile de concentración” c) Las celebraciones representativas del pueblo. d) Festividades más representativas: Navidades, Semana Santa Día de todos los santos, Corpus Cristi, Día de San Juan,...
Recursos: Papel y lápiz; Diapositivas; Música (villancicos); Sonidos (campanas de la iglesia).	

Preguntas guía.
✓ ¿Se celebraba alguna otra festividad? ¿Cuál era la que más les gustaba?
✓ ¿Cómo iniciaban y terminaban estas fiestas?
✓ ¿Qué diferencias encuentran en la forma de celebrar estas fiestas con el paso del tiempo (niñez, adolescencia, adultez, vejez)?
✓ ¿Qué tradiciones se han perdido?

Fase de inicio.

El objetivo principal de esta sesión es activar los recuerdos y emociones pasadas y poderlos relacionar con el presente. De esta manera comparte experiencias y mantiene activos los recuerdos promoviendo identidad personal y social de cada uno de ellos. El tema principal de esta sesión es “las fiestas tradicionales y nacionales”, al igual que en anteriores sesiones se hizo una actividad de apertura de la sesión del día, con dinámicas de integración.

La Dinámica se llamaba “baile de concentración”, consistió en:

Conocer como estaban organizadas las fiestas patronales y nacionales. En la actividad se planteó una pregunta específica, ¿Qué es lo que más te gusta de las

fiestas que se celebran en tu pueblo?, las respuestas fueron breves, por ejemplo: la música, el baile, la comida, las personas contentas, etc. Cada participante escribió en un papel la respuesta a la pregunta que se dio y se le colocó con alfileres en el pecho o en la espalda (hay que destacar que muchos de los adultos mayores no saben leer ni escribir, por lo que tuvimos que ayudarlos a encontrar sus parejas pidiendo a los mismo que cuando otro se les acercara le dieran la respuesta). Se puso la música y al ritmo de ésta se bailó, dando tiempo para ir encontrando compañeros que tengan respuestas semejantes o iguales a las propias.

Conforme se iban encontrando compañeros con respuestas afines se tomaron del brazo y continuaban bailando y buscando nuevos compañeros que integrar al grupo. Cuando la música paró, se vio cuántos grupos se habían formado. Una vez que la mayoría se había formado en grupos, se para la música. Se dio un tiempo corto para que intercambien entre sí el porqué de las respuestas de sus tarjetas.

Fase de desarrollo.

Tras la finalización de la actividad inicial, debe dejarse un espacio abierto para conversar sobre las fiestas tradicionales y nacionales solicitando a los participantes que comenten como se celebraban las fiestas del patrón del pueblo o ciudad. De este modo, y como conexión con el presente, se iban haciendo comparaciones sobre cómo se realizaba antes y como se realiza ahora, dejando marcada una gran diferencia en las celebraciones en dichas fiestas y/o actividades en la actualidad.

Es importante destacar que los participantes mencionaron muchas tradiciones que hoy se han perdido, así como juegos tradicionales (carreras de saco, palo encebado, etc.) que se realizaban en estas fiestas. También se sentían preocupados porque muchas de esas tradiciones no son respetadas por los jóvenes de hoy en día e indicaban cómo muchas también se han ido perdiendo (prohibían en viernes santos comer carne y bañarse en los ríos, ya que las personas podían convertirse en pescado). Comentaron otras tradiciones como la caminata o peregrinación hacia la iglesia, el día del santo en la comunidad del Batey, en donde muchas personas iban descalzas en sacrificio por favores o milagros. Otras de las fiestas que estos mencionaban era la celebración de la independencia del país, la cual se

realizaba con disfraces y realizando actos patrióticos en los parques de la ciudad. En segundo momento observaron diapositivas de festividades, comidas tradicionales como el Chenchen, habichuelas con dulce, Chaca, entre otras y como antes los vecinos compartían de una casa a otra estos alimentos.

Fase de cierre.

Algo importante que hay que hacer notar es que según avanzaron las sesiones los participantes elevaron el nivel de participación y la cantidad y calidad de intervención, lo que fue llevando a los participantes a ser más activos en el proceso. Para cerrar se les pide que recuerden canciones populares que acompañaban las celebraciones señaladas.

Sesión 6: CINE Y PUBLICIDAD

Objetivos Específicos: Trabajar la adaptación a los cambios sociales y tecnológicos, tanto en la renovación de los electrodomésticos comparándolos con los de su época como en el tipo de transmisión y el flujo de la información.	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
1. Cine. 2. Publicidad.	a) Ejercicio de relajación b) Dinámica de integración c) Diapositiva con la imagen de una televisión de plasma: comentar la diferencia con la que ellos usaban en su tiempo. Trabajo con anuncios y melodías. Comentan su experiencia con su primera televisión. d) Películas de su época y actores.
Recursos: Diapositivas cine; Diapositivas publicidad.	

Preguntas guía.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Teníais televisiones en vuestras casas? ✓ ¿En qué época apareció la televisión en vuestras vidas? ✓ ¿Qué características tenía la televisión de entonces? ✓ ¿Cuándo fue la primera vez que fuiste al cine? ¿Cómo eran los cines por aquel entonces? ¿Qué película visteis? ¿Cuánto costaba la entrada? ✓ ¿Qué recuerdas de estas películas? ¿Dónde las visteis? ✓ ¿Qué otras películas recuerdas? ✓ ¿Qué diferencias encuentras entre la publicidad de antes y de ahora? ✓ ¿Qué otra publicidad recuerdas que no hayamos visto? ✓ Películas que para vosotros tengan un significado especial, ¿Por qué? ✓ ¿Qué otras canciones o películas recuerdas?

Fase de inicio.

Con la unidad de cine y publicidad se inició la sexta sesión, la cual tenía como objetivo trabajar la adaptación a los cambios sociales y tecnológicos, así se pretendía analizar los cambios producidos en el tipo de modelos o características de las TV de su época con respecto a los actuales modelos, analizar el cambio de los diferentes programas de

entretenimiento, así como las diferencias encontradas en la transmisión de la información respecto de la actualidad con las nuevas tecnologías. Para iniciar la sesión se lleva a cabo una dinámica de integración corta, debido a la alta integración que ya existía en el grupo y al aprovechamiento de tiempo. Luego se muestran una fotografía de un televisor plasma y se les pregunta si saben lo que es. Esta pregunta puede iniciar una lluvia de respuestas y narraciones en torno a la fotografía, que se dirija a su experiencia con el primer televisor, como era, que recuerdan de ese primer día, que características tenía, etc.

Fase de desarrollo.

Después se presentan otras diapositivas con imágenes relacionadas con el cine, y se inicia nuevamente proceso de dialogo con preguntas guiadas tales como: ¿Cuándo fue la primera vez que fuiste al cine? ¿Cómo eran los cines por aquel entonces? A continuación, se realiza otra actividad en la que se presentan videos de anuncios de los años 60 a 80, de manera que se generen recuerdos positivos relacionados con el ámbito personal y que tengan que ver con esas imágenes, además de la imagen las melodías de los mismos pueden utilizarse como unos poderosos elicitadores sonoros que ayuden a recordar esos u otros de la misma época.

Es importante señalar como este tipo de elicitador fue altamente motivante y provocó que los adultos mayores participaran muy activamente en la sesión. Un ejemplo fueron las canciones de anuncios, aquellas que aun recordaban, o algunas que todavía persisten, como los anuncios de las botellas de algunos refrescos de su época y cómo han evolucionado desde entonces. Como iban a comprar esos productos que anunciaban en las pulperías (colmados), los productos que se podían vender a granel, lo que podías comprar por cinco centavos... De este modo, integraban presente y pasado y analizando la evolución no solo de la sociedad sino de ellos como individuos, de sus objetivos y sus relaciones y como estas se han desarrollado a lo largo del ciclo vital

Por último se presentan fotos de personajes y actores destacados del pasado y se conversa sobre las actividades que estos realizaban, qué películas o novelas hicieron, etc. y se plantea si recuerdan cuando la vieron, que estaban haciendo...

Fase de cierre.

Para finalizar, se les preguntó a los participantes como se habían sentido con la actividad, y se les planteó si alguno de los personajes de película podía representar lo que ellos esperaban iba a ser su vida.

Sesión 7: TRABAJO Y LABORES.

Objetivos Específicos: Identificar oficios y empleos realizados para trabajar los aspectos positivos y negativos del yo, dando mayor relevancia a los positivos dejando atrás la autoinculpción y autocrítica.	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
1. Trabajo. 2. Labores.	a) Ejercicio de relajación b) Dinámica “canción o plena” c) El trabajo que desempeñaron a lo largo de su vida. d) Los trabajos de mujeres y de hombres y sus razones de clasificación. e) Las labores domésticas y su importancia.
Recursos: Papel y lápiz; Rotafolios; Fichas de utensilios de trabajo y labores.	

Preguntas guía.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Recuerda qué actividades hacía en su trabajo? ✓ ¿Qué cosas hacía con sus compañeros? ✓ ¿Cómo eran las condiciones del trabajo? ✓ ¿Tuvo que trasladarse alguna vez para trabajar? ✓ ¿En qué trabajó durante los diferentes momentos de su vida? ✓ ¿Qué avances tecnológicos han facilitado el trabajo de las tareas del campo? ✓ ¿Qué diferencias creéis que existían y existen entre el trabajo de hombres y mujeres, tanto antaño como actualmente? ✓ ¿Cómo realizabais las tareas del hogar? ✓ ¿Qué avances tecnológicos han facilitado el trabajo de las tareas cotidianas del hogar?

Fase de inicio.

El objetivo primordial de esta actividad es exteriorizar las vivencias que tiene el adulto mayor, descubriendo aspectos no conocidos y entrañables del protagonista. Del mismo modo, animar las conversaciones, reanudar o crear vínculos informales con otras personas y añadir puntos en común. Partiendo de la pregunta de la anterior sesión, lo que esperaban iba a ser su vida, esta sesión se inicia con un dialogo dirigido donde se plantea como temática sus trabajos, empleos y labores. Uno de los aspectos más importantes de una persona, es el trabajo que desempeña a lo largo de su vida, por eso esta sesión es de gran relevancia para las personas de cara al logro de la integridad e identidad.

Fase de desarrollo.

Para iniciar esta fase, se realiza un ejercicio en el cual se utilizan dos rotafolios, uno para mujeres y otro para hombres, después se entrega a cada participante unas pequeñas fichas con unos dibujos de utensilios de trabajos para que los coloquen en el rotafolios correspondiente, dependiendo si eran usados por los hombres o por mujeres. De esta manera se inicia un proceso de identificación de oficios y empleos a partir de los cuales generar recuerdos sobre qué hacían, quienes y como lo hacían. Por otra parte, esta dinámica puede producir un debate interesante sobre género y roles, lo cual plantea una importante oportunidad para trabajar aspectos relacionados con la autonomía, referida a ser capaz de expresar y mantener el propio pensamiento; también mostraba la capacidad de los participantes para analizar situaciones y establecer puentes entre el pasado personal y la realidad actual, dando sentido de continuidad al propio ciclo de vida.

Concretamente, esta dinámica originó muchas discusiones, ya que era evidente como las mujeres habían evolucionado en la manera de pensar, es decir, mientras los hombres aun mantenían la postura sobre que la mujer era el sexo débil, que debía estar en la casa, que no podía realizar cualquier trabajo, las mujeres expresaban que el rol había cambiado y se lamentaban en algunas ocasiones de no haber ejercido otra actividad fuera del hogar. También hablaban de cómo hoy en día la mujer estudia y dirige su vida y los hombres hasta cierto punto se habían quedado atrás. De esta manera se originaron discusiones entre hombres y mujeres sobre las labores domésticas y como estas actividades eran vistas y realizadas tiempo atrás puntualizando las diferencias entre las tareas del hogar antiguamente y actualmente. Comentaban las labores que realizaban y su remuneración, recordaban actividades que realizaban en su trabajo, como eran las condiciones... También mencionaron la importancia que han tenido los avances tecnológicos en la vida del trabajador y la diferencia que existe con otros tiempos, por ejemplo, ahora una máquina hace el trabajo de diez hombres. Y recordaron otra vez el convite como una actividad social y de trabajo.

Fase de cierre.

Para finalizar, se entonaron canciones o plenas cantadas por los agricultores, el cual fue un momento muy alegre y emotivo.

Sesión 8: JUGUETES Y JUEGOS.

Objetivos Específicos: Ayudar a mantener y reforzar la autoestima, poniendo en manifiesto elementos positivos de los recuerdos, así como poner de relieve la experiencia y sabiduría acumuladas	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
1. Juegos de chicas. 2. Juegos de niños. 3. Juegos comunes de chicos y chicas. 4. Juegos festivos y de competición.	a) Ejercicio de relajación b) Dinámica “cantar arroz con leche” c) Pensar en un juego que le recuerde a su infancia y con el que haya pasado buenos ratos. d) Sugerencias de otros juegos. e) Manipulación de objetos con los que ellos jugaban, como muñecas de trapo, etc.
Recursos: Papel y lápiz; Rotafolios; Diapositivas con juguetes antiguos.	

Preguntas guía.	
✓	¿Qué diferencias hay entre aquellos juegos de cuando erais niños y los actuales?
✓	¿Les hubiese gustado jugar a lo que juegan ahora los niños?
✓	¿Qué juguetes de los presentados recordáis

Fase de inicio.

El objetivo de esta sesión es viajar en el tiempo y trabajar sobre los juegos tradicionales de su época. En esta sesión de reminiscencia se da un paso hacia atrás en el tiempo, a través de algo tan bonito y significativo de la infancia como son los juegos populares y tradicionales, con los que tanto tiempo se pasa en la primera etapa de vida. De este modo, se mencionó la diferencia entre los juegos actuales y los de su época, y se trabaja también la diferencia con los juegos actuales, ya que antes no existían juegos tecnológicos o avanzadas tecnologías lo que les permitía compartir más y realizar juegos de rondas, jugar en la calle y construir sus propios juegos. A partir de juegos de su época, como elementos elicitors se desarrolló esta octava sesión pretendió compartir vivencias relacionadas con el juego, estimulando la evocación de emociones positivas y la promoción de la autoestima.

Desgraciadamente estos juegos se pierden más con en el tiempo, y por diversas causas la cadena que se inició hace mucho tiempo se ha roto, impidiendo la transmisión oral de los juegos que poco a poco se han dejado de jugar, hasta el punto de que muchos han caído en el olvido incluso de quienes fueron los últimos en disfrutar con ellos.

Lo que se pretende con esta sesión es ver qué recuerdan de estos juegos y que de este modo todos conozcan lo importante que han sido a lo largo de muchos años para gran

cantidad de niños y niñas, resaltando la importancia de que las generaciones actuales y futuras puedan seguir conservando estos juegos que ocuparon un lugar muy importante en nuestra infancia y en la de tantos antecesores.

Se inició con la canción “arroz con leche”, los participantes la cantaron y luego comentaron la canción y como éstos jugaban cuando eran niños.

Fase de Desarrollo.

Esta sesión tiene como eje conductor los juegos tradicionales, y para evocar el recuerdo se presentan diapositivas referentes a diversos juegos, así como algunos juguetes que puedan manipular (muñeca de trapo, trompo, carreter, vitilla, etc.). A partir de este punto se les pregunta si recuerdan los juegos que realizaban cuando eran niños. Además, se les van planteando preguntas dirigidas, como por ejemplo: ¿Cómo se jugaba? ¿A qué edades? ¿Tenía canción? ¿Con qué otros nombres se conocían? La actividad, plantea una vuelta al pasado generando claros recuerdos de la época de infancia y normalmente vinculados a aspectos positivos lo que promueve el bienestar personal en los participantes. Una pregunta que puede originar mucha participación hace referencia a que mencionen la diferencia entre los juegos actuales y los antiguos;

Los participantes hablaban de la escasez de juguetes que había en su época y de cómo ellos mismos fabricaban muchos de ellos como la muñeca de trapo o el carrito de carretel, lo que generó una serie de recuerdos específicos satisfactorios al recordar como realizaban esta actividad con sus padres. Una situación que estos mencionaron es que antes no existían juegos con nuevas tecnologías cosa que les permitía compartir más y realizar juegos de rondas. Además de que no existía la energía eléctrica, por lo que muchos de ellos salían a jugar a las calles.

Fase de cierre.

Es importante destacar la emotividad que esta actividad puede producir al hablar sobre cómo sus madres les hacían las muñecas con trapos o como los chicos hacían carritos con jabillas (árbol tropical), ya que no había dinero para comprar juguetes incluso regalos de reyes. Por último, se cantaron algunas canciones que acompañaban a juegos particulares, como los juegos de rondas.

Sesión 9: RECORDANDO A LA ABUELA.

Objetivos Específicos: Rememorar el avance de los utensilios y objetos típicos de la época fomentado el vínculo social y la memoria semántica.	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
1. Cosas de la abuela. 2. Objetos, muebles de la abuela.	a) Ejercicio de relajación b) Dinámica de grupo. c) Dinámica con diapositivas fotos de una mujer adulta mayor, con características muy marcadas por la edad. d) La abuela: descripción de objetos, muebles, ropas y utensilios.
Recursos: Papel y lápiz; Rotafolios; Diapositivas con fotos ("la abuela" y objetos, ropas, etc.).	

Preguntas guía.
<ul style="list-style-type: none">✓ ¿Cómo te sentiste al ver las imágenes?✓ ¿A qué parte de tu vida te recuerdan?✓ ¿Tienes alguna preferida?✓ ¿Qué diferencia han tenido los diferentes momentos para ti?✓ ¿Cómo te sientes cuando escuchas o ves esto?✓ ¿Tienes algún objeto o imagen preferida? ¿Recuerdas algunas más?✓ ¿Cómo vestías en esa época? ¿Cómo vistes hoy en día?✓ ¿Cuál fue tu experiencia con la primera fiesta?

Fase de inicio.

Los objetivos que se persiguen en esta sesión son rememorar el avance de objetos, hábitos alimentarios, medios de transporte y de comunicación, etc., que ha experimentado la persona, con el fin de desarrollar un coloquio en el que los participantes compartan sus experiencias fomentando el vínculo social, invitándolos así, a promover las relaciones entre ellos. Así mismo, y a través del recuerdo del funcionamiento de los utensilios, objetos, vestimenta típicos de la época se trabaja la parte de memoria semántica de la memoria autobiográfica.

Dado que en esta sesión ya se ha generado un buen clima entre los participantes y dada la previsión de ser una sesión extendida en tiempo y actividades, se tomó como decisión no incluir una actividad inicial.

Fase de desarrollo.

Se inicia la sesión con la presentación de una foto en diapositiva de una abuela en una silla con el pelo blanco. Después se inicia un dialogo con los participantes en relación a

quién les recuerda. Se dirige hacia el tema de sus abuelos para generar recuerdos relacionados con historias y anécdotas de actividades, consejos y situaciones en las que sus madres o abuelas estaban presentes. En esta actividad, la mayoría de los sentimientos asociados a los recuerdos son de valencia positiva fomentando la autoestima, la satisfacción y el bienestar, pueden producirse excepciones, aunque no suelen tener gran relevancia y por lo tanto más que recordar a la persona de forma negativa o dolorosa se puede producir en forma de anécdota que puede utilizarse para reconducir el recuerdo hacia eventos de carácter positivo. En un segundo momento se continúa la sesión presentando muebles u objetos de épocas pasadas y cada uno de los participantes debe comentar una situación que le llegaba a la mente con la figuras. Además, se muestra la forma de vestir de otras épocas, se comenta la forma de vestir de sus abuelas y se dirige la actividad hacia una discusión guiada a cerca de las diferencias en las forma de vestir de antes y de la actualidad.

Fase de cierre.

Para cierre de la actividad se les solicito conversar sobre momentos puntuales en los cuales se reunía la familia con sus abuelos y como ellos se sentían en esas reuniones.

Sesión 10: MÚSICA Y RECUERDOS. RESUMEN DEL TALLER.

Objetivos Específicos: Despertar afectos y experiencias positivas a través de la música e imágenes.	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
1. Recordando la música. 2. Finalización del taller.	a) Ejercicio de relajación b) Explicación sobre la importancia y relación entre la música y las emociones. c) Actividad: sonidos y emoción. d) Actividad: Canciones y música.
Recursos: Papel y lápiz; Rotafolios;	

Preguntas guía.	
✓	¿Qué emoción nos sugieren los diferentes sonidos? ¿Cómo se han sentido? Alegres, nostálgicos, melancólicos, tristes...
✓	Esta canción ¿A qué parte de su vida les recuerda?, ¿Tienen alguna canción preferida?
Valoración final del taller:	
✓	¿Os ha gustado?
✓	¿Qué es lo que más os ha gustado?
✓	¿Qué es lo que habrías cambiado?
✓	¿Repetiríais la experiencia?

Fase de inicio.

El objetivo de esta sesión es la estimulación y desarrollo las capacidades comunicativas y además mantener la autoestima y fortalecer la autoconfianza en un momento en el que se percibe un declive físico y cognitivo. De esta manera ayudar a confirmar y preservar un sentido de identidad reforzando sentimientos de valía personal, coherencia y continuidad. Es relevante destacar que la música tiene gran influencia en las emociones, ya que despiertan en nosotros recuerdos y experiencias del pasado.

Como en los ejercicios anteriores se inició con ejercicios de relajación. Después conversamos sobre la música.

Es importante destacar que, en la República Dominicana, la música es parte del folclor, está presente en todas las actividades y es esencial en la naturaleza del ser humano. Es un país en donde el merengue, la salsa y la bachata son partes fundamentales del pueblo.

Esta última sesión tenía como temática principal recordar la música y en un segundo y último momento finalizar y valorar el programa de reminiscencia.

Fase de Desarrollo.

La primera actividad a realizar es la reproducción de diversos sonidos para que los participantes indiquen qué emociones aflora en ese momento; algunas preguntas guía son: ¿Cómo se sienten?, ¿Qué etapa de la vida les recuerda?

Esta actividad generó dos tipos de recuerdos, un amplio grupo recordaron momentos muy emotivos relacionados con sus madres y de igual forma con sus hijos y nietos. También, otro grupo recordó tormentas muy agresivas que habían vivido en su época de jóvenes como el ciclón David, el George y los daños causados por estos fenómenos atmosféricos que impactaron de lleno al país. Estos comentarios, propiciaron que se introdujera el tema de la resiliencia y el afrontamiento y como éstos nos ayudan a superar o adaptarnos a la adversidad

La segunda actividad consiste en utilizar como elicitador canciones populares y típicas de la cultura y el contexto próximo de los participantes. Esta actividad está dirigida con algunas preguntas: ¿Cómo se han sentido?, ¿Cómo se sentían cuando las escuchaban en su juventud?, ¿Tienen alguna preferida? o ¿Recuerdan algunas canciones no escuchadas?

Finalmente se pone en marcha una tercera actividad en la cual se escuchan canciones antiguas (palos, merengues, bachatas y salsas), utilizando aquellas que son significativas de una época. Esta actividad está dirigida con algunas preguntas: ¿Qué les recuerda? La música es un poderoso elicitador unido a recuerdos afectivo y por las posibilidades que da al individuo para expresarse a nivel individual y de grupo y de reaccionar a la vez según su sensibilidad; además, puede ser utilizada como un medio para producir cambios generando recuerdos positivos y satisfactorios de la historia de vida.

Tanto las mujeres como los hombres recordaron algunas serenatas y comentaron como vivieron esos momentos específicos. Otros hablaron sobre “el Gaviao”, que consistía en una actividad típica de la época, en la que se bailaba y los hombres invitaban a las mujeres a tomar algo en la barra (donde había bebidas y comida) a cambio de bailes. Además, se conversó sobre las diferentes opiniones sobre la forma de relacionarse que existía antes y la forma en la que se realiza ahora, los piropos, etc. En este momento algunos de ellos opinaron sobre la música de la época y la falta de contenido poético que tenía comparada con la música actual. Hablaron sobre el reggaetón y el Dembow (otra música típica del país de la generación joven actual) y la manera sensual y erótica de cómo se baila, además de la falta de respeto que tiene esa música hacia las mujeres.

Fase de cierre.

Ya en la finalización del programa se realizó una autoevaluación, coevaluación y evaluación del proceso por parte de los participantes y comentaron como se sintieron en todo el proceso del proyecto con preguntas tales como: ¿Le ha gustado? ¿Qué es lo que más le ha gustado?,...

Es importante destacar una vez finalizado el proyecto y valorando todo el procedimiento de aplicación de una intervención basada en terapia de reminiscencia que los participantes indicaron que esta había sido una experiencia de logro y satisfacción; además, debe señalarse el alto índice de participación, ya que se obtuvo una asistencia de más de un 90% de los adultos mayores. Durante el desarrollo de las diferentes actividades hubo un gran entusiasmo que se reflejó en la participación activa y de colaboración de los participantes. Los adultos mayores se identificaron con este proceso, lo cual fue observable en los progresos y mejoras de la comunicación afectiva y la convivencia, también lo

expresaron verbalmente al comentar lo agradecidos que se sintieron por vivir esta experiencia de necesidad para ellos, cosa que les ayudo a crecer como personas.

Como comentario final, señalar que la experiencia del programa de Reminiscencia implementado con los adultos mayores, tuvo más puntos positivos que negativos, por los cambios evidenciados y también porque ayudó a otros participantes a dirigirse hacia el cambio, hacia un propósito de vida destinado a la solución de sus problemas, utilizando el recuerdo positivo y las formas adaptativas como elementos base para desarrollar un envejecimiento más adaptado y óptimo.

5. Análisis de los datos.

Para la sistematización y el procedimiento de la información obtenida en las escalas y pruebas antes mencionadas, fue necesaria la creación de una base de datos que fuera susceptible al análisis estadístico. Este diseño se construyó con la aplicación del programa SPSS 22.

En relación a los análisis empleados se aplicaron pruebas t para muestras independientes, chi-cuadrado y la U de Mann-Whitney con el fin de comparar la homogeneidad de los grupos en sus características sociodemográficas previas al tratamiento.

Además, se realizó correlaciones de Pearson para analizar la relación de las medidas; para el análisis de las medias, se han utilizado pruebas t para muestras independientes y análisis de varianza (ANOVAs) con sus correspondientes pruebas post hoc.

Para el análisis de los efectos de la intervención se realizó análisis de varianza de medidas repetidas con ajuste Bonferroni estudiándose tanto los efectos simples de las medidas pretratamiento como de los dos momentos temporales en cada grupo, así como los de la interacción (grupo X tiempo).

Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS 19. Tanto el análisis estadístico descriptivo de la muestra como para considerar las diferencias significativas entre

los momentos temporales se consideró significativo un valor menor a ,05; asimismo se introdujo el cálculo de la magnitud del efecto con el Eta cuadrado considerando ,01 como un efecto bajo; ,06 efecto moderado y ,14 un efecto alto

Los análisis estadísticos también incluyeron modelos de ecuaciones estructurales (SEM) mediante EQS 6.1. SEM ofrece examen simultáneo de la varianza entre múltiples variables dependientes e independientes y permite el análisis de variables observadas y no observadas. Dado que el tamaño muestral influye en la decisión de aceptar o rechazar un modelo se aplicaron los siguientes criterios para evaluar la idoneidad: (a) estadístico chi-cuadrado; (b) el índice de ajuste comparativo (CFI) de más de 0.90; (c) el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) de 0.08 o menos.

CAPÍTULO 6

Resultados

El apartado de resultados está dividido en dos secciones basadas en los objetivos propuestos, una primera en relación al modelo de predicción de la salud mental a partir de los diferentes tipos de reminiscencia agrupados por función y una segunda donde se analizan los resultados sobre diversas variables psicológicas tras la intervención basada en reminiscencia así cómo cuál es su efecto en el seguimiento a los tres meses.

1. Reminiscencia y salud mental.

Tal y como se ha planteado, en el desarrollo de las funciones de la reminiscencia Cappeliez et al, (2005) mediante análisis de regresión comprobaron cómo se relacionan los tipos de reminiscencia con la salud mental definida como los aspectos positivos de bienestar y los negativos de los trastornos psicológicos. A continuación tanto Cappeliez y O'Rourke (2006) como Ros et al., (2016), obtienen ajustes satisfactorios para un modelo estructural que consta de tres amplias funciones (constructos latentes) que subsumen los ocho tipos de reminiscencia: self positivo (identidad, resolución de problemas, preparación de la muerte),

self negativo (revivir amargura, reducción del aburrimiento, mantenimiento intimidad) y prosocial (enseñar-informar y conversación) y que predicen un factor de salud mental definido como ausencia de bienestar.

Partiendo, por tanto, de la literatura sobre la predicción de las funciones de la reminiscencia y la salud se puso a prueba el ajuste un modelo compuesto por las tres grandes funciones como constructos latentes, explicadas por los ocho tipos de reminiscencia para predecir un factor de salud mental compuesto por las medidas de depresión (GDS), satisfacción vital ((LSI-A), resiliencia (BRCS) y autoestima (RSE). A continuación, se presenta la tabla 10 donde se pueden observar las correlaciones entre las medidas utilizadas en el modelo.

Tabla 10. Correlaciones entre las variables del modelo de medida.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	-,188*	1									
3	,097	-,445**	1								
4	,171*	-,666**	,425**	1							
5	,009	-,008	,030	,089	1						
6	-,038	-,026	,048	,049	,340**	1					
7	-,042	,065	-,082	,049	,217**	,558**	1				
8	,028	-,031	-,042	,067	,160*	,573**	,749**	1			
9	-,117	,095	-,023	-,028	,212**	,624**	,699**	,581**	1		
10	-,110	,198*	-,077	-,101	,515**	,214**	,258**	,184*	,306**	1	
11	,053	-,062	,152	,127	,319**	,082	-,175*	-,043	,001	,176*	1
12	,004	,066	-,157*	-,045	,121	,620**	,753**	,770**	,692**	,194*	-,052

Nota: 1. BRCS; 2. Depresión; 3 RSES; 4. LSI; 5. Reducción Aburrimiento; 6. Preparación para la muerte; 7. Identidad; 8. Resolución de problemas; 9. Conversación; 10. Mantenimiento de la intimidad; 11. Revivir amargura; 12. Enseñar/Informar.

* La correlación es significativa en el nivel 0,05, ** La correlación es significativa en el nivel 0,01.

1.1. Estimación del modelo de medida.

Inicialmente se examinó el modelo de media propuesto para determinar si las variables observadas efectivamente median sus respectivos constructos latentes. La obtención de adecuados índices en esta estimación inicial y previa al cálculo del modelo estructural justificaría la relación conceptual entre las dimensiones de reminiscencia y la salud mental.

De este modo, se computó la medida del modelo partiendo de que cada variable observada contribuía significativamente a su respectiva variable latente y asumiendo la existencia de covarianzas significativas entre cada par de constructos latentes. Se obtuvieron

índices de ajuste adecuados $\chi^2(\text{g.l.} = 48) = 91,81$, $p > 0,001$; además, los Índices de Ajuste Comparativo para este modelo mostraron puntuaciones dentro de los parámetros aceptados (CFI = ,931, RMSEA = ,077 (90% = CI = ,056 - ,100). Cada una de las variables observadas contribuía significativamente a la medida de su respectivo constructo latente con valores para $t > 1,96$. También se calculó el índice de fiabilidad compuesto de cada variable latente; este estadístico es análogo al alfa de Cronbrach y estima la consistencia interna de las respuestas. Los coeficientes resultantes, self positivo (0,84), self negativo (0,72), pro-social (0,82) y salud mental (0,71), estaban dentro de los parámetros aceptados. En otras palabras, las agrupaciones de variables observadas bajo sus respectivos constructos latentes parecen estar relacionados entre sí. Este resultado apoya la delimitación de las funciones de la reminiscencia como se hipotetiza en el modelo teórico.

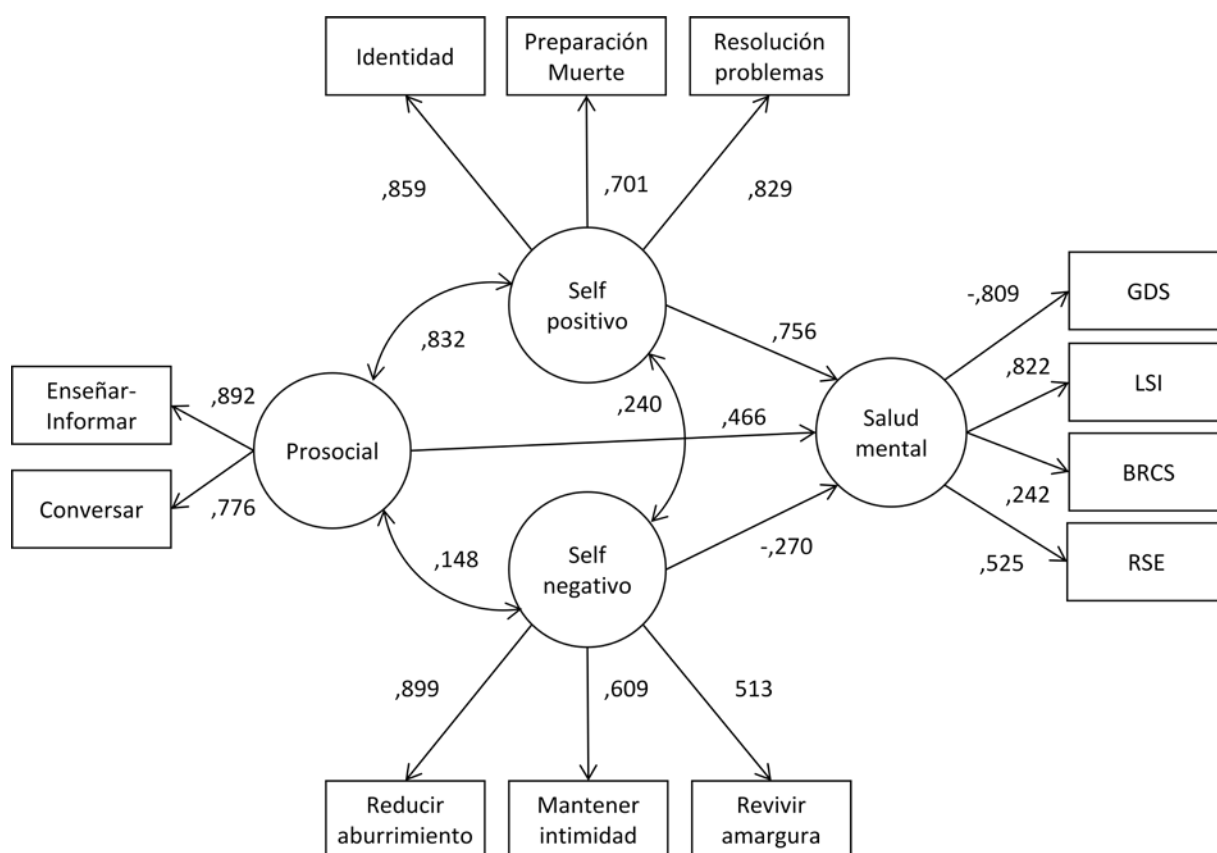
Seguidamente, se examinó la validez discriminante de los constructos latentes para determinar si las tres dimensiones miden fenómenos distintos como hipótesis. En primer lugar, se aplicó el test de diferencias de chi-cuadrado (Anderson y Gerbing, 1988); para ello se estimó el modelo fijando a 1 las covarianzas entre los pares y restando las chi-cuadrado de ambos modelos y los grados de libertad. El valor del estadístico debe ser superior al valor crítico de la chi-cuadrado para ese nivel de grados de libertad. Los resultados obtenidos (self positivo-self negativo $\Delta\chi^2(\Delta\text{gl} = 1) = 106,89$; self positivo-prosocial $\Delta\chi^2(\Delta\text{gl} = 1) = 107,48$; self negativo-prosocial $\Delta\chi^2(\Delta\text{gl} = 1) = 51,53$) mostraron que cada uno media un constructo latente distinto, lo cual apoya la validez discriminante de estas tres dimensiones. También se realizaron pruebas de intervalos de confianza para evaluar más a fondo la validez discriminante de los constructos latentes (Anderson y Gerbing, 1988). Esto implicó el cálculo de los intervalos de confianza para la covarianza de \pm dos errores estándar alrededor de la estimación resultante del AFC; cuando los intervalos de confianza no incluyen el valor 1,0 se puede confirmar la validez discriminante. Esta condición se observó para self positivo vs. self negativo ($0,214 \pm 0,192 = 0,022-0,406$), self positivo-prosocial ($0,258 \pm 0,178 = 0,080-0,436$) y self negativo-prosocial ($0,240 \pm 0,180 = 0,060-0,042$).

Tal y como se ha mostrado, la bondad de los índices de ajuste y la validez discriminante apoyan la viabilidad del modelo de medición.

1.2. Estimación del modelo estructural.

Consistentemente con la hipótesis inicial, se planteó un modelo estructural en el que las tres funciones de la reminiscencia self positivo, self negativo y prosocial correlacionadas debían mostrar asociaciones directas y significativas con la salud mental de los adultos mayores. Se obtuvieron índices de ajuste adecuados $\chi^2(g.l. = 47) = 89,89, p > 0,001$; además, los Índices de Comparación y Bondad del modelo mostraron parámetros correctos (CFI = ,936, RMSEA = .077 (90% = CI = ,052 - ,100)).

Figura 23. Modelo final de las funciones de reminiscencia prediciendo salud mental.



Así, la identidad proporciona la mayor contribución a la variable latente de la función self positivo, reducción del aburrimiento a self negativo y enseñar/informar a prosocial. Además, las tres funciones de la reminiscencia self positivo, self negativo y prosocial se asocian significativamente con la salud mental, siendo la contribución de self negativo la menor y de signo negativo.

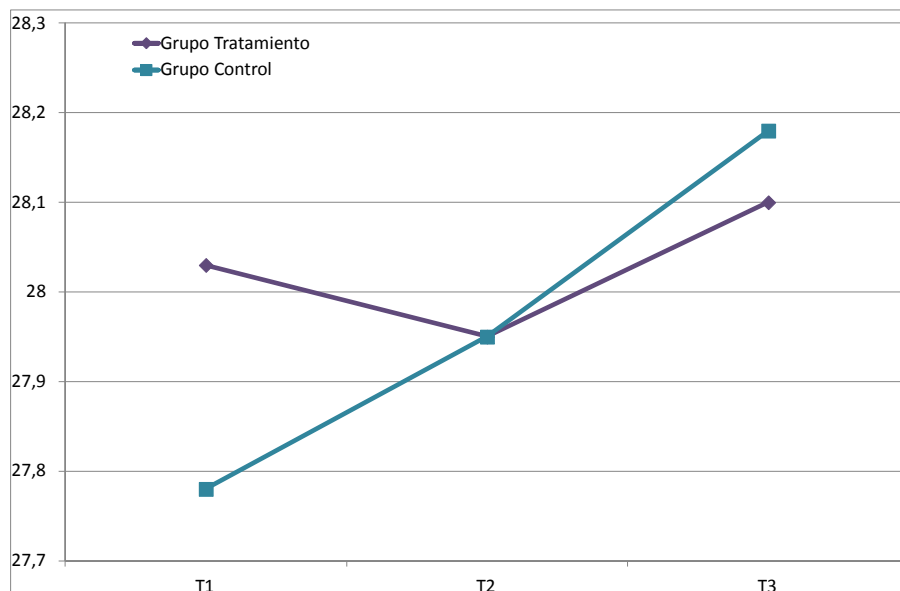
2. Efectos del programa de Reminiscencia.

En primer lugar, se analizó si la aplicación de intervención mediante terapia de reminiscencia había tenido algún efecto sobre el nivel cognitivo (MEC) de los participantes. Los datos revelaron la no existencia de efecto principal significativo ($F_{2, 147} = 0,661$; $p = 0,518$, $\eta^2 = 0,009$).

Independientemente de este resultado, se estudiaron los efectos simples observando que entre los grupos no existían diferencias en las puntuaciones antes ($GrTr = 28,02$; $GrC = 27,94$) de iniciar la intervención ($F_{1, 148} = 0,393$; $p = 0,532$, $\eta^2 = 0,003$), del mismo se no se obtuvieron resultados significativos ($F_{1, 148} = 0,079$; $p = 0,994$, $\eta^2 = 0,000$) al compararlos en el segundo momento temporal ($GrTr = 27,95$; $GrC = 27,94$) o en el seguimiento ($GrTr = 28,10$; $GrC = 28,17$) donde tampoco se obtuvo significación estadística ($F_{1, 148} = 0,042$; $p = 0,839$, $\eta^2 = 0,000$).

Esta no significatividad también se observó al analizar la evolución de cada grupo de forma independiente a lo largo del tiempo, es decir, no se reflejaron cambios significativos al comparar las puntuaciones en los tres tiempos ni en el grupo tratamiento ($F_{2, 147} = 0,454$; $p = 0,636$, $\eta^2 = 0,006$), ni en el grupo control ($F_{2, 147} = 1,893$; $p = 0,154$, $\eta^2 = 0,025$).

Figura 24. Puntuaciones pretest, posttest y seguimiento de los grupos en la variable MEC.

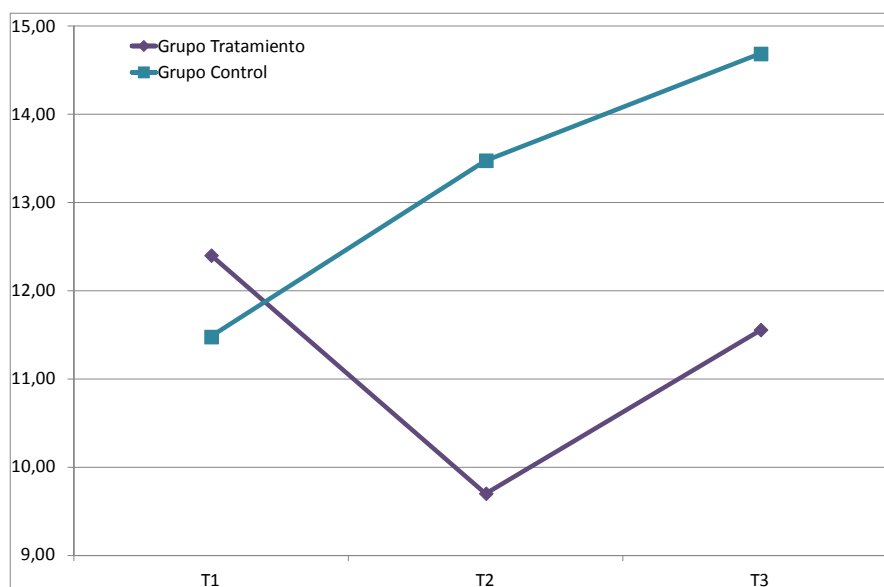


Con respecto a la evaluación de síntomas depresivos, los efectos principales obtenidos tras la aplicación de la intervención fueron significativos ($F_{2, 145} = 18,79$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,206$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento (GrTr = 12,40; GrC = 11,48) no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 146} = 0,533$; $p = 0,467$, $\eta^2 = 0,004$), por el contrario, en el tiempo 2 se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos ($F_{1, 146} = 12,361$; $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,078$), presentando una media inferior el tratamiento que el control (GrTr = 9,71; GrC = 13,48), finalmente estas diferencias entre los grupos se mantuvieron en el tercer momento ($F_{1, 146} = 7,776$; $p = 0,006$, $\eta^2 = 0,051$) siendo las medias del grupo tratamiento inferiores a las del grupo control (GrTr = 11,55; GrC = 14,69).

Al estudiar la evolución de los grupos a lo largo del tiempo, en el grupo tratamiento se observó un efecto significativo ($F_{2, 145} = 17,421$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,194$) con la siguiente evolución del T1 al T2 se produjo una disminución significativa ($p < 0,001$) de sus puntuaciones, si bien del T2 al T3, una vez finaliza el tratamiento, los participantes aumentaron sus puntuaciones ($p = 0,022$) con medidas similares a la línea base y por tanto no se observaron diferencias entre el T1 y el T3. Por lo que se refiere al grupo control se observó un aumento significativo ($F_{2, 145} = 7,286$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,910$) de la sintomatología depresiva entre el T1 y el T2 ($p < 0,001$) que también se observó del T1 al T3 ($p = 0,003$), mientras que del T2 al T3 no se observaron cambios significativos ($p = 0,271$).

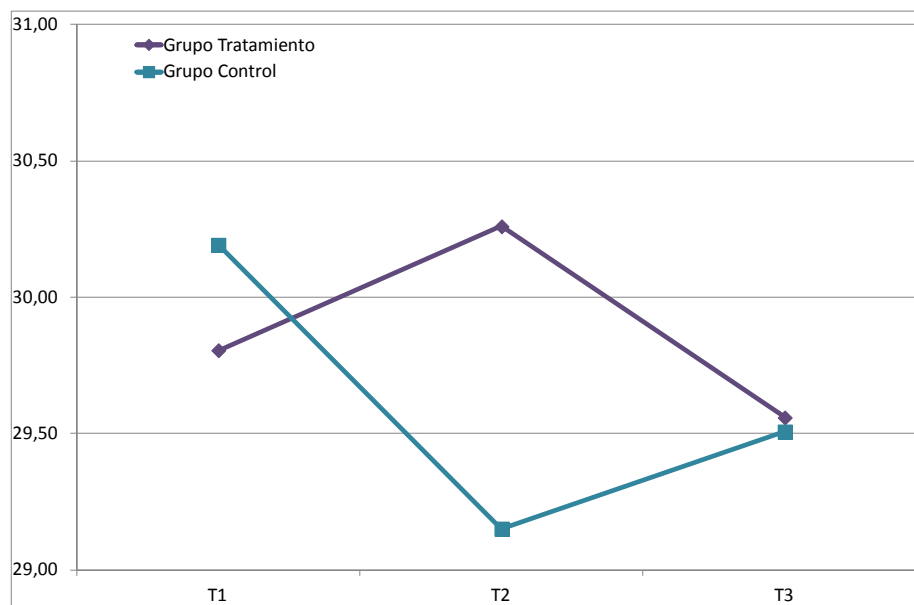
Figura 25. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable depresión.



En la evaluación de los efectos principales de la intervención en la variable autoestima se obtuvo un efecto marginalmente significativo ($F_{2, 147} = 2,923$; $p = 0,057$, $\eta^2 = 0,038$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento (GrTr = 29,81; GrC = 30,19) no se observaron diferencias significativas ($F(1, 148) = 0,166$; $p = 0,684$, $\eta^2 = 0,001$), tampoco se obtuvieron diferencias en el tiempo 2 ($F(1, 148) = 2,218$; $p = 0,139$, $\eta^2 = 0,015$) dado que sus medidas seguían siendo similares (GrTr = 30,26; GrC = 29,15), y tampoco en el tiempo 3 (GrTr = 29,56; GrC = 29,51) se observaron diferencias entre los grupos ($F(1, 148) = 0,050$; $p = 0,946$, $\eta^2 = 0,001$). De la misma manera no fueron significativos los datos obtenidos al estudiar cada grupo de forma independiente en los tres momentos de la evaluación; el grupo tratamiento no reflejó ningún cambio ($F(2, 147) = 1,429$; $p = 0,243$, $\eta^2 = 0,019$), al igual que ocurrió en el grupo de control ($F(2, 147) = 1,894$; $p = 0,154$; $\eta^2 = 0,250$).

Figura 26. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable autoestima.

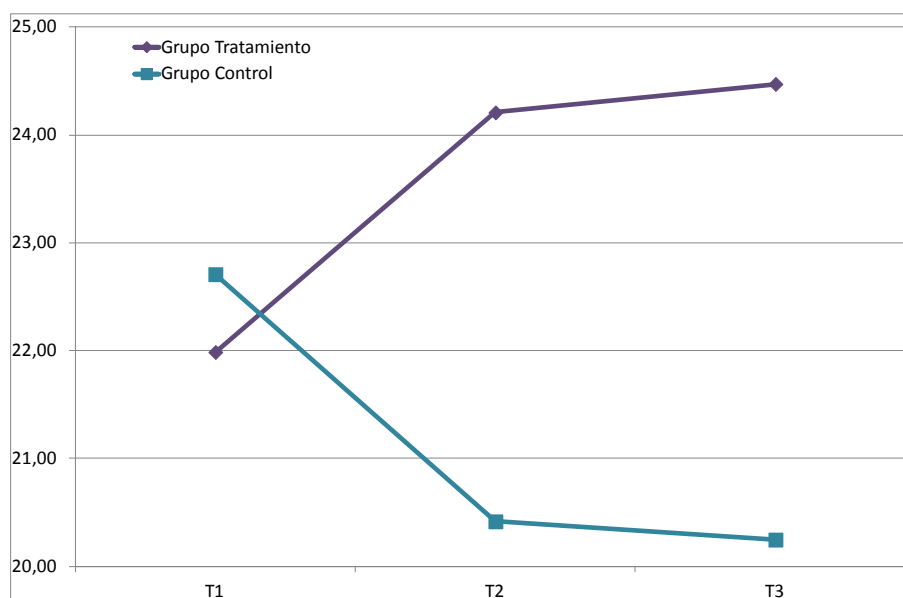


Con respecto a la evaluación de la satisfacción vital se puede observar que los efectos principales obtenidos fueron significativos ($F(2, 134) = 10,250$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,133$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento (GrTr = 21,99; GrC = 22,70) no se observaron diferencias significativas ($F(1, 135) = 0,259$; $p = 0,611$, $\eta^2 = 0,002$), por el contrario en el tiempo 2 se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones al comparar los grupos ($F(1, 135) = 8,344$; $p = 0,005$; $\eta^2 = 0,058$), siendo las medias del grupo tratamiento superior a las del grupo control (GrTr = 24,21; GrC = 20,42), diferencias que también se presentaron en el tercer momento ($F(1, 135) = 11,985$; $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,082$), siendo de nuevo las medias del grupo tratamiento más elevadas (GrTr = 24,47; GrC = 20,24).

Al comparar los tres momentos temporales de forma independiente en cada grupo se observaron cambios en el tratamiento donde se obtuvo un efecto significativo ($F_{2, 134} = 5,020$; $p = 0,006$; $\eta^2 = 0,073$), según el cual del T1 al T2 se observó un aumento de las puntuaciones ($p = 0,004$), del T2 al T3 se observó un mantenimiento de la puntuación ($p = n. s.$) y del tiempo T1 al T3 se observaron diferencias marginalmente significativas ($p = 0,071$). Por lo que se refiere al grupo control se observó una disminución significativa de esta dimensión ($F_{2, 134} = 5,020$; $p = 0,008$; $\eta^2 = 0,070$), con un descenso significativo de las puntuaciones del T1 al T2 ($p = 0,006$), mientras que de T2 al T3 no se observaron diferencias significativas, y al comparar T1 y T3 tampoco se observaron cambio estadísticamente significativo ($p = 0,099$).

Figura 27. Puntuaciones pretest, posttest y seguimiento de los grupos en la variable satisfacción vital.



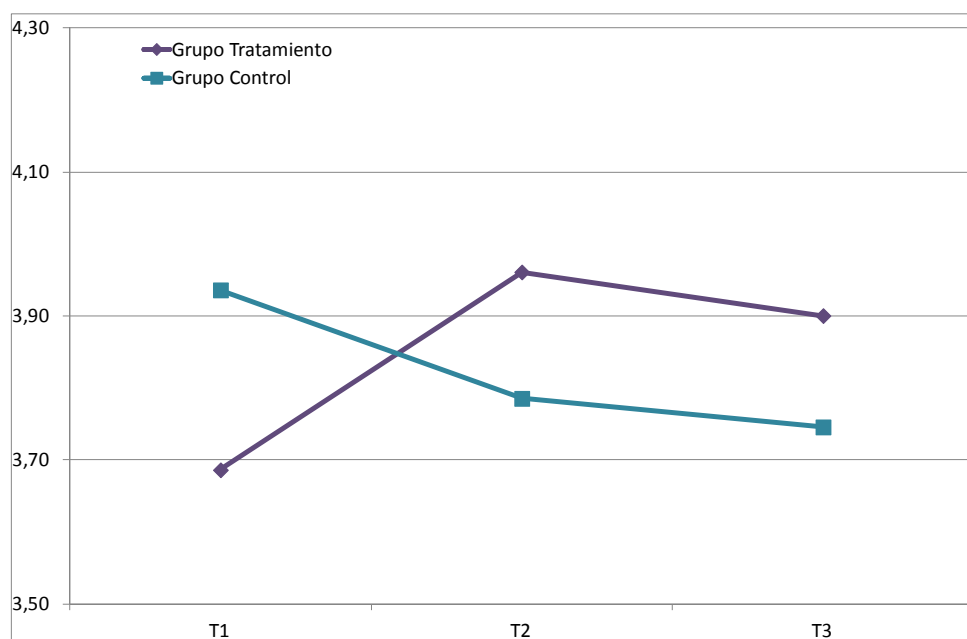
En relación al bienestar psicológico, a continuación, se presentan los resultados de las seis dimensiones anteriormente definidas; de este modo al analizar los datos ofrecidos por los adultos mayores en la variable autonomía, se destaca que los efectos principales de la intervención fueron significativos ($F_{2, 147} = 7,866$; $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,097$).

Al comparar los grupos en los diferentes momentos temporales en la medida pre-tratamiento (GrTr = 3,68; GrC = 3,93) no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 2,066$; $p = 0,153$, $\eta^2 = 0,014$), del mismo modo que no se observaron diferencias entre los grupos ($F_{1, 148} = 1,234$; $p = 0,268$, $\eta^2 = 0,008$) en el tiempo 2 (GrTr = 3,96; GrC = 3,78), ni tampoco en el tiempo 3 (GrTr = 3,90; GrC = 3,74) se observaron diferencias entre los grupos

($F_{1, 148} = 1,248$ $p = 0,266$, $\eta^2 = 0,008$).

Al comparar la evolución de los grupos a lo largo del tiempo en el grupo tratamiento se pudo observar variaciones significativas ($F_{2, 147} = 7,043$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,087$) de sus puntuaciones de forma que del T1 al T2 se produjo un aumento significativo ($p = 0,001$), mientras que del T2 al T3 no se observaron cambios significativos, al igual que el T1 al T3. Por lo que se refiere al grupo control no se observaron cambios significativos del grupo en ningunos de los tiempos ($F_{2, 147} = 2,083$; $p = 0,128$; $\eta^2 = 0,028$).

Figura 28. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable autonomía.



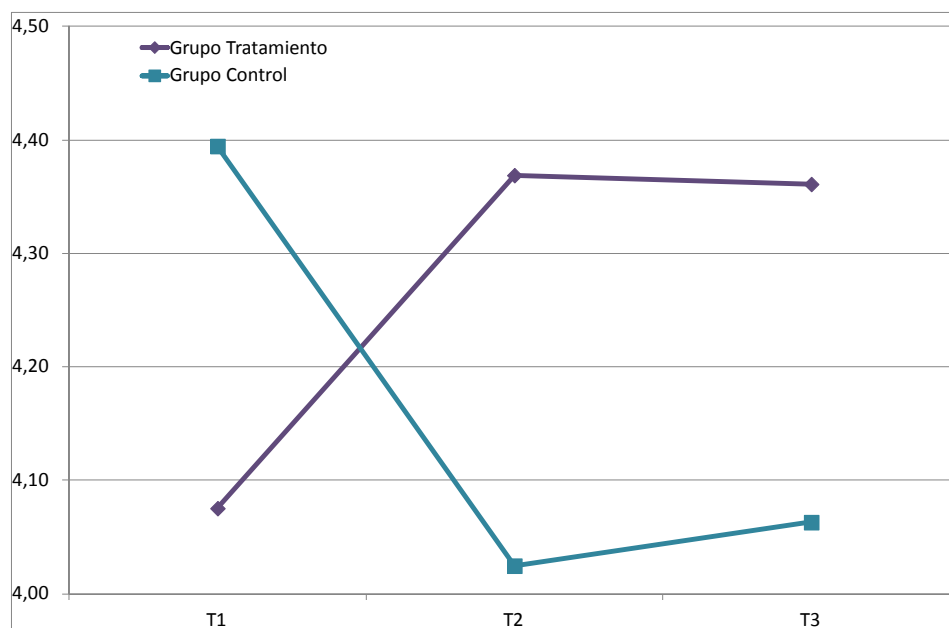
Al analizar el dominio del ambiente se puede observar que los efectos principales mostraron resultados significativos ($F_{2, 147} = 12,568$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,146$) en relación al tratamiento.

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento (GrTr = 4,08; GrC = 4,39) no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 3,024$; $p = 0,084$, $\eta^2 = 0,020$), pero en el tiempo 2 se registraron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 5,695$; $p = 0,018$, $\eta^2 = 0,037$), siendo las medias del grupo tratamiento superiores a las del control (GrTr = 4,37; GrC = 4,02), diferencias de medias ($F_{1, 148} = 3,328$; $p = 0,037$, $\eta^2 = 0,029$) que se mantuvieron entre los grupos en el tercer momento (GrTr = 4,36; GrC = 4,06).

Al estudiar la evolución de los grupos a lo largo del tiempo, en el tratamiento se observó un efecto significativo ($F_{2, 147} = 5,044$; $p = 0,008$, $\eta^2 = 0,064$), en el que del T1 al T2

hubo un aumento significativo ($p = 0,005$), del T2 al T3 las puntuaciones se mantuvieron ($p = n.s.$), y entre el T1 y el T3 existieron diferencias ($p = 0,048$). Por lo que se refiere al grupo control se observó una disminución significativa ($F2, 147 = 7,654$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,094$) que va desde el T1 al T2 ($p < 0,001$) y que también se observó del T1 al T3 ($p = 0,020$), mientras que entre T2 al T3 no se observaron cambios significativos ($p = n.s.$).

Figura 29. Puntuaciones pretest, posttest y seguimiento de los grupos en la variable dominio del ambiente.



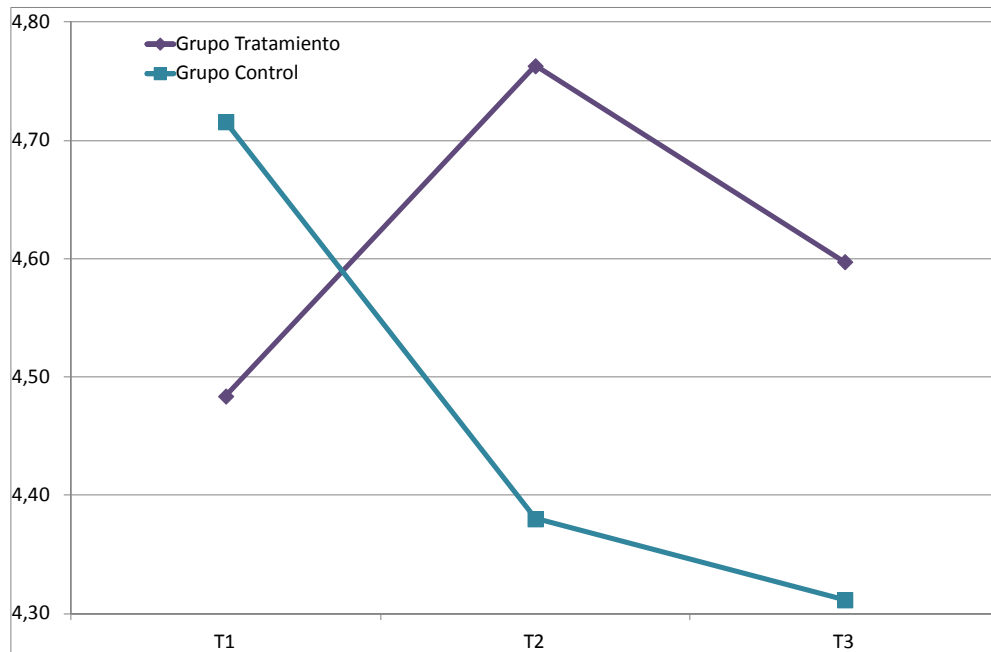
Con respecto a la evaluación de la autoaceptación, los efectos de intervención con reminiscencia demostraron un efecto significativamente positivo del tratamiento ($F2, 147 = 8,768$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,107$).

Al comparar las puntuaciones de los grupos en la medida pre-tratamiento ($GrTr = 4,48$; $GrC = 4,72$) no se observaron diferencias significativas ($F1, 148 = 1,423$; $p = 0,235$, $\eta^2 = 0,010$), por el contrario en el tiempo 2 se obtuvieron diferencias significativas al comparar las puntuaciones de los grupos ($F1, 148 = 5,832$; $p = 0,017$, $\eta^2 = 0,380$), siendo las medias del grupo tratamiento superiores a las del control ($GrTr = 4,76$; $GrC = 4,38$) y en el tercer momento se observaron diferencias marginalmente significativas ($F1, 148 = 3,121$; $p = 0,079$, $\eta^2 = 0,021$) siendo de nuevo las medias del grupo tratamiento superiores a las del control ($GrTr = 4,60$; $GrC = 4,31$).

Al comparar la evolución de cada grupo a lo largo del tiempo, en el tratamiento se obtuvo un efecto significativo ($F2, 147 = 4,974$; $p = 0,008$, $\eta^2 = 0,063$) con la siguiente

evolución: del T1 al T2 existió un aumento significativo ($p = 0,022$), del T2 al T3 y entre el T1 y el T3 no se observaron cambios significativos. Por lo que se refiere al grupo control se observó una disminución significativa ($F(2, 147) = 5,571$; $p = 0,005$, $\eta^2 = 0,700$) de esta variable del T1 y el T2 ($p = 0,005$) mientras que del T2 al T3 y del T1 al T3 no se observaron diferencias significativas.

Figura 30. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable autoaceptación.



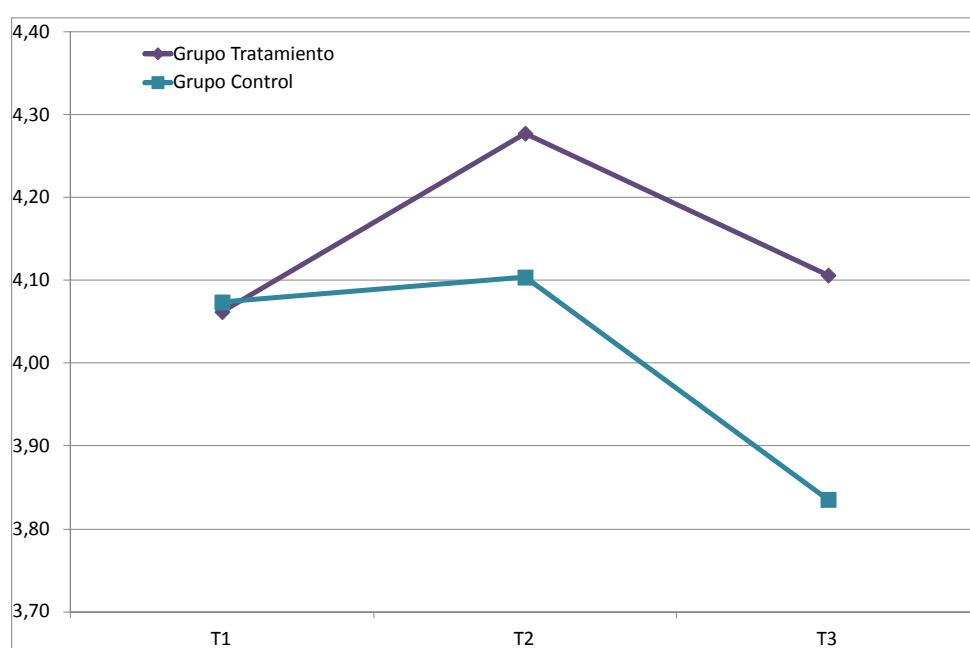
Las relaciones positivas fue otro de los aspectos a evaluar en los adultos mayores, según los resultados obtenidos los efectos principales no fueron significativos ($F(2, 147) = 2,192$; $p = 0,115$, $\eta^2 = 0,029$).

Independientemente de esta no significación, se analizaron los efectos simples, así al comparar los grupos en los diferentes momentos temporales se observó que no existían diferencias significativas entre los grupos ($F(1, 148) = 0,007$; $p = 0,931$, $\eta^2 = 0,002$) en el primer momento temporal (GrTr = 4,06; GrC = 4,07), del mismo modo que la comparación del segundo momento temporal (GrTr = 4,28; GrC = 4,10) tampoco señaló la existencia de diferencias significativas ($F(1, 148) = 2,278$; $p = 0,133$, $\eta^2 = 0,015$), pero en el tercer tiempo se obtuvieron diferencias entre los grupos ($F(1, 148) = 4,759$; $p = 0,031$, $\eta^2 = 0,031$), siendo las medias del grupo tratamiento superior a las del control (GrTr = 4,11; GrC = 3,84).

Al analizar la evolución de los grupos a lo largo del tiempo, en el grupo tratamiento se

observó un efecto significativo ($F_{2, 147} = 9,458$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,114$) observándose un aumento significativo de T1 al T2 ($p = 0,004$), del T2 al T3 se mantuvieron las puntuaciones ($p = 0,055$) con diferencias marginalmente significativas, y entre T1 y el T3 no se obtuvieron diferencias significativas. Por lo que se refiere al grupo control se observó un efecto significativo ($F_{2, 147} = 6,997$; $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,870$), así mientras que de T1 a T2 no hubo variación, del T2 al T3 se observó una clara disminución de las puntuaciones ($p = 0,001$), siendo marginales las diferencias de T1 al T3 ($p = 0,078$).

Figura 31. Puntuaciones pretest, posttest y seguimiento en la variable relaciones positivas con otros.



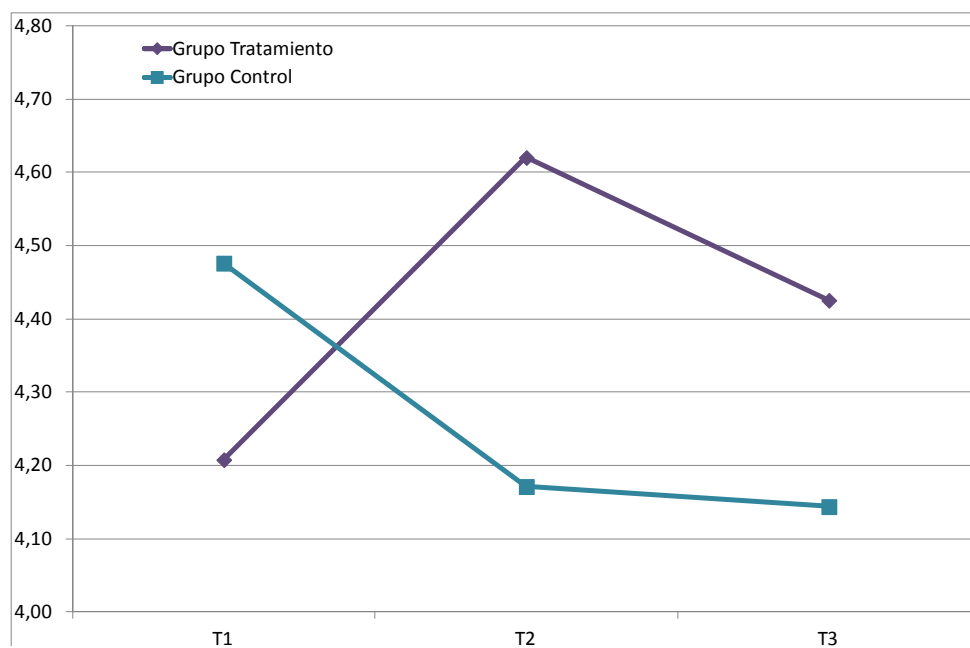
Al analizar el impacto del programa de reminiscencia sobre la variable de crecimiento personal se demostró la efectividad de esta intervención, ya que los efectos principales obtenidos fueron estadísticamente significativos ($F_{2, 147} = 12,851$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,149$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento ($GrTr = 4,21$; $GrC = 4,48$) no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 2,035$; $p = 0,156$; $\eta^2 = 0,014$), por el contrario en el tiempo 2 se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones al comparar los grupos ($F_{1, 148} = 9,328$ $p = 0,003$, $\eta^2 = 0,059$) siendo las medias del grupo tratamiento superior a las de control ($GrTr = 4,62$; $GrC = 4,17$), diferencias que se mantuvieron en el tercer momento ($F_{1,148} = 3,915$; $p = 0,050$; $\eta^2 = 0,026$) en el que las medias del grupo tratamiento siguieron siendo más elevadas ($GrTr = 4,43$; $GrC = 4,14$).

Al comparar la evolución de los grupos a lo largo de los tres momentos temporales se

observaron cambios significativos en el tratamiento ($F_{1, 147} = 10,250$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,122$), de forma que del T1 al T2 existió un aumento significativo ($p < 0,001$), del T2 al T3 se observaron diferencias marginalmente ($p = 0,079$), y del tiempo T1 al T3 no se observaron diferencias. Por lo que se refiere al grupo control se obtuvo un efecto significativo ($F_{2, 147} = 4,518$; $p = 0,012$; $\eta^2 = 0,058$), entre el T1 y el T2 ($p = 0,011$) con una disminución de las puntuaciones, no observándose diferencias del T2 al T3, mientras que entre el T1 al T3 se observó un cambio significativo ($p = 0,036$).

Figura 32. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable crecimiento personal.



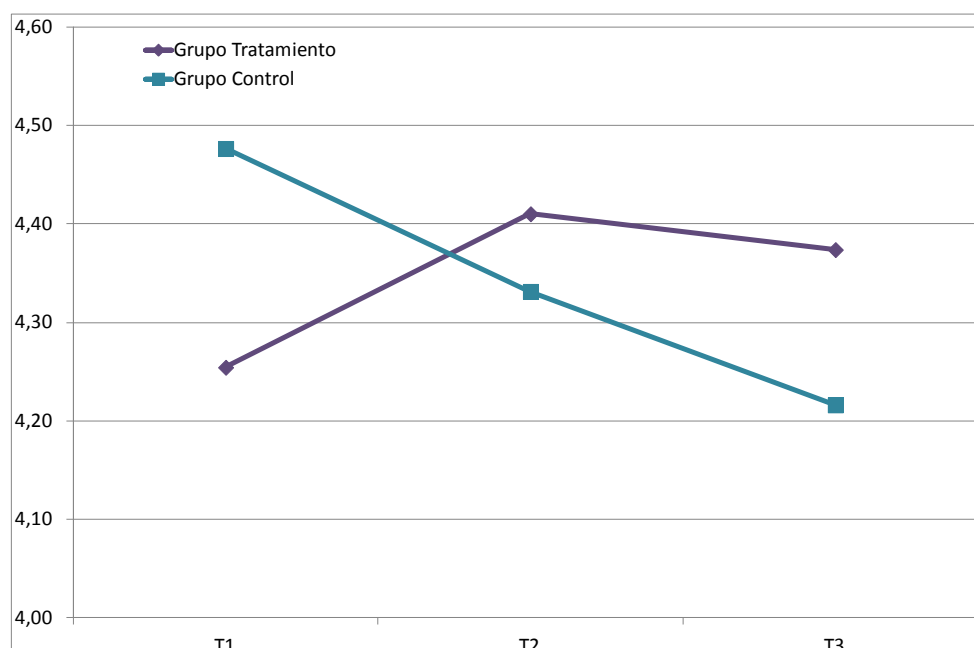
En la variable propósito en la vida los efectos de intervención con reminiscencia señalaron la existencia de efectos principales significativos ($F_{2, 147} = 3,409$; $p = 0,036$, $\eta^2 = 0,044$).

Al comparar la puntuación de los grupos en la medida pre-tratamiento (GrTr = 4,25; GRC = 4,48) no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 1,624$; $p = 0,205$, $\eta^2 = 0,011$), resultado que se replicó al compararlos tras finalizar la intervención (GrTr = 4,41; GRC = 4,33) no obteniéndose resultados significativos ($F_{1, 148} = 0,271$; $p = 0,603$, $\eta^2 = 0,002$) al igual que al analizar las medias (GrTr = 4,37 ; GRC = 4,22) en el seguimiento ($F_{1, 148} = 0,931$; $p = 0,270$, $\eta^2 = 0,008$).

El estudio de la evolución de los grupos a lo largo del tiempo, señaló que para el grupo tratamiento no se observaron cambios significativos en ningunos de los tres tiempos

($F_{2, 147} = 1,694$; $p = 0,187$, $\eta^2 = 0,023$), situación similar que reflejó el grupo control, ($F_{2, 147} = 2,461$; $p = 0,089$; $\eta^2 = 0,032$) aunque se observó un descenso marginal significativo entre el T1 y el T3 ($p = 0,085$).

Figura 33. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable propósito en la vida.



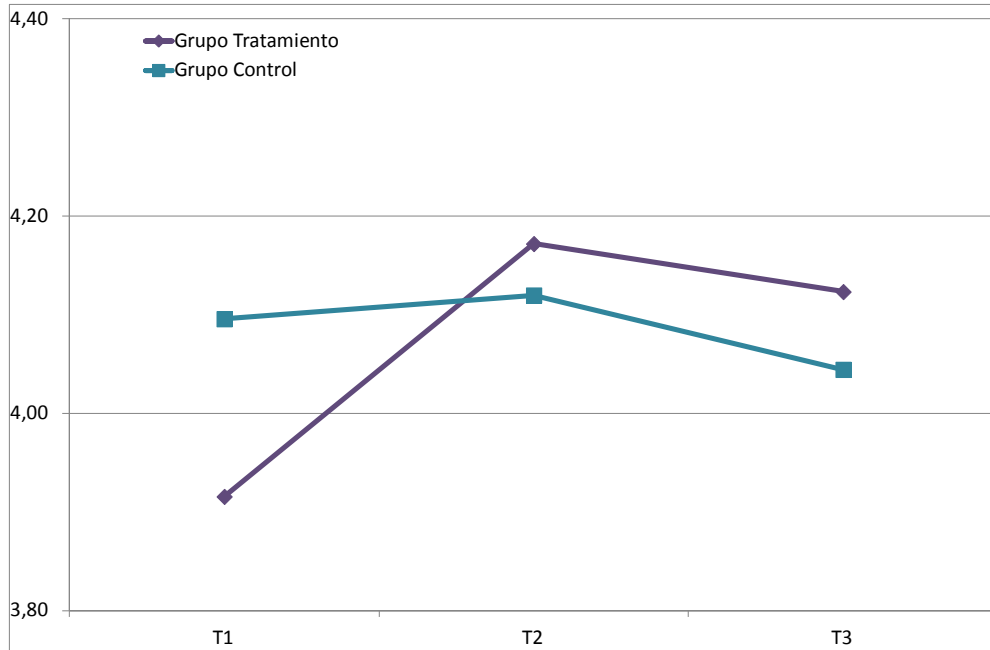
Con respecto al análisis de la variable resiliencia, los resultados señalaron que la intervención no fue todo lo satisfactoria que se esperaba dado que no presentó efectos principales significativos ($F_{2, 147} = 1,085$; $p = 0,341$, $\eta^2 = 0,015$).

Al estudiar los efectos simples en función del momento temporal los resultados señalaron que no existían diferencias en las puntuaciones ($GrTr = 3,91$; $GrC = 4,09$) entre los grupos antes de iniciar la intervención ($F_{1, 148} = 0,967$; $p = 0,327$, $\eta^2 = 0,006$), tampoco se obtuvieron resultados significativos ($F_{1, 148} = 0,226$; $p = 0,635$, $\eta^2 = 0,002$) en la comparación de los grupos en el segundo tiempo ($GrTr = 4,17$; $GrC = 4,12$), ni tampoco en el seguimiento ($F_{1, 148} = 0,690$; $p = 0,408$, $\eta^2 = 0,005$) se observaron diferencias entre las medias ($GrTr = 4,12$; $GrC = 4,04$).

De la misma manera no fueron significativos los datos obtenidos al estudiar los grupos a lo largo del tiempo. En el grupo tratamiento no se observaron cambios significativos al comparar las puntuaciones entre los tres tiempos ($F_{2, 147} = 2,88$; $p = 0,600$,

$\eta^2 = 0,380$) al igual que en el grupo control ($F2, 145 = 1,032$; $p = 0,359$, $\eta^2 = 0,140$). Por lo tanto, la intervención no fue efectiva para el desarrollo de esta dimensión.

Figura 34. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable resiliencia.



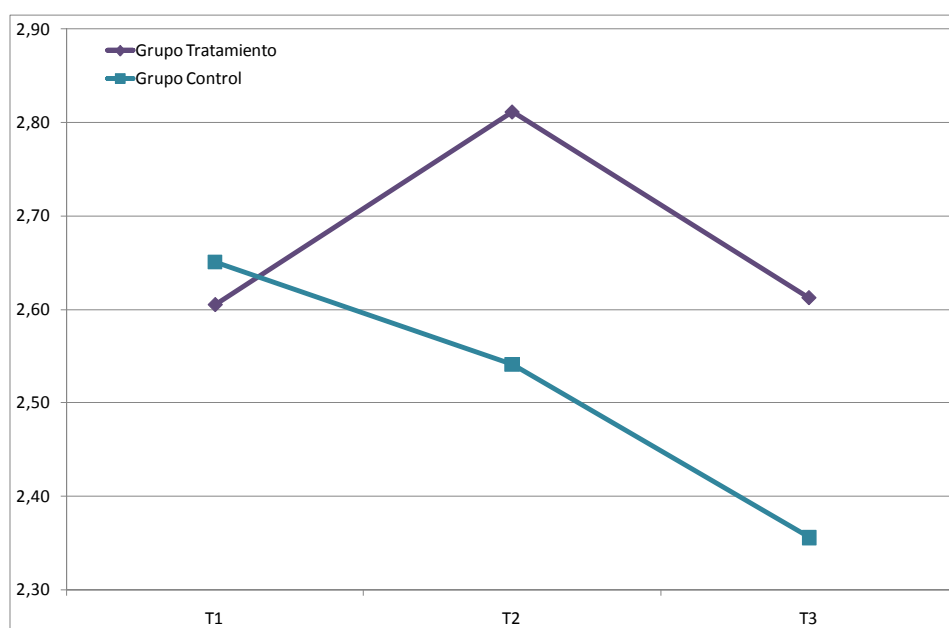
En relación a las dimensiones del cuestionario CAE, a continuación, se presentan los resultados de sus dimensiones. Con respecto a la evaluación de la variable focalizado en solución de problemas, los efectos principales obtenidos fueron significativos ($F2, 147 = 4,254$; $p = 0,016$, $\eta^2 = 0,055$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento ($GrTr = 2,61$; $GRC = 2,65$) no se observaron diferencias significativas ($F1, 148 = 0,104$; $p = 0,747$, $\eta^2 = 0,001$); por el contrario en el tiempo 2 se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones al comparar los grupos ($F1, 148 = 5,710$; $p = 0,018$, $\eta^2 = 0,37$) siendo las medias del grupo tratamiento superior a las de control ($GrTr = 2,81$; $GRC = 2,54$); esas diferencias entre los grupos se mantuvieron en el tercer tiempo ($F1, 148 = 2,463$; $p = 0,033$, $\eta^2 = 0,030$), en el que las medias del grupo tratamiento siguieron siendo superiores ($GrTr = 2,61$; $GRC = 2,35$).

Al analizar la evolución de los grupos en los tres momentos temporales, se observó un efecto significativo en el grupo tratamiento ($F2, 147 = 6,344$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,079$) presentando un aumento significativo del T1 al T2 ($p = 0,022$), de T2 al T3 se pudieron observar cambios significativos ($0,042$) en el que los sujetos volvían a su línea base, y

finalmente del T1 al T3 no se observaron cambios significativos al comparar los momentos temporales. Por lo que se refiere al grupo control se obtuvo un efecto significativo en la variable ($F_{2, 147} = 3,753$; $p = 0,026$; $\eta^2 = 0,049$), de manera que si bien de T1 a T2 ($p = 0,477$) no se observaron cambios significativos, de T2 a T3 se produjo un cambio marginalmente significativo ($p = 0,078$) con una reducción de las puntuaciones, y al comparar T1 y T3 las diferencias significativas ($p = 0,023$) reflejaron una disminución de las puntuaciones.

Figura 35. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en focalizado en solución de problemas.



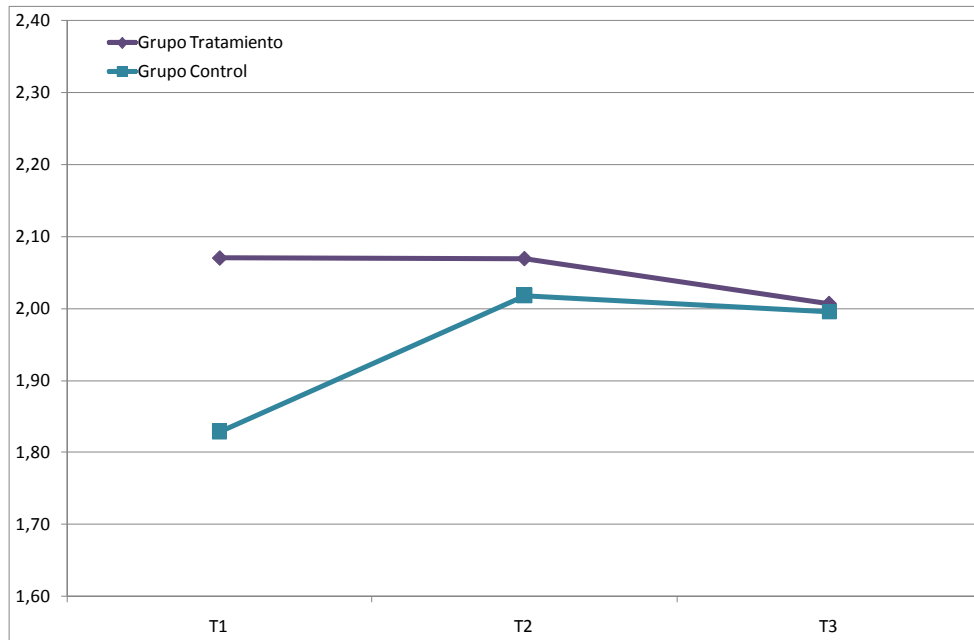
Con respecto a la evaluación de la variable de autofocalización negativa, los efectos principales obtenidos fueron significativos ($F_{2, 147} = 3,126$; $p = 0,047$, $\eta^2 = 0,041$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento ($GrTr = 2,07$; $GRC = 1,82$) no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 4,552$; $p = 0,075$, $\eta^2 = 0,030$), al igual que al comparar las medias de los grupos ($GrTr = 2,07$; $GRC = 2,02$) en el segundo momento temporal ($F_{1, 148} = 0,248$; $p = 0,619$; $\eta^2 = 0,002$), y en el tercer momento temporal en el que las medias ($GrTr = 2,01$; $GRC = 2,00$) del grupo tratamiento siguieron siendo similares ($F_{1, 148} = 0,011$; $p = 0,915$, $\eta^2 = 0,004$) y por tanto no existieron diferencias.

En el análisis de los grupos a lo largo del tiempo no se observaron cambios significativos en el grupo tratamiento ($F_{2, 147} = 7,18$, $p = 0,489$, $\eta^2 = 0,100$), mientras el grupo control registraba un efecto significativo de tiempo ($F_{2, 147} = 5,259$; $p = 0,006$, $\eta^2 = 0,067$), en el que se obtuvieron diferencias del T1 al T2 ($p = 0,004$) con un aumento de las

puntuaciones, no existieron diferencias de T2 a T3, y se obtuvieron diferencias marginalmente significativas al comparar T1 y T3 ($p = 0,073$).

Figura 36. Puntuaciones pretest, posttest y seguimiento de los grupos en la variable autofocalización negativa.



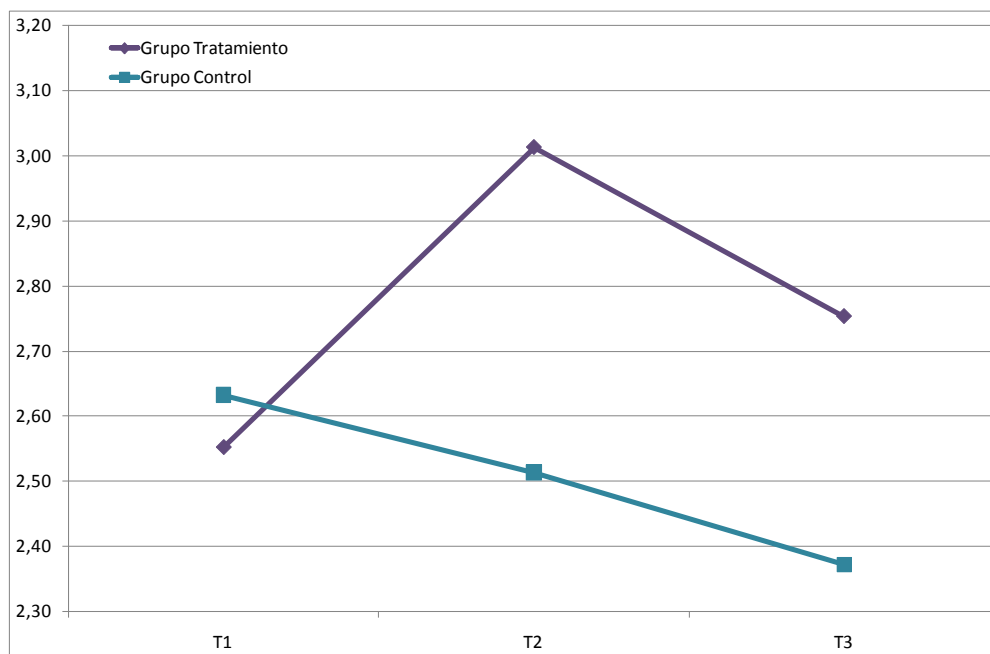
Al analizar el impacto del programa de reminiscencia sobre la variable de reevaluación positiva se demostró la efectividad de esta intervención, ya que los efectos principales obtenidos fueron estadísticamente significativos ($F_{2, 147} = 21,525$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,148$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento ($GrTr = 2,55$; $GrC = 2,63$) no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 0,491$; $p = 0,485$, $\eta^2 = 0,003$), mientras que en el tiempo 2 se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones ($F_{1, 148} = 25,695$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,148$), siendo las medias del grupo tratamiento superior a las de control ($GrTr = 3,01$; $GrC = 2,51$), y pudiendo observar como esas diferencias se mantuvieron en el tercer momento ($F_{1, 148} = 11,673$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,073$) en el que las medias del grupo tratamiento siguieron siendo más elevadas ($GrTr = 2,75$; $GrC = 2,37$).

Al estudiar la evolución de los grupos a lo largo del tiempo se observaron cambios en el grupo tratamiento obteniendo un efecto significativo ($F_{2, 147} = 30,846$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,296$), en el que del T1 al T2 se observó un aumento ($p < 0,001$), del T2 al T3 se mantuvo la evolución ($p = 0,002$), y del tiempo T1 al T3 se observaron cambios marginalmente significativos ($p = 0,070$). Por lo que se refiere al grupo control se obtuvieron efectos

significativos ($F_{2, 147} = 4,167$; $p = 0,017$; $\eta^2 = 0,054$), donde del T1 al T2 ($p = 0,186$) se observó una disminución no significativa, del T2 al T3 ($p = 0,185$), tampoco se observaron diferencias, mientras que entre el T1 al T3 se observaron cambios significativo ($p = 0,014$).

Figura 37. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable reevaluación positiva.



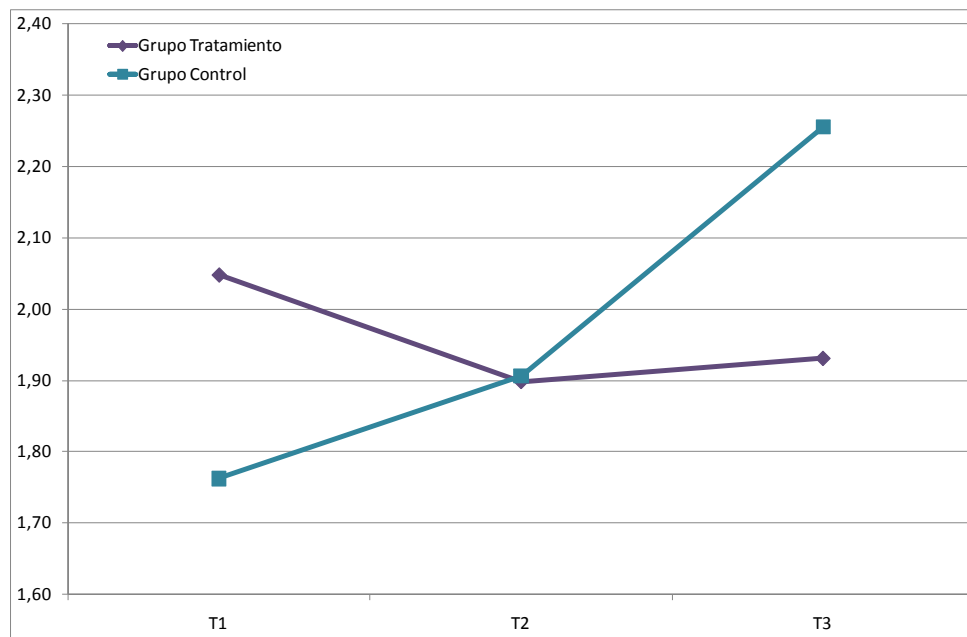
Con respecto a la efectividad en la estrategia expresión emocional abierta, los efectos principales fueron significativos ($F_{2, 147} = 9,921$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,119$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento ($GrTr = 2,04$; $GrC = 1,76$) no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 3,347$; $p = 0,069$; $\eta^2 = 0,022$), al igual que en el tiempo 2 ($F_{1, 148} = 0,003$; $p = 0,956$; $\eta^2 = 0,000$), siendo las medias del grupo tratamiento iguales a las del grupo control ($GrTr = 1,90$; $GrC = 1,90$), pero en la evaluación del momento 3, se observaron diferencias significativas entre los grupos ($F_{1, 148} = 5,603$; $p = 0,019$; $\eta^2 = 0,039$) siendo las medias del grupo tratamiento inferiores ($GrTr = 1,93$; $GrC = 2,26$) a las del grupo control.

Al estudiar cada grupo de forma independiente a lo largo de los tres momentos temporales, en el grupo tratamiento se obtuvo un efecto marginalmente significativo ($F_{2, 147} = 2,7398$; $p = 0,068$; $\eta^2 = 0,036$), con la siguiente evolución del T1 al T2 se observó un aumento ($p < 0,061$), del T2 al T3 no se observaron cambios ($p = n.s.$), y del tiempo T1 al T3 tampoco se obtuvieron diferencias. En cuanto al grupo control, se obtuvo un efecto

significativo ($F_{2, 147} = 11,918$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,140$), que señaló un aumento marginalmente significativo de T1 al T2 ($p = 0,088$), y del T2 al T3 se observaron diferencias significativas ($p < 0,001$) al igual que al comparar T1 con T3 ($p < 0,001$).

Figura 38. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable expresión emocional abierta.

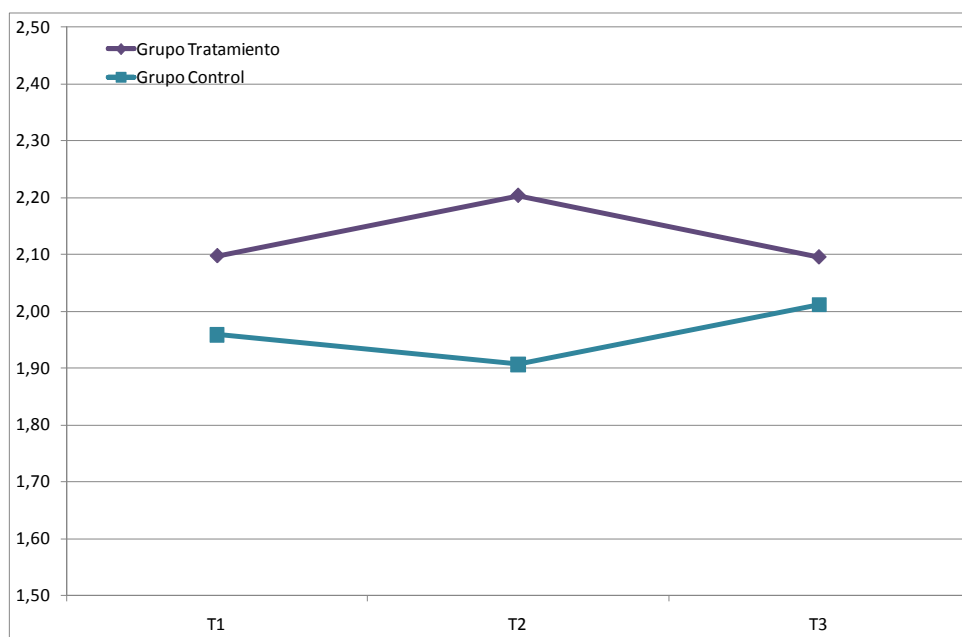


Con respecto a la evitación en primer lugar se analizó el impacto del programa de reminiscencia y se demostró la efectividad de la intervención siendo los efectos principales significativos ($F_{2, 147} = 4,067$; $p = 0,019$, $\eta^2 = 0,052$).

Posteriormente al estudiar la homogeneidad de los grupos ($GrTr = 2,10$; $GrC = 2,00$) no se observaron diferencias significativas en la medida pretratamiento ($F_{1, 148} = 0,981$; $p = 0,324$; $\eta^2 = 0,007$), por el contrario en el tiempo 2 y tras un claro aumento del grupo tratamiento ($GrTr = 2,20$; $GrC = 1,90$) se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones ($F_{1, 148} = 5,085$; $p = 0,026$, $\eta^2 = 0,033$), aunque esas diferencias entre los grupos no se mantuvieron en el tercer momento ($F_{1, 148} = 0,263$; $p = 0,507$; $\eta^2 = 0,003$), ya que las medias se igualaron ($GrTr = 2,09$; $GrC = 2,01$) dado que el grupo tratamiento volvió a su línea base de puntuación.

Al analizar la evolución de los grupos a lo largo del tiempo no se observaron cambios significativos ni en el grupo tratamiento ($F_{1, 147} = 2,887$; $p = 0,059$, $\eta^2 = 0,380$), ni en el grupo control ($F_{2, 147} = 1,440$; $p = 0,240$; $\eta^2 = 0,019$).

Figura 39. Puntuaciones pretest, posttest y seguimiento de los grupos en la variable evitación.

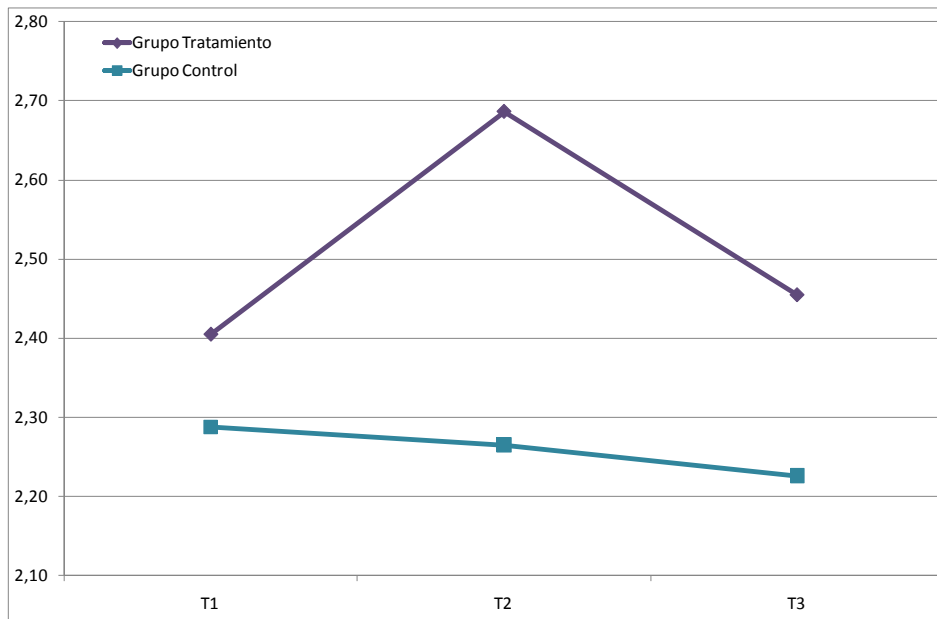


En relación a la dimensión búsqueda de apoyo social, se obtuvo un efecto principal estadísticamente significativo ($F_{2, 147} = 6,328$; $p = 0,002$, $\eta^2 = 0,079$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento ($GrTr = 2,40$; $GrC = 2,29$) no se observaron diferencias ($F_{1, 148} = 0,592$; $p = 0,443$; $\eta^2 = 0,004$), por el contrario en el tiempo 2 se registraron diferencias significativas en las puntuaciones al comparar los grupos ($F_{1, 148} = 10,161$; $p = 0,002$, $\eta^2 = 0,064$), siendo las medias del grupo tratamiento significativamente más elevadas que las de control ($GrTr = 2,69$; $GrC = 2,26$), y finalmente las diferencias entre los grupos fueron marginalmente significativas en el tercer momento ($F_{1, 148} = 3,105$; $p = 0,080$; $\eta^2 = 0,021$) siendo las medias del grupo tratamiento más elevadas ($GrTr = 2,45$; $GrC = 2,23$).

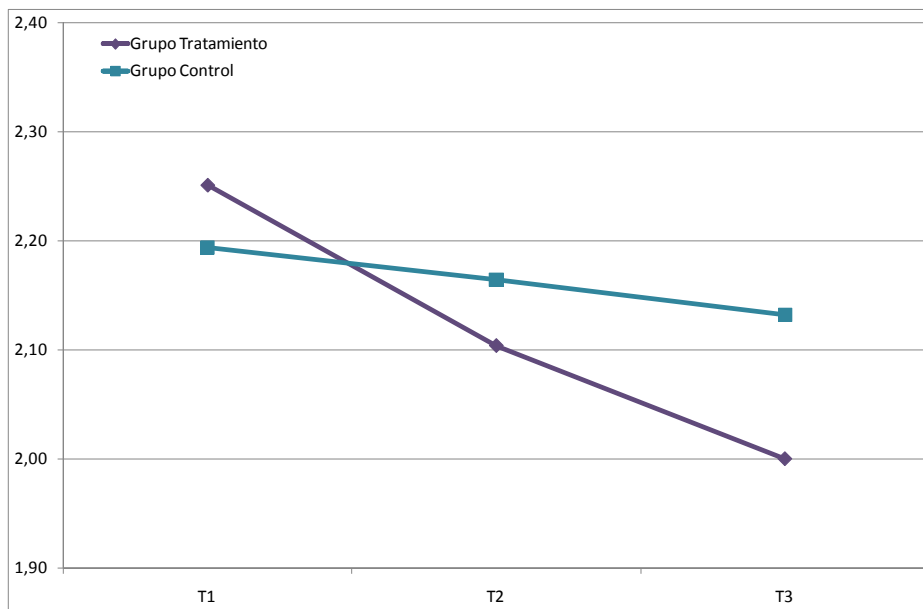
Al estudiar los grupos de forma independiente a lo largo del tiempo se observaron algunos cambios, así el análisis del grupo tratamiento mostró efecto significativo ($F_{2, 147} = 13,212$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,152$), con la siguiente evolución: del T1 al T2 se observó un aumento significativo de las puntuaciones ($p < 0,001$), del T2 al T3 se observó un descenso significativo ($p = 0,007$), y del tiempo T1 al T3 no se observaron diferencias. En cuanto al grupo control no se observaron cambios en esta dimensión ($F_{2, 147} = 0,166$; $p = 0,847$; $\eta^2 = 0,002$), al analizar la evolución de las puntuaciones en cada uno de los tiempos.

Figura 40. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable búsqueda de apoyo social.



Para finalizar con las estrategias de afrontamiento, no se obtuvo un efecto principal significativo en la variable religión ($F_{2, 147} = 0,876$; $p = 0,419$, $\eta^2 = 0,012$).

Figura 41. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable religión.



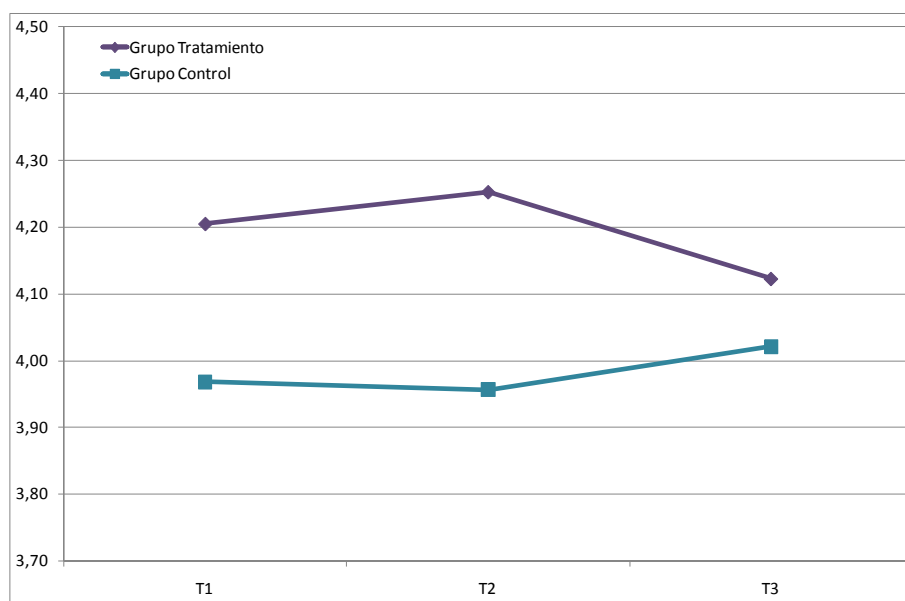
Los efectos simples al comparar los grupos en cada tiempo, señalaron que no existían diferencias significativas ($F_{1, 148} = 0,126$; $p = 0,724$, $\eta^2 = 0,001$) en las puntuaciones (GrTr = 2,25; GrC = 2,19) antes de iniciar la intervención, tampoco se obtuvieron resultados significativos ($F_{1, 148} = 0,150$; $p = 0,699$, $\eta^2 = 0,001$) al compararlos en el tiempo 2 (GrTr =

2,10; GrC = 2,16) y se obtuvo el mismo resultado en el seguimiento ($F_{1, 148} = 0,751$; $p = 0,387$, $\eta^2 = 0,005$), mostrando puntuaciones similares (GrTr = 2,01; GrC = 2,13).

Tampoco se obtuvieron resultados significativos al comparar cada grupo individualmente a lo largo del tiempo, es decir, no hay cambios significativos en el grupo tratamiento ($F_{2, 147} = 2,976$; $p = 0,054$, $\eta^2 = 0,039$), siendo los resultados similares en el grupo control ($F_{2, 147} = 0,145$; $p = 0,865$, $\eta^2 = 0,002$), de manera que la intervención no fue efectiva para el desarrollo de esta dimensión.

En relación a la Escala de funciones de la Reminiscencia (RFS) en primer lugar se estudió dentro de las funciones del self positivo la dimensión identidad, no obteniéndose un efecto principal significativo ($F_{2, 147} = 0,512$; $p = 0,600$; $\eta^2 = 0,007$).

Figura 42. Puntuaciones pretest, posttest y seguimiento de los grupos en la variable identidad.



Al comparar los grupos, se comprobó que estos eran homogéneos al iniciar la intervención (GrTr = 4,21; GrC = 4,00) dado que no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 2,456$; $p = 0,119$; $\eta^2 = 0,016$), al igual que en el tiempo 2 (GrTr = 4,25; GrC = 4,00) no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 2,456$, $p = 0,119$, $\eta^2 = 0,016$), ni tampoco (GrTr = 4,12; GrC = 4,02) en el tiempo 3 ($F_{1, 148} = 0,418$, $p = 0,519$, $\eta^2 = 0,003$).

Esta no significatividad también se observó al estudiar la evolución de los grupos a lo largo del tiempo; es decir, no se observó cambio significativo en el grupo tratamiento a lo

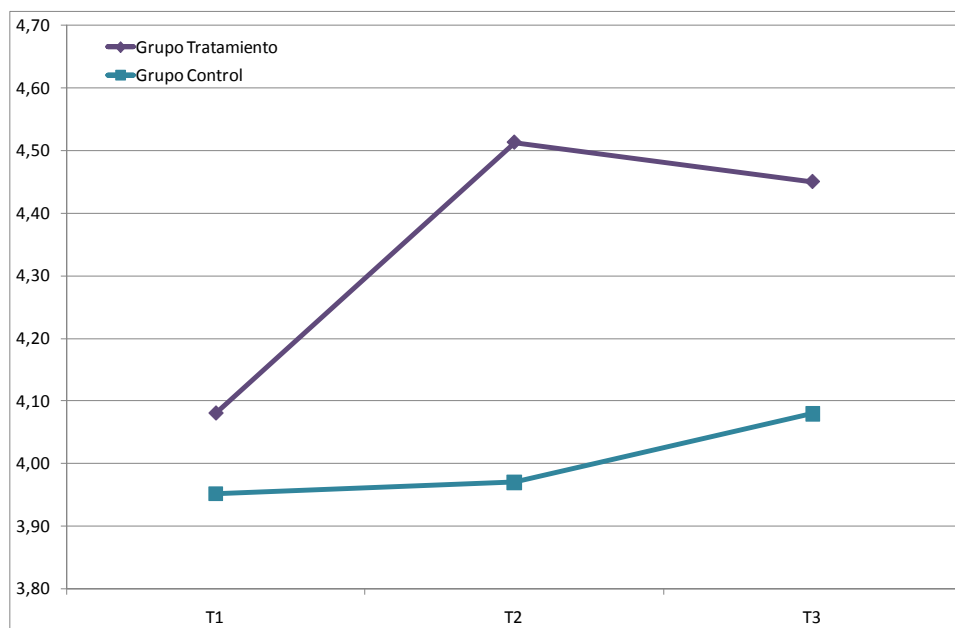
largo de los tres momentos temporales ($F_{2, 147} = 0,505$, $p = 0,604$, $\eta^2 = 0,007$), ni tampoco en el grupo control ($F_{2, 147} = 0,102$, $p = 0,903$, $\eta^2 = 0,001$), de manera que la intervención no fue efectiva para el desarrollo de esta dimensión.

Con respecto a la resolución de problemas, los efectos principales obtenidos fueron significativos ($F_{2, 147} = 3,497$; $p < 0,033$, $\eta^2 = 0,045$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento ($GrTr = 4,21$; $GrC = 3,97$) no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 0,550$; $p = 0,459$, $\eta^2 = 0,004$), por el contrario en el tiempo 2 se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones grupos ($F_{1, 148} = 6,306$; $p = 0,013$; $\eta^2 = 0,041$) siendo la media del grupo tratamiento mayor a la de control ($GrTr = 4,25$; $GrC = 3,96$), obteniéndose diferencias también significativas al comparar los grupos en el tercer momento ($F_{1, 148} = 6,306$; $p = 0,030$, $\eta^2 = 0,032$), siendo las medias del grupo tratamiento mayores ($GrTr = 4,12$; $GrC = 4,02$).

Al analizar la evolución de cada grupo a lo largo de los tres tiempos se observaron efectos significativos ($F_{2, 147} = 8,824$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,107$) en el grupo tratamiento de manera que del T1 al T2 existió un aumento significativo de las puntuaciones ($p = 0,001$), del T2 al T3 no se observaron cambios, y del T1 al T3 se observaron diferencias marginalmente significativas ($p = 0,074$). Por lo que se refiere al grupo control no se observaron cambios significativos ($F_{2, 147} = 0,291$; $p = 0,748$; $\eta^2 = 0,004$) en ninguno de los tres momentos.

Figura 43. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable resolución de problemas.

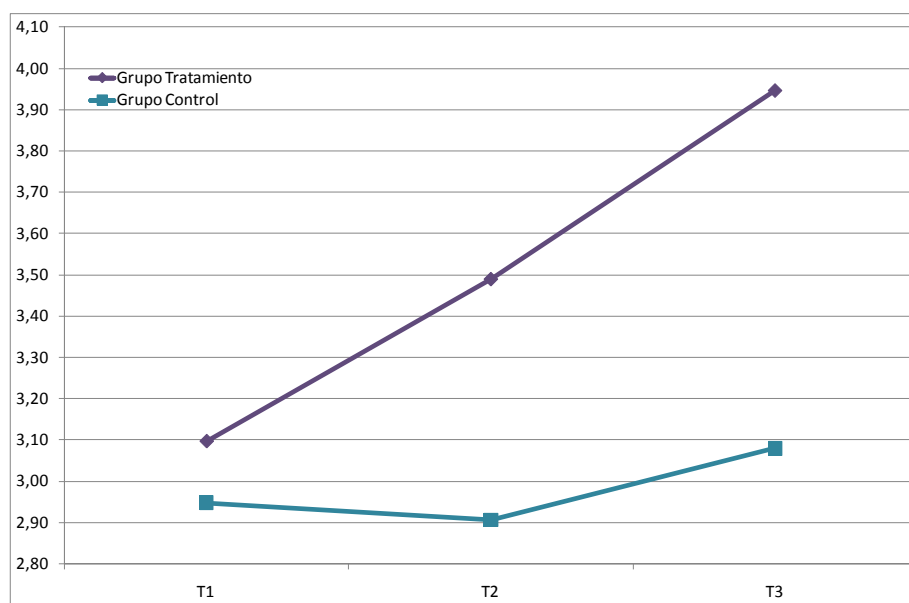


En lo que respecta a la preparación para la muerte, el análisis de los efectos principales señaló que la intervención fue significativa ($F_{2, 147} = 17,299$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,191$).

En relación a la comparación de grupos, en el tiempo 1, estos demostraron ser homogéneos ($GrTr = 3,10$; $GrC = 2,95$) no existiendo diferencias entre ambos ($F_{1, 148} = 1,069$; $p = 0,303$, $\eta^2 = 0,007$), posteriormente a la intervención en el tiempo 2 los grupos presentaron diferencias estadísticamente significativas ($F_{1, 148} = 16,044$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,098$) siendo mayor la puntuación del tratamiento ($GrTr = 3,49$; $GrC = 2,91$), efecto que se mantiene ($GrTr = 3,96$; $GrC = 3,08$) en las puntuaciones del seguimiento ($F_{1, 148} = 38,598$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,207$).

Al analizar las posibles modificaciones de los grupos a lo largo del tiempo se observó que el grupo tratamiento obtuvo variaciones significativas ($F_{2, 147} = 37,649$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,339$), demostrándose que existe un aumento significativo para la comparación de T1 y T2 ($p < 0,001$), del T1 al T3 ($p < 0,001$) y del T2 al T3 ($p = 0,001$). Mientras que el grupo control no reflejó ningún cambio significativo ($F_{2, 147} = 0,948$; $p = 0,390$, $\eta^2 = 0,013$) en ninguno de los tres tiempos.

Figura 44. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable preparación para la muerte.



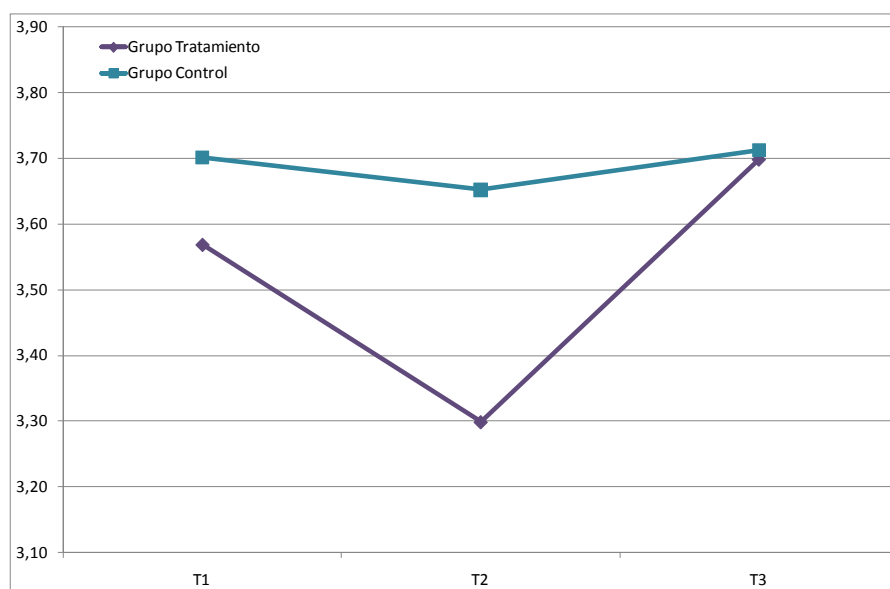
Con respecto a las funciones de la reminiscencia del self negativo la dimensión revivir la amargura no mostro efectos principales significativos ($F_{2, 147} = 2,49$; $p = 0,086$, $\eta^2 =$

0,033).

Independientemente de la no significatividad se estudiaron los efectos simples, de manera que al comparar los grupos por pares (GrTr = 3,57; GrC = 3,70) no se observaron diferencias significativas en la medida pre-tratamiento ($F_{1, 148} = 0,575$; $p = 0,450$, $\eta^2 = 0,004$), si bien para el segundo momento temporal ($F_{1, 148} = 4,236$; $p = 0,040$, $\eta^2 = 0,004$) se obtuvieron diferencias siendo la media del grupo tratamiento inferior a la del control (GrTr = 3,30; GrC = 3,66), finalmente en el seguimiento esas diferencias no fueron significativas ($F_{1, 148} = 0,006$; $p = 0,939$, $\eta^2 = 0,000$), siendo las medias semejantes (GrTr = 3,70; GrC = 3,71).

Al comparar la evolución de los grupos a lo largo del tiempo se pudieron observar efectos significativos en el grupo tratamiento ($F_{2, 147} = 7,467$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,092$); esos cambios se observaron del T1 al T2 donde existe una disminución de las puntuaciones ($p = 0,004$), mientras que de T2 a T3 existe un aumento significativo ($p = 0,032$), aunque al comparar la variación del T1 al T3 no se observaron diferencias ($p = n.s.$). En relación al grupo control no se reflejaron cambios significativos ($F_{2, 147} = 0,210$; $p = 0,811$; $\eta^2 = 0,003$), no existiendo modificaciones significativas al estudiar su evolución a lo largo de los tres tiempos.

Figura 45. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable revivir la amargura.

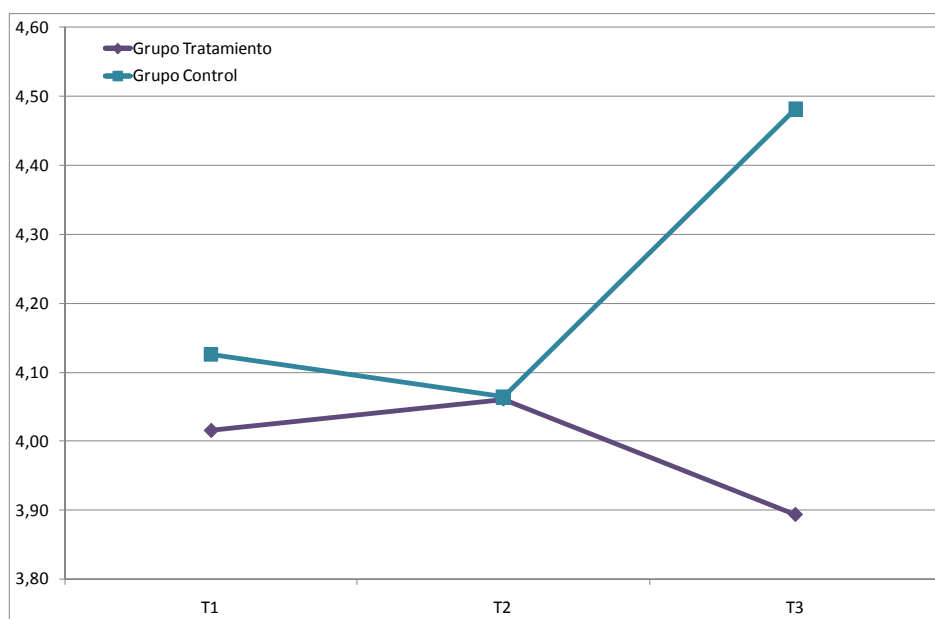


Con respecto a la evaluación de la reducción del aburrimiento se obtuvo un efecto principal significativo ($F_{2, 147} = 5,699$; $p = 0,004$, $\eta^2 = 0,072$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento (GrTr = 4,02; GrC = 4,12) no se observaron diferencias significativas ($F_{1, 148} = 0,572$; $p = 0,451$, $\eta^2 = 0,004$), tampoco en el tiempo 2 se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones al comparar los grupos ($F_{1, 148} = 0,001$; $p = 0,981$, $\eta^2 = 0,000$), siendo las medias del grupo tratamiento igual a las del control (GrTr = 4,06; GrC = 4,06), finalmente en el tercer momento temporal se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($F_{1, 148} = 12,947$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,136$) observándose un claro descenso en el grupo tratamiento (GrTr = 3,89; GrC = 4,48).

Al comparar de forma independiente los grupos a través de los tres momentos temporales se observa que el grupo tratamiento no mostró efectos significativos en ninguno de los tres tiempos ($F_{2, 147} = 0,997$; $p = 0,372$, $\eta^2 = 0,013$). Por lo que se refiere al grupo control se observó un efecto significativo de esta dimensión ($F_{2, 134} = 5,641$; $p = 0,004$; $\eta^2 = 0,071$), así del T1 al T2 no se observaron diferencias significativas, mientras que del T2 al T3 ($p = 0,019$), al igual que de T1 al T3 ($p = 0,003$) se observó un aumento significativo.

Figura 46. Puntuaciones pretest, posttest y seguimiento de los grupos en la variable reducción del aburrimiento.



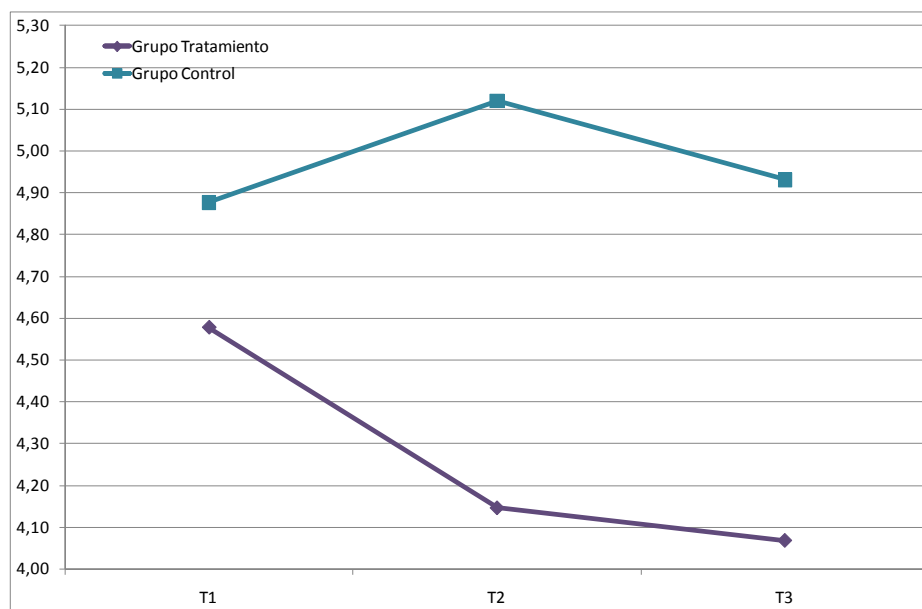
Con respecto al análisis del mantenimiento de la intimidad, se pudo comprobar cómo los efectos principales obtenidos fueron significativos ($F_{2, 147} = 13,102$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,151$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento (GrTr = 4,58; GrC = 4,88) no se

observaron diferencias significativas ($F(1, 148) = 3,345$; $p = 0,144$, $\eta^2 = 0,127$), si bien tras la intervención se observó un descenso de las puntuaciones ($F(1, 148) = 57,359$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 2,79$), siendo las medias del grupo tratamiento menos elevadas que las del control ($GrTr = 4,15$; $GrC = 5,20$), además estas diferencias también fueron significativas en el tercer momento ($F(1, 148) = 33,139$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,183$), pudiendo observarse como las medias del grupo tratamiento continúan disminuyendo significativamente ($GrTr = 4,07$; $GrC = 4,93$).

Al analizar la evolución de los grupos a lo largo del tiempo se pudieron observar efectos significativos en el grupo tratamiento ($F(2, 147) = 13,10$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,151$), señalando como del T1 al T2 se produjo una disminución de las puntuaciones ($p < 0,001$), diferencias que se mantuvieron del T1 al T3 ($p < 0,001$), aunque no se registraron cambios del T2 al T3. También las puntuaciones del grupo control ($F(2, 147) = 3,510$; $p = 0,032$, $\eta^2 = 0,046$) mostraron un efecto significativo, con un aumento de las puntuaciones del T1 al T2 ($p = 0,037$), mientras que de T2 a T3 hubo un mantenimiento y por tanto no existieron diferencias significativas al igual que del T1 al T3.

Figura 47. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos mantenimiento de la intimidad.

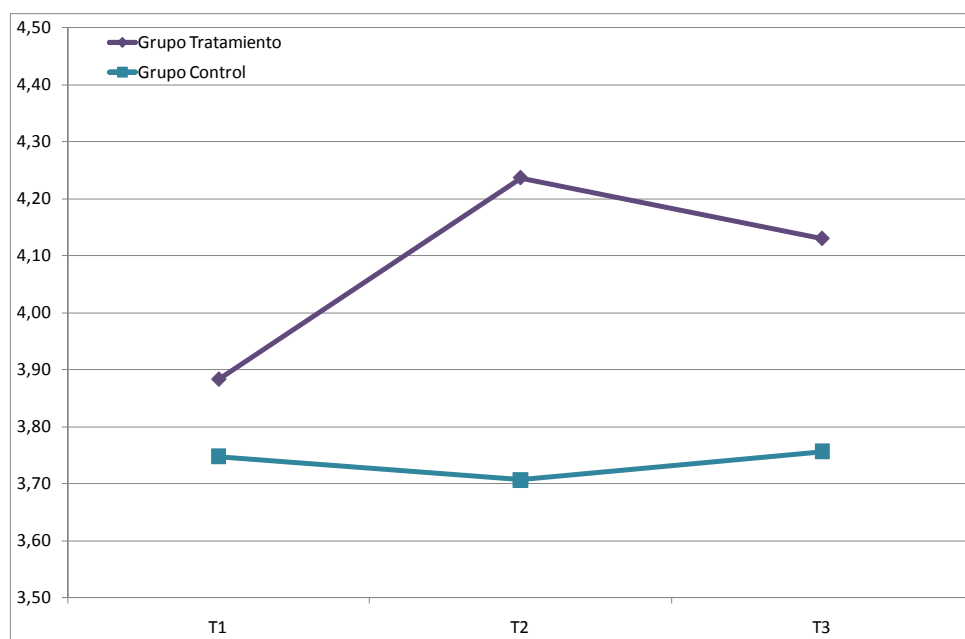


En relación a las dimensiones de la función prosocial, el estudio de la variable conversación, mostro efectos principales significativos ($F(2, 147) = 7,202$; $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,089$).

Al comparar los grupos en la medida pre-tratamiento (GrTr = 3,90; GrC = 3,74) no se han observado diferencias significativas ($F(1, 148) = 0,724$; $p = 0,396$; $\eta^2 = 0,005$) entre los grupos, si bien en el tiempo 2, los grupos registraron diferencias significativas ($F(1, 148) = 10,507$; $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,074$), siendo las medias del grupo tratamiento más elevadas que las de control (GrTr = 4,24; GrC = 3,70), diferencias que también fueron significativas en el tercer momento ($F(1, 148) = 4,602$; $p = 0,03$, $\eta^2 = 0,030$), siendo de nuevo las del grupo tratamiento más elevadas (GrTr = 4,13; GrC = 3,76).

Al comparar los tres momentos temporales en cada grupo se observó un efecto significativo en el grupo tratamiento ($F(2, 147) = 11,824$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,139$) pudiéndose observar como del T1 al T2 aumentaron de manera significativa sus puntuaciones ($p < 0,001$), mientras que del T1 al T3 y del T2 al T3 no se obtuvieron diferencias. Por lo que se refiere al grupo control no registró ningún cambio significativo durante los tres tiempos de la intervención ($F(2, 147) = 0,188$; $p = 0,828$; $\eta^2 = 0,003$).

Figura 48. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable conversación.



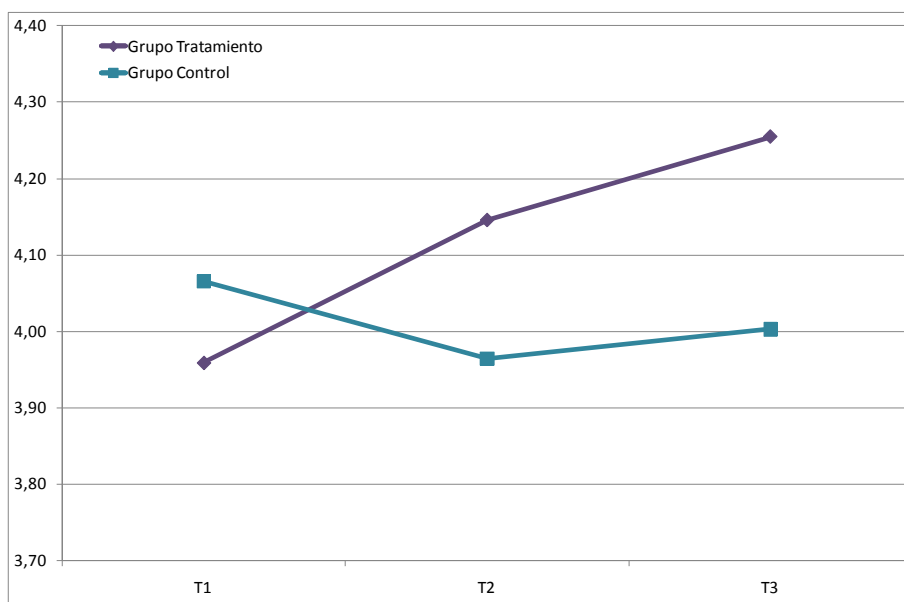
En relación a la variable enseñar-informar, los efectos principales no fueron significativos ($F(2, 147) = 0,071$; $p = 0,931$; $\eta^2 = 0,001$).

Al analizar las comparaciones por pares, se observó que no existían diferencias (GrTr = 4,17; GrC = 4,00) entre los grupos en la medida pretratamiento ($F(1, 148) = 1,309$; $p = 0,255$;

$\eta^2 = 0,009$), tampoco se obtuvieron resultados significativos (GrTr = 4,15; GrC = 4,00) en el tiempo 2 ($F_{1, 148} = 0,956$; $p = 0,330$; $\eta^2 = 0,006$), resultado que se replicó en la comparación (GrTr = 4,26; GrC = 4,00) en el tiempo 3 ($F_{1, 148} = 2,298$; $p = 0,132$; $\eta^2 = 0,015$).

De igual manera al comparar la evolución de los grupos en los tres momentos temporales no se obtuvieron cambios significativos al estudiar la evolución del grupo tratamiento ($F_{2, 147} = 0,270$; $p = 0,764$, $\eta^2 = 0,004$) ni en la evolución del grupo control ($F_{2, 147} = 0,042$, $p = 0,959$, $\eta^2 = 0,001$).

Figura 49. Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de los grupos en la variable enseñar/informar.



CAPÍTULO 7

Discusión

Tal y como se ha señalado la reminiscencia es la evocación de recuerdos del pasado de relevancia personal, que pueden surgir espontáneamente o pueden ser evocados intencionalmente con el fin de cumplir un determinado propósito. La reminiscencia fue inicialmente considerada como una posible señal de disfunción y/o deterioro cognitivo en individuos de edad avanzada, aunque actualmente se sugiere que tiene funciones adaptativas siendo un predictor positivo de la salud mental de los adultos mayores. En este sentido Westerhof et al. (2010) señalan que, aunque desde hace tiempo se ha asumido que la reminiscencia es adaptativa en la vejez, los estudios en los primeros años de la investigación en reminiscencia produjeron resultados contradictorios (Wong y Watt, 1991), lo que podría ser debido a que todavía no existía una definición de las dimensiones y funciones bajo un modelo de reminiscencia. Tal y como señalan Korte, Westerhof y Bohlmeijer (2012), en lugar de la frecuencia de recordar el pasado, es la forma en que la gente mira hacia atrás, sobre su pasado, lo que se relaciona con la salud mental.

Concretamente diversos estudios han demostrado que formas particulares de recordar el pasado están relacionadas con los trastornos psicológicos, mientras que otras lo

están con el ajuste y el bienestar (Hallford y Mellor, 2013), por ejemplo Shellman y Zhang (2014), reportan que la manera en que las personas interpretan su historia de vida se asocia con la salud mental y el bienestar en la vejez; también Cappeliez y O'Rourke (2006) describen estrategias que apoyan la reminiscencia como una manera de prevenir y disminuir la depresión, resultados posteriormente replicados por Ros et al. (2016). De este modo, se puede afirmar que algunos tipos de reminiscencia ofrecen un mecanismo por el cual los individuos pueden adaptarse a los cambios que se producen a lo largo del ciclo vital. Para preservar la continuidad psicológica interna y externa, los cambios que ocurren en la vida están clasificados e interpretados en el contexto de las experiencias pasadas de uno mismo y su contexto, de manera que los adultos utilizan durante toda la vida la reminiscencia para obtener la cohesión entre su pasado y el presente y promover la adaptación psicológica y el funcionamiento conductual.

Uno de los primeros intentos de clasificar las diferentes funciones de la reminiscencia es el desarrollado por Webster (2003) mediante un modelo circunflejo que diferencia cuatro factores principales basado en dos dimensiones; por una parte, señala el continuo "self vs social" y por otra "orientado a las pérdidas (reactivo) vs orientado al crecimiento (proactivo)". Posteriormente Cappeliez et al. (2005) desarrollan un modelo comprensivo basado en tres funciones principales que agrupan las ocho funciones de la reminiscencia. Este modelo ayuda a describir las relaciones entre las funciones de reminiscencia y funciones psicológicas. Así, se señala en primer lugar una serie de formas de reminiscencia que son funciones del self. Los autores diferencian entre funciones positivas, que denotan un esfuerzo por obtener un coherente significado personal y sentido de crecimiento, y funciones negativas que indican discontinuidad en el yo y fragmentación de la propia historia personal. La segunda forma de reminiscencia es la función de guía en términos de recordar y compartir conocimientos y experiencias personales, señalando los propios autores el posible solapamiento que se produce con las funciones positivas del self. Por último, el tercer grupo de funciones de reminiscencia tiene una relación intrínseca con las emociones, así como con aspectos interpersonales que se asocian a la continuidad de las relaciones. Este trabajo confirmó la existencia de relaciones entre la reminiscencia y la salud mental de los adultos mayores, comprobándose que las diversas funciones de la reminiscencia varían en su contribución relativa a las facetas positivas y negativas de salud mental.

Como se había mencionado Cappeliez y O'Rourke (2006) plantean un nuevo modelo de relación entre la reminiscencia y la salud mental, el cual consta de tres amplias funciones que subsumen los ocho tipos de reminiscencia, las funciones planteadas por los autores son self positivo (identidad, resolución de problemas, preparación para la muerte), self negativo (revivir la amargura, reducción del aburrimiento, mantenimiento de la intimidad) y prosocial (enseñar-informar y conversación), estas dimensiones son analizadas demostrando su validez discriminante de los tres constructos latentes. Los autores comprueban mediante modelos de ecuaciones estructurales como el constructo de self positivo y el de self negativo se relacionan con la ausencia de bienestar, con signos contrarios, y la dimensión prosocial no obtiene una relación estadísticamente significativa.

Finalmente Ros et al (2016) pusieron a prueba ambos modelos, el de tres y cuatro factores, observando que los índices del modelo de cuatro factores no fueron satisfactorios y por tanto no ajustaba en la predicción de la salud mental, mientras que en el modelo de tres factores los resultados mostraron que las tres funciones de la reminiscencia (self positivo, self negativo y prosocial) propuestas por Cappeliez y O'Rourke (2006) explican una variable latente definida como problemas de salud mental, evaluada a través de variables de satisfacción, sintomatología depresiva y desesperanza. De manera similar, los autores observaron que las funciones de self positivo y negativo muestran relaciones negativas y positivas, respectivamente significativas con los síntomas de problemas de salud mental, mientras que no se encontró relación significativa entre la función prosocial y los problemas de salud mental.

Del mismo modo, el primer objetivo de este estudio era analizar mediante modelos de ecuaciones estructurales la influencia de las funciones de reminiscencia sobre un factor de salud mental compuesto por medidas de bienestar y desorden psicológico en una muestra de adultos mayores de la República Dominicana. Los resultados apoyan el modelo de tres factores anteriormente propuesto, en el que los tipos de reminiscencia agrupados en funciones predicen un constructo latente de salud mental, compuesto por medidas de depresión, satisfacción, resiliencia y autoestima, pero en el que a diferencia de anteriores trabajos la función prosocial sí que muestra una relación positiva y significativa. De este modo, se puede afirmar que los resultados confirman la hipótesis principal (H1) de este

apartado, comprobándose mediante modelos estructurales la existencia de correctos índices de ajuste para la predicción, mediante las funciones de la reminiscencia, de la salud mental.

Este resultado tiene una importante implicación a nivel teórico, dado que la asignación de las diversas funciones de la reminiscencia basada en la teoría ha sido un tema ambiguo en la investigación previa, y tal y como se ha demostrado el modelo se apoya en la afirmación y confirmación mediante la validez discriminante de que los tres factores latentes miden constructos distintos.

Además, ésta hipótesis principal se subdividía en tres hipótesis que se han confirmado y que hacían referencia a que (H1a) la función del self positivo (preparación para la muerte, identidad y solución de problemas) debería mostrar una relación significativa, positiva y directa en la predicción de la salud mental, también se esperaba que (H1b) la función de self negativo (revivir la amargura, reducción del aburrimiento y mantenimiento de la intimidad) mostrase una relación significativa, negativa y directa en la predicción de la salud mental, y finalmente, y a diferencia de otros trabajos, se planteaba que (H1c) la función prosocial (enseñar-informar y conversar) mostrase una relación significativa, positiva y directa con la salud mental.

En relación a la primera de estas subhipótesis, se ha podido comprobar cómo en efecto el self positivo compuesto por tres dimensiones identidad, resolución de problemas y preparación para la muerte, presenta una relación positiva y significativa con la salud mental. Además, las tres dimensiones han obtenido puntuaciones significativas en su dimensión, siendo las puntuaciones de identidad y resolución de problemas las más elevadas. Estas tres funciones tienen en común la evaluación y la síntesis de recuerdos personales, si bien tal y como han señalado algunos autores existe una cierta controversia en relación a la similitud entre la identidad y la resolución de problemas, planteándose que las funciones de la reminiscencia orientadas a la resolución de problemas, planes y objetivos están intrínsecamente relacionadas con el significado, la continuidad y sentido de identidad. Este hallazgo es también coherente con la investigación clínica que ha demostrado que la promoción de la reminiscencia instrumental con las personas mayores deprimidas (similar a la resolución de problemas) mejora la autoeficacia mediante la consolidación de una historia de vida coherente y una visión de sí mismo como competentes.

La identidad es la variable que mayor contribución tiene en la predicción del constructo de self positivo, y hace referencia al uso de la reminiscencia para analizar patrones de coherencia personal a lo largo del propio ciclo vital, convirtiéndose en un elemento concluyente de la conciencia personal y del sentido de uno mismo, reforzando el sentido de la vida. En esta misma línea, Wong y Watt (1991) señalan la importancia de la función de identidad y su relación con el bienestar y el envejecimiento exitoso, al igual que McAdams et al. (2001), que concluyen que este tipo de funciones tendrían una repercusión positiva en el envejecimiento, fomentando la adaptación y el bienestar en las personas mayores. Desde esta perspectiva, el trabajo de Cappeliez et al. (2005) esperaba obtener resultados que relacionaran esta dimensión con la satisfacción vital, si bien, en este primer trabajo un hallazgo desconcertante fue la falta de relación entre estas variables. El posterior trabajo de Cappeliez y O'Rourke (2006), basado en un modelo de tres factores señaló que la identidad es la dimensión que predice en mayor medida el constructo de self positivo seguida de la resolución de problemas, siendo además este constructo predictor negativo de la ausencia de bienestar. Resultados similares fueron obtenidos por Ros et al (2016) donde la distribución de las variables predictoras del self positivo siguió el mismo patrón y a su vez este constructo latente predice en negativo los síntomas de una mala salud mental.

Por lo que respecta a la solución de problemas el trabajo de Cappeliez et al. (2005) no obtiene relación con la satisfacción vital a diferencia de otros trabajos que señalan una asociación positiva con el envejecimiento con éxito (Wong y Watt, 1991). Debe tenerse en cuenta que la resolución de problemas está a la base de la terapia de reminiscencia instrumental, y que este tipo de terapia está relacionada con la orientación y la superación, proporcionando estrategias y actualizando el sentido de competencia personal, si bien algunos autores señalan la existencia tan sólo de una relación indirecta con la salud mental, dado que es concebible que este tipo de reminiscencia pasa a primer plano sólo cuando uno se encuentra con condiciones adversas que requieren cambio, como las crisis de la vida y las transiciones. Posteriores trabajos como el de Cappeliez et al (2006), O'Rourke, Cappeliez y Claxton (2011) o de Ros et al. (2016) señalan que este factor se ha considerado como una estrategia de afrontamiento altamente relacionada con la predicción del bienestar (Tomas et al., 2012), siendo los sujetos que utilizan este tipo de estrategias más propensos a mantener el bienestar en situaciones en las que el control del entorno exige adaptación.

Finalmente, en relación a la preparación para la muerte ya Erikson (1982) señaló que ésta era una característica principal de ajuste para la consecución de la integridad en las últimas etapas del ciclo vital y, por tanto, estaría relacionada con el envejecimiento satisfactorio y con la salud tanto física como mental, aspecto que fue confirmado por Cappeliez y O'Rourke (2006). También Cappeliez et al. (2005) indican que la reminiscencia para la preparación para la muerte predice satisfacción con la vida, sugiriendo que esta forma de reminiscencia contribuye a abordar el tema de la mortalidad de una manera constructiva.

En relación a la segunda de las subhipótesis, en el self negativo, la reducción del aburrimiento, el mantenimiento de la intimidad y revivir la amargura obtuvieron relaciones significativas con el constructo, siendo el primero de estos factores el que mayor carga obtuvo. Estas tres funciones de recuerdos han demostrado valencias emocionales negativas y características similares en cuanto a rumiaciones persistentes acerca del pasado. En este sentido se ha comprobado como el self negativo presenta una relación negativa y directa en la predicción de la salud mental. Estos resultados son coherentes a los obtenidos por Cappeliez y O'Rourke (2006), O'Rourke et al. (2011) y Ros et al. (2016), y según O'Rourke et al. (2011) esta función es principalmente desadaptativa y está relacionada con altas tasas de trastornos psicológicos y bajos niveles de bienestar psicológico. Esta tendencia desadaptativa que se señalaba queda reflejada en las dimensiones que componen el constructo, así y tal y como señalan Cappeliez et al. (2005) frecuencias altas de revivir la amargura y de reducción del aburrimiento están asociadas con la baja satisfacción de vida y una mayor angustia psiquiátrica, siendo los predictores negativos más sobresalientes del bienestar psicológico, incluso después de ser controlados por los rasgos de personalidad. Investigaciones anteriores reportan de forma consistente que la preocupación por los viejos conflictos y utilizar el recuerdo de eventos pasado como actividad a falta de otros estímulos cognitivamente más estimulantes, son predictores de características negativas como la vulnerabilidad emocional (Cappeliez y O'Rourke, 2002; Webster, 1994), así como de altos índices de mal funcionamiento psicológico (Wong y Watt, 1991).

Concretamente estudios utilizando la RFS muestran que revivir la amargura está significativa y positivamente correlacionada con las puntuaciones del Inventario de

Depresión II de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996; Cully, LaVoie y Gfeller, 2001) y con las CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*). Por otra parte, la reducción del aburrimiento puede connotar un sentido de apatía y falta de propósito, o incluso una tendencia a volver a los buenos tiempos con el fin de escapar de un presente insatisfactorio. Mediante modelos de ecuaciones estructurales, Korte, Cappeliez, Bohlmeijer y Westerhof (2012) demostraron que recordar el pasado con fines negativos (revivir la amargura y reducción del aburrimiento) se relaciona con síntomas depresivos y de ansiedad, además, señalan que esta relación está mediada por la reducción del dominio del ambiente y el sentido de la vida. Este tipo de reminiscencias están altamente vinculadas al proceso que implica revivir situaciones de angustia del pasado, lo cual lleva a un estado de remordimiento y frustración de metas no alcanzadas; además, la reducción de aburrimiento implica una evasión desde el presente a situaciones del pasado.

Del mismo modo, el recuerdo para el mantenimiento de la intimidad parece servir como una autofunción, aunque de una manera negativa. Mantener la intimidad implica revivir acontecimientos perturbadores sin resolver y recordar de forma constante la pérdida de otro significativo podría conllevar sentimientos negativos recurrentes (rumiación); de hecho, este tipo de reminiscencia se ha relacionado con las reacciones de duelo prolongado (Coleman, 1986) y suele ir seguida de reconsideraciones en las trayectorias vitales, en particular en lo que respecta al propósito y al significado. En esta misma línea el trabajo de Cappeliez, Guindon y Robitaille (2008) formulan la hipótesis de que esa autofunción negativa del recuerdo para la intimidad, provocaría un estado afectivo negativo en el ámbito de la tristeza y la nostalgia, como el reflejo de un anhelo por el pasado. Los resultados obtenidos en este trabajo proporcionan apoyo consistente a esta hipótesis, sugiriéndose que el procesamiento recurrente de los sentimientos negativos de tristeza y nostalgia, que aparece como el sello distintivo de la reminiscencia de mantenimiento de la intimidad, puede ser la base de su impacto nocivo sobre la salud en los adultos mayores. Como el mantenimiento de la intimidad se centra en la pérdida de seres queridos, que implica el procesamiento recurrente de sentimientos negativos (Cappeliez y O'Rourke, 2006), tienden a generar estados de ánimo depresivos y trastornos psicológicos (Cappeliez et al., 2005).

Finalmente, la tercera de las subhipótesis señalaba que la función prosocial (enseñar-

informar y conversar) debería mostrar una relación significativa, positiva y directa con la salud mental. Este tipo de funciones es uno de los constructos que mayor controversia han mostrado en la literatura dado que como constructo latente parece estar altamente relacionado con el denominado como funciones del self positivo, y además, algunos autores aunque parten de esta estrecha relación, no han demostrado que como constructo se relacione de forma directa con la salud mental.

En relación a esta primera controversia se comprobó cómo ambos constructos son diferentes dado que los resultados de la validez discriminante mediante el test de diferencias de chi-cuadrado y pruebas de intervalos de confianza así lo señalan. Por lo que respecta a la segunda controversia, los resultados han mostrado una relación significativa y positiva con el factor de salud mental a diferencia de otros trabajos anteriores (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016) que, aunque la señalaban entre sus hipótesis, no obtuvieron una relación significativa. Para Webster (2003), estas dos funciones quedan recogidas en el cuadrante tres de su modelo circunflejo y son señaladas como sociales proactivas y de crecimiento y plantea que este tipo de memorias sirven para conectar con otras personas, para establecer vínculos y transmitir información de valor. Por su parte, una posible explicación que ofrecen Cappeliez y O'Rourke (2006) con respecto a la no existencia de relación, señala que estas reminiscencias tienen una influencia principalmente a corto plazo en los estados, tales como el estado de ánimo y las emociones, sin un efecto demostrable en la salud física y mental a largo plazo. Además, argumentan que hay relativamente menos oportunidades para el uso espontáneo de estas funciones de la reminiscencia, ya que requieren la presencia de otras personas, a diferencia de los otros modos de reminiscencia que se producen en privado y prácticamente en cualquier momento. En otras palabras, las funciones prosociales son más contexto-dependientes.

En relación a las dimensiones del factor, tal y como señalan Cappeliez et al. (2005), un mayor uso del recuerdo para la conversación predice satisfacción con la vida. Los resultados obtenidos son acordes con la investigación previa que sugiere un papel para la reminiscencia narrativa en la salud mental positiva y apoyan el modelo que proponen estos autores y que considera a la reminiscencia narrativa como un aspecto de afecto positivo en un contexto interactivo social. El uso de la reminiscencia como la forma de la interacción con los demás

fomenta el bienestar (Carstensen, Gross y Fung, 1997). Además, los aspectos sociales de la reminiscencia parecen permitir a los adultos mayores la posibilidad para generar experiencias emocionales positivas (Pasupathi y Carstensen, 2003). Para Cappeliez et al. (2008), el hallazgo de que la reminiscencia narrativa amplifica las emociones positivas estaría en consonancia con la hipótesis de que esta función prosocial desempeña un papel en la regulación de la afectividad positiva. Esto arroja luz sobre cómo los adultos de edad avanzada pueden modular las emociones positivas y como la reminiscencia narrativa parece proporcionar ocasión, así como contenidos, para experimentar el estado de ánimo positivo en compañía de otros (Pasupathi y Carstensen, 2003). Por otra parte, este hallazgo reafirma la teoría socio-emocional del envejecimiento (Carstensen et al., 1999), que hace hincapié en el sesgo positivo de las respuestas emocionales que se producen con el envejecimiento. De este modo este tipo de reminiscencia cuando está basada en la narración de recuerdos positivos, puede aumentar la autoestima, y a su vez lograr la mejora del bienestar y de la salud.

En el trabajo de Cappeliez y O'Rourke (2006) se señala que las dos dimensiones tienen una clara naturaleza social, pero además la dimensión enseñar/informar, está relacionada con el concepto de generatividad. La generatividad, concebida como la preocupación en establecer y guiar a la próxima generación (Erikson 1970), es un aspecto que se ha revelado como un predictor de satisfacción con la vida en los adultos mayores. Esta dimensión permite enmarcar al adulto mayor, dentro de la preocupación y compromiso que este tiene, con el bienestar de la próxima generación, promoviendo su propio bienestar psicológico (McAdams y Logan, 2004). Además, algunas investigaciones han demostrado una relación positiva de esta función con la felicidad y la satisfacción con la vida (Webster y McCall, 1999).

Como conclusión final a esta primera hipótesis, y dada la existencia de relaciones significativas entre las tres funciones de la reminiscencia y la salud mental, puede afirmarse que la reminiscencia puede tener un carácter adaptativo o desadaptativo según el tipo que de reminiscencia que se utilice; que el peso de la predicción de las funciones positivas es superior a la función del self negativo; y que la función prosocial, dependiente del contexto, sí presenta relación significativa con la salud mental. En definitiva, debe señalarse la

necesidad continuar estudiando los resultados de las funciones de reminiscencia y su relación con los mecanismos de adaptación y salud mental dado que esta línea de investigación es de especial importancia ya que puede proporcionar las bases empíricas necesarias para el desarrollo de intervenciones clínicas utilizando la reminiscencia como técnica terapéutica.

Tal y como se ha podido comprobar en el primer objetivo de este trabajo, el uso de ciertas formas de reminiscencia tiene un alto poder predictivo para la consecución de una buena salud mental, por tanto, la aplicación de este tipo de terapia debería favorecer el desarrollo y la adaptación de los adultos mayores a la última etapa del ciclo vital. En este sentido, con el segundo objetivo se planteó la aplicación de una intervención mediante reminiscencia en adultos mayores de la República Dominicana para fomentar la mejora de diferentes variables psicológicas relacionadas con el envejecimiento óptimo tanto tras la aplicación como en el seguimiento a los tres meses. Así, se ha pretendido comprobar si al implementar este tipo de terapia existe variación en las variables estudiadas y hasta qué punto estas variables no solo cambian sino si se mantienen en el tiempo.

En los últimos años, se han incrementado los conocimientos y las intervenciones tendentes a abordar los cambios que se producen en los adultos mayores con el propósito de mejorar la actuación de estas personas en la vida cotidiana, posibilitar un desempeño adaptado al mundo en el que viven y asegurar una participación social efectiva de los adultos mayores. Estas intervenciones de carácter no farmacológico implementadas, están encaminadas generalmente desde la perspectiva de la psicología positiva, intentan proporcionar a los individuos las herramientas que necesitan para gestionar sus circunstancias personales, de manera que puedan adaptarse de forma más eficaz a situaciones propias de la edad, lograr mayor integración social y mejorar su calidad de vida.

En este sentido, la intervención planteada en esta investigación estuvo basada en Terapia de Reminiscencia, concretamente se aplicaron técnicas fundamentadas en la reminiscencia integrativa, aunque también se incluyeron aspectos relacionados con la reminiscencia instrumental, dado que ambas formas de intervención tienen efectos comprobados. Revisiones recientes y meta-análisis (Bohlmeijer et al 2007; Bohlmeijer, Smit y Cuijpers 2003; Hsieh y Wang 2003) han demostrado que la intervención con reminiscencia

puede ser eficaz en la mejora de la depresión, así como de diferentes variables emocionales y personales relacionadas con el bienestar.

Es importante destacar, que la situación crítica del envejecimiento y la escasez de recursos relacionados con la salud de los países en vía de desarrollo como es República Dominicana, resulta significativa para implementar desde sus organismos estatales, como Salud Pública, programas de intervención que puedan contribuir a la mejora de las variables psicológicas, para el logro de un envejecimiento exitoso. Además, la trascendencia de esta intervención con Reminiscencia tiene valores agregados al beneficio de la misma, dado que está libre de efectos secundarios y presenta comparativamente bajo costos económicos.

Por lo que respecta a las distintas hipótesis planteadas en este objetivo, en primer lugar y en relación al nivel cognitivo, se planteó que, dado que existe una cierta controversia sobre los posibles efectos, en este trabajo (H2a) no se espera observar una mejoría ni tras la aplicación ni en el posterior seguimiento.

En ese sentido, el nivel cognitivo fue evaluado mediante el MEC, no se observaron cambios en los grupos después del tratamiento, tampoco la intervención mostró efectos en cuanto a esta variable en ningunos de los tiempos de la evaluación, de esta manera queda demostrada la primera hipótesis, ya que no se registran mejorías ni tras la aplicación ni en el posterior seguimiento.

Se debe tener en cuenta que tal y como se ha planteado a lo largo de este trabajo no es objetivo de la reminiscencia mejorar el nivel cognitivo de los sujetos, son diversas las investigaciones que sostienen que el uso del recuerdo poco puede mejorar el rendimiento cognitivo, máxime en una población que tiene asociado el deterioro de sus funciones cognitivas, reforzándose por tanto la necesidad de diferenciar la reminiscencia de otros tratamientos cuyo objetivo es la estimulación cognitiva (Asiret y Kapucu, 2015; González et al., 2015; Huang et al., 2015).

En relación al estado de ánimo (H2b) se planteó que existiría una clara repercusión en el grupo tratamiento mediante la reducción de la sintomatología depresiva, reducción que además debería mantenerse en el seguimiento.

Tal y como se ha planteado, los adultos mayores están sujetos a cambios o

transiciones que pueden desencadenar modificaciones del estado de ánimo, esas variaciones se relacionan de forma directa con los cambios psicoafectivos, que caracteriza esta etapa del ciclo vital. Uno de los principales objetivos de la terapia de reminiscencia es la reducción de los síntomas depresivos. Según los resultados de la intervención, varios aspectos son destacables; en primer lugar a lo largo de los momentos temporales evaluados se observa un significativo aumento de la sintomatología depresiva en el grupo control mientras que en el grupo tratamiento descienden significativamente sus puntuaciones; en segundo lugar, aunque los grupos estaban igualados en la evaluación basal, en los momentos temporales dos y tres existen diferencias significativas cuando se comparan los grupos, siendo superior la puntuación obtenida por el grupo control.

De este modo destacan los efectos positivos de la intervención en cuanto a reducir la sintomatología depresiva en el grupo tratamiento, con respecto al grupo control, siendo este dato consistente con los resultados de diversos estudios que proponen la reducción del estado de ánimo deprimido como uno de los objetivos principales de este tipo de terapias en los adultos mayores (Alfonso y Bueno, 2010; Bohlmeijer et al., 2003; Cappeliez y O'Rourke, 2006; Sabir et al., 2015; Serrano et al., 2012).

Debe también destacarse, el efecto obtenido en el seguimiento de esta variable, ya que después de 3 meses de la intervención se mantienen los efectos positivos en el grupo tratamiento, y aunque se observa un aumento en el grupo tratamiento una vez han finalizado la intervención, este aumento no muestra diferencias significativas con el primer momento de la evaluación, por lo que se puede afirmar que no existe un empeoramiento de esta sintomatología; además, si se observa la evolución de las puntuaciones del grupo se puede comprobar cómo estas sí que mantienen un aumento constante a lo largo de los tres momentos temporales. Estos resultados son coherentes con los obtenidos por Pot et al. (2010), que señalan que los efectos de este tipo de intervención sí se mantienen a largo plazo. Watt y Cappeliez (2000), Chiang et al (2010), Chueh y Chang (2014) o Hsieh et al. (2010), confirmar la utilidad de la reminiscencia en la reducción de la sintomatología depresiva a largo plazo.

Hay que destacar que cualquier intervención que pueda reducir la depresión en cierta medida en los adultos mayores tiene su importancia clínica (Hsieh y Wang, 2003), ya

que son muchos los estudios que señalan que la depresión es una de las enfermedades que acompañan al envejecimiento. Es decir, este es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del adulto mayor, tal y como se ha señalado anteriormente, observándose una prevalencia de síntomas depresivos de adultos mayores en la población general de un 10-15% (Steffens et al., 2009). Prevalencia que en institucionalizados aumenta hasta un 46,5% (Damian et al., 2010).

El efecto positivo de la reminiscencia en esta dimensión puede deberse a que por medio de las sesiones los adultos mayores recuerdan las emociones positivas que tuvieron en experiencias pasadas, y a partir de estos recuerdos concretos y poco genéricos el participante es capaz de romper las codificaciones condicionadas que está usando. Esta forma de llevarlos a recordar hace que el adulto mayor centre su atención en aspectos específicos positivos de situaciones pasadas, que luego asemejan a experiencias cotidianas en el presente o futuro. Como se ha expresado, se rompe la línea de la codificación de recuerdos cotidianos desde los eventos negativos, por lo que cambia durante las sesiones la monotonía repetitiva y extensiva de las experiencias del adulto mayor, por recuerdos más placenteros, específicos y variados. De igual forma, desde la intervención se rompe la tendencia a interpretar la información que les llega en forma negativa, ya que desde la reminiscencia integrativa se les motiva constantemente a seleccionar recuerdos con valencias emocionales positivas. De esta manera, esta intervención ofrece una oportunidad a nivel cognitivo de acceder a los eventos específicos positivos del pasado, que durante mucho tiempo han estado inactivos, por esto genera un efecto significativo sobre el estado de ánimo de los participantes. Además, es importante destacar el carácter social que tiene la intervención, ya que durante las diversas sesiones los adultos mayores compartían y transmitían sus vivencias y experiencias con otros.

En relación a las demás variables emocionales que se han propuesto como hipótesis (H2c) que tanto la autoestima, como la satisfacción de vida, deberían presentar claras mejoras tras la aplicación del tratamiento, siendo la satisfacción la que se mantuviera en el seguimiento con puntuaciones similares a su línea base.

Es importante enfatizar que, según diversas investigaciones, la autoestima va disminuyendo durante la edad madura y la vejez (Matad, 2004). El valor de la autoestima

reside en ser un factor determinante en el proceso de elevar y mantener un buen ajuste personal, emocional y cognitivo. Por lo tanto, esta dimensión afecta el desarrollo integral del ser humano a lo largo de la vida. El mantenimiento de la autoestima en el adulto mayor fomentará la valoración de sus habilidades y características y es una de las bases de la capacidad para responder de manera activa y positiva ante las circunstancias de la vida. Es por esto, que hablar de mejorar la autoestima en adultos mayores, es relevante, ya que, sin negar los cambios que existen, se deben valorar las destrezas y características positivas que los sujetos mantienen e incluso pueden seguir desarrollando. En este sentido, la aplicación de esta intervención tiene un valor no solo social, sino terapéutico y clínico.

El efecto positivo de la reminiscencia como terapia sobre la autoestima ha sido corroborado en diferentes estudios (Bohlmeijer et al., 2003; Hsieh y Wang, 2003; Pinquart et al., 2007; Wang, 2007). Si bien, tal y como se ha mostrado en los resultados de este trabajo, el efecto de la interacción fue marginalmente significativo y no se obtuvo ningún tipo de modificación significativa a lo largo de los tres momentos temporales para ninguno de los dos grupos. De este modo, la hipótesis planteada no se ha cumplido para la variable autoestima.

En relación al efecto positivo de la reminiscencia sobre la autoestima, los adultos mayores de forma activa rememoraron sus propios talentos, valores, momentos felices, logros, misiones e historias de vida, compartieron con los demás sus experiencias personales y las distintas formas en la que ellos habían logrado resolver situaciones difíciles, por lo que la experiencia de estar en el programa se convirtió en un proceso de intercambios de percepciones y emociones que incrementó la percepción de eficacia y autoestima.

Por otra parte, en la variable satisfacción vital, se observó un claro efecto positivo en los resultados de la intervención, de este modo, mientras que el grupo control muestra un descenso significativo que con el paso del tiempo se mantiene, en el grupo tratamiento se observa un incremento inicial que posteriormente se mantiene en el tercer momento temporal, es decir, al observar los datos arrojados después de tres meses de la intervención los adultos mayores del grupo tratamiento mantienen sus puntuaciones elevadas; mientras en el grupo control se observa un declive de las puntuaciones. Por lo tanto, este programa tiene consecuencias relevantes en los adultos mayores, ya que fomenta el incremento de la

satisfacción vital.

Uno de los aspectos más importante es la valoración que tiene el ser humano de su calidad de vida, es por eso, que contar con un programa en cuyos resultados se manifiesta el aumento de esta dimensión es altamente valioso. Los datos de esta investigación van en consonancia con los obtenidos en pesquisas donde se destaca una mejora de la calidad de vida y del bienestar de los mayores y una relación positiva en su satisfacción vital tras intervenciones con reminiscencia (Chiang et al., 2008; González et al. 2015; Meléndez et al., 2014; O'Rourke, Cappeliez y Claxton, 2011; Wu y Koo, 2016; Zegers et al., 2009). Aunque son reducidas las investigaciones que evalúan los efectos de la reminiscencia en el tiempo, el trabajo realizado por Ganggioli y colaboradores (2014) y Cuijpers et al. (2010) corrobora el mantenimiento de esta variable en el tiempo.

Es significativo destacar, que de acuerdo con Cappeliez y O'Rourke (2006), la capacidad de transformar los acontecimientos negativos en resultados positivos es una de las facetas más características de la reminiscencia, y que esta se asocia directamente con la satisfacción de vital. Además, un programa que pueda mantener esta satisfacción en el tiempo es apreciable, ya que esta dimensión puede ser vista como un aspecto cognitivo de la percepción de calidad de vida. Para valorar la satisfacción vital empleamos esquemas cognitivos, evaluaciones relativamente abstractas y juicios complejos en los que, a menudo, introducimos sistemas de comparación con nuestros semejantes.

Es posible que, a través de la autoevaluación detallada del pasado de los participantes en las diferentes sesiones de la intervención, los mismos se vuelvan más realista con sus expectativas y metas en su vida. Además, hay evidencia de que tener contactos sociales predice el bienestar en las actividades del grupo (Pinquart y Sörensen, 2001) y podría haber creado un entorno social que mejora la satisfacción con la vida de los participantes.

Tal y como se había planteado, el bienestar psicológico es conceptualizado como el proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas, en este sentido cinco de las dimensiones: autonomía (capaz de resistir las presiones sociales para pensar y actuar), dominio del ambiente (capaz de elegir o crear contextos adaptados), autoaceptación (reconoce y acepta múltiples aspectos de uno

mismo), crecimiento personal (sensación de continuo desarrollo y mayor autoconocimiento) y propósito en la vida (metas en la vida) deberían mostrar (H2d) efectos principales significativos, siendo destacables los efectos positivos de la terapia de reminiscencia una vez finalizada la intervención, si bien en relación al mantenimiento de las puntuaciones a largo plazo se plantea que serán las dimensiones de crecimiento personal y propósito en la vida las que mantendrán los efectos de la intervención de forma significativa.

De forma general, la intervención en esta variable muestra aumentos significativos en casi todas las dimensiones evaluadas (autoaceptación, autonomía, dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida), es decir, los resultados de la intervención con reminiscencia, demuestran mejoras significativas en las dimensiones antes mencionadas. Este dato es consistente con los resultados de otros estudios (Haight et al., 1998; Haight et al., 2000; González et al., 2015; Meléndez et al., 2015). Solo en la variable relaciones positivas con los demás no se observó un aumento significativo, pero sí demostró significatividad en la evolución de los grupos en el tiempo.

Trabajos de meta-análisis (Arkoff, Meredith y Dubanoski, 2004; Bohlmeijer et al., 2007; Bohlmeijer et al., 2003; Hsieh y Wang 2003; Pinguart y Forstmeier, 2012), presentan resultados que evalúan la eficacia de la reminiscencia en el bienestar psicológico a través de los diferentes grupos y modalidades de tratamiento, señalándose que el uso del recuerdo tuvo un efecto significativamente mayor en adultos mayores que viven en la comunidad que en los institucionalizados; además de señalar la eficacia de esta terapia para mejorar el bienestar psicológico, se muestran trabajos en los que se aplica esta técnica en pacientes con demencia dada su eficacia para la promoción del bienestar y la salud mental (Woods et al., 2005).

De forma específica, la intervención con reminiscencia ha tenido efectos significativos en la dimensión de autonomía, de forma que se observó un aumento significativo tras la finalización de la intervención con un mantenimiento posterior en el seguimiento del grupo tratamiento; mientras que en el grupo control no existió ninguna modificación. Si bien los resultados son significativos, se esperaba obtener un incremento mayor en las puntuaciones, ya que algunas investigaciones ponderan estos resultados tanto en sus efectos positivos de forma inmediata (González et al., 2015; Meléndez et al., 2015; Sok, 2015) como a más largo

plazo (Gaggioli et al., 2014). En este sentido esta investigación sigue la línea de Baltes y Carstensen (1999) y Molina, Meléndez y Navarro (2008) los cuales señalan que, en muchos casos, los adultos mayores aprenden a ser dependientes y que esa dependencia es el resultado de interacciones directas con el contexto, la autonomía para decidir puede mejorar el sentido de eficacia y por tanto reforzar conductas de éxito en los adultos mayores.

Con respecto al dominio del ambiente, la intervención se mostró efectiva, de este modo, inicialmente el grupo tratamiento incrementa de forma significativa sus puntuaciones, mientras que el grupo control las reduce y en ambos grupos estas puntuaciones se mantienen, siendo significativamente más altas que las iniciales en el momento de seguimiento. De esta forma, se puede afirmar que la hipótesis planteada según la cual, los adultos mayores que participaron en el programa de intervención mejorarían en cuanto al sentido de dominio, ha sido comprobada, de manera que, se ha incrementado su competencia en el manejo del ambiente, pueden hacer un uso efectivo de las oportunidades del contexto y tienen la capacidad de elegir o crear contextos adaptados a las necesidades y valores personales. Es importante destacar que el dominio del ambiente mantiene puntuaciones más altas en las personas mayores que en adultos o jóvenes (Meléndez et al., 2008; Meléndez et al., 2011; Ryff y Keyes, 1995; Triadó et al. 2005), dado que a partir del uso de estrategias acomodativas, el sujeto desarrolla una modificación de propósitos, reduciendo el nivel de aspiración, desimplicándose de ciertos objetivos o estableciendo parámetros alternativos de comparación para evaluar la situación actual. De este modo, el resultado de la intervención mediante reminiscencia permitió que los adultos mayores lograran una mejor utilización de las posibilidades de adaptación al contexto. Debe tenerse en cuenta, que un tema importante para esta población es la dificultad no solo para adaptarse a los cambios en sus condiciones personales, sino también, a las limitaciones propias del contexto, sobre todo en República Dominicana donde no existen las modificaciones estructurales necesarias para que esta población pueda desenvolverse sin ningún tipo de limitación y sin sentirse dependientes.

En la dimensión autoaceptación, los resultados mostraron que el programa de intervención tuvo efectos significativos en los adultos mayores. El grupo control mostró una

disminución de sus puntuaciones que se mantuvo en el seguimiento; mientras que el grupo tratamiento incrementa significativamente sus puntuaciones y en el tercer momento se mantienen. Este dato refuerza los resultados obtenidos por diversas investigaciones en donde se ponen de manifiesto la efectividad de la terapia mediante reminiscencia en la dimensión de auto-aceptación en adultos mayores (Meléndez et al., 2015; González et al., 2015). Si consideramos que la percepción del sí mismo resulta un elemento básico para comprender el self en su totalidad, como elemento que controla y dirige la conducta del individuo, así como fuente importante tanto de salud física como mental, es fácil comprender la importancia que adquiere cualquier intervención que fortalezca esta dimensión.

Otro de los aspectos a evaluar en los adultos mayores fueron las relaciones positivas, aunque los datos ofrecidos tal y como se planteaba en las hipótesis señalan que el efecto de la intervención con reminiscencia no fue significativo, se puede observar que al estudiar cada grupo independientemente destacan como a largo plazo los grupos sí muestran diferencias con un decremento significativo de sus puntuaciones. Mientras que el grupo tratamiento las incrementa, en el tercer tiempo vuelve a los niveles basales. Posiblemente el efecto observado en el grupo tratamiento sea propiciado por el mantenimiento de las relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias, de mutua confianza que se producen en el contexto de la intervención.

Con respecto a la dimensión de crecimiento personal, tal y como se planteaba en las hipótesis, se esperaba observar un incremento a largo plazo en las puntuaciones de grupo tratamiento, es importante destacar, que los efectos de la intervención confirman la hipótesis. Se obtuvo un incremento significativo de las puntuaciones del grupo tratamiento tras la intervención con reminiscencia, además este incremento en las puntuaciones se mantuvo durante los tres meses siguientes; por contra, la evolución del grupo control fue totalmente distinta, ya que decaen considerablemente sus puntuaciones y continúan con puntuaciones similares en el seguimiento. Además, al comparar los grupos se observa cómo tanto tras la intervención como en el seguimiento las puntuaciones del grupo tratamiento son superiores a las del grupo control, siendo, por tanto, eficaz la intervención planteada y logrando que los participantes mantengan un sentimiento de desarrollo y de mejora a través

del tiempo, una actitud positiva hacia sí mismos, así como la existencia de un sentimiento positivo hacia lo ya vivido.

Finalmente, y en relación a propósito de vida, el efecto de la intervención fue significativo, aunque al estudiar la evolución de los grupos se observa como el grupo tratamiento mantiene sus puntuaciones, mientras que en el grupo control se observa una reducción de las puntuaciones marginalmente significativas. En este sentido y a diferencia de la hipótesis en la que se esperaba conseguir una mejora que se mantuviera en el seguimiento, se ha obtenido un efecto, en el que el grupo tratamiento no ha disminuido sus puntuaciones como ocurre en el grupo control. La consecución del mantenimiento en las puntuaciones, puede estar relacionada con el hecho de que, a través del programa de intervención, y especialmente en la sesión que se ocupó del presente y la visión de los adultos mayores de su futuro, los participantes establecieron mediante diferentes actividades metas y tareas sobre expectativas hacia el futuro con situaciones que pueden ser alcanzables para ellos. Este proceso y la elección de las funciones y objetivos adecuados pueden haber ayudado a adoptar un enfoque más dinámico y tener en cuenta objetivos más realistas.

Aunque la intervención basada en reminiscencia tuvo una orientación primordialmente integrativa, tal y como se señaló en el apartado de procedimiento, algunas técnicas instrumentales fueron introducidas en el tratamiento, en este sentido y tal y como se planteaba en las hipótesis, se esperaba obtener efectos tanto en la variable resiliencia como en *coping* (H2e), de este modo las estrategias basadas en un afrontamiento focalizado en la solución de problemas deben de mostrar incrementos significativos en sus puntuaciones con un mantenimiento posterior, y por el contrario las estrategias centradas en la emoción y de carácter desadaptativo deberían mostrar una disminución de sus puntuaciones tras el tratamiento y mantenerse en el seguimiento.

Con relación al análisis de la variable resiliencia, los resultados señalaron que la intervención no fue todo lo satisfactoria que se esperaba, dado que no presentó efectos principales significativos, ni tampoco se observaron efectos simples después de la intervención o en el seguimiento. Esta ha sido una limitación en la intervención aplicada, ya que la resiliencia aporta al adulto mayor la capacidad de fortalecer y proteger su integridad,

siendo más adaptativo y enfrentando las adversidades; tal y como señalan Luthar y Cushing (1999) existe acuerdo al referirnos a este concepto y asumir que implica competencia o un positivo y efectivo afrontamiento en respuesta al riesgo o a la adversidad. De esta manera el adulto mayor tiene mejor manejo adaptativo de situaciones de carácter negativo, logrando una mayor acomodación (Brandtstädter y Renner, 1990) y por consecuencia una mayor efectividad a la hora de solucionar problemas.

Una de las razones, por la que tal vez, el programa no haya tenido efecto sobre esta variable, puede deberse a que la misma es entendida como una estrategia activa en la que el adulto mayor está en una situación de movimiento, participación y sinergia que lo orienta para proponer, aclarar, buscar soluciones, establecer comparaciones y tomar decisiones, logrando así cambios en su acción, generando nuevas conductas orientadas a la adaptabilidad y la búsqueda de solución de situaciones. De este modo y como posible solución se debería trabajar el control personal, que está directamente relacionado con la adaptación y la resiliencia. Los esfuerzos para regular el curso de la vida y el ambiente, son contingentes con las conductas que llevarán a cabo las personas para establecer y modificar sus metas personales, optimizar sus motivaciones y recursos emocionales, así como realizar lo necesario para alcanzarlas (control secundario) y, finalmente, mantener un control sobre su propio ambiente (control primario) (Heckhausen, 2001). Es importante este resultado, ya que como plantean Werner y Smith (1982), se deben diseñar programas de intervención que aumenten y refuercen el número de factores protectores que puedan estar presentes en una situación dada, es decir elevar el nivel de resiliencia en las personas mayores, y la reminiscencia como técnica de intervención psicológica es uno de ellos.

En relación a las dimensiones del cuestionario CAE, es importante señalar que a medida que avanza la edad, la persona pierde recursos y roles, además tiene que hacer frente a cambios importantes en diferentes dominios de su vida. Todo ello hace que tenga que reevaluar constantemente sus propias capacidades, lo que constituye un proceso adaptativo necesario y saludable para el mantenimiento del bienestar durante el envejecimiento (Pearlin y Skaff, 1995); además, debemos tener en cuenta que el envejecimiento implica una reducción de los recursos personales de acción y de las opciones evolutivas puestas al alcance de los adultos mayores (Meléndez, Tomás y Navarro, 2008).

Por lo tanto, ser capaz de adaptarse y hacer frente a la adversidad es un determinante factor de envejecimiento satisfactorio, no disponer de las estrategias necesarias para resolver situaciones difíciles puede conducir a la ineficacia y a mayores niveles de estrés.

Con respecto a la evaluación de la estrategia focalizado en solución de problema, la interacción demuestra la eficacia del tratamiento en coherencia con la hipótesis, ya que el grupo tratamiento logró un aumento significativo en sus puntuaciones, aunque posteriormente vuelve a su línea base, mientras que el grupo control disminuye significativamente en el seguimiento frente a su puntuación inicial.

Cabe señalar que en la ancianidad se produce un descenso en el uso de este tipo de estrategias (Meléndez et al., 2012), dicho descenso, una vez llegada la ancianidad, puede deberse según LaChapelle y Hadjistavropoulos (2005) o Lazarus y DeLongis (1983) a que con la llegada del envejecimiento se suelen experimentar menos acontecimientos vitales dado que las actividades que se realizan, en gran medida, siguen pautas rutinarias; además, tal y como se ha mencionado muchas de las situaciones que los sujetos de edades avanzadas deben afrontar tienen un componente de pérdida que vienen dados por el contexto y sobre los que no existe ningún tipo de control personal, siendo difícil aplicar acciones de resolución de problemas que modifiquen la situación conflicto.

Los resultados obtenidos en el estudio permiten señalar la importancia de que el sujeto no es un ente pasivo en el ambiente, sino que la persona se orienta a soluciones, realiza acciones de cambios y gestiona los procedimientos para la solución de la problemática lo cual origina cambio en la conducta. La aplicación de un tratamiento que ayude no solo a mejorar y activar esta dimensión, sino a lograr que no disminuya en el tiempo es de gran importancia, ya permite que los adultos mayores adquieran herramientas para la confrontación de situaciones adversas y hacerle frente de manera constructiva. Por lo tanto, una persona puede adaptar y construir su vida sobre los aprendizajes adquiridos en el pasado para hacer frente y mejorar las situaciones futuras, además, es una estrategia para hacer frente a acontecimientos importantes de la vida que reafirman la identidad personal y mejoran la autoestima (Korte et al., 2011).

En la estrategia autofocalización negativa también se obtuvo un efecto significativo coherente con la hipótesis, observándose que el grupo tratamiento mantiene sus

puntuaciones, mientras que el grupo control presenta un aumento significativo de las mismas. Los resultados obtenidos son trascendentales, ya que el uso de la autofocalización negativa y la visión negativa de sí mismo pueden verse incrementadas en la vejez. El hecho de experimentar acontecimientos vitales de carácter negativo propios de esta etapa, posiblemente refuerza la autopercepción negativa, lo cual afectará de forma directa tanto al comportamiento como a la propia emoción, generando un autoconcepto negativo más elevado. Descentralizar la visión negativa es muy importante en lo concerniente al adulto mayor, logrando que el sujeto mantenga la objetividad de las diversas situaciones sin atribuir consecuencias negativas, y permitiendo que sea más objetivo, preciso y asuma mejor la realidad, para una mayor adaptación. Debe tenerse en cuenta que esta estrategia se caracteriza por indefensión, culpa, sentimientos e incapacidad para afrontar la situación y creencia de que las cosas suelen salir mal, este estilo de afrontamiento afecta de manera considerable varias dimensiones de la calidad de vida percibida. Nuevamente hay que destacar el carácter activo de la intervención, que si la fundamentamos mediante la teoría de la actividad propuesta por Havighurst en el 1963, nos proporciona una visión más clara sobre estos resultados, ya que la misma plantea que una persona tiene que mantener cierto nivel de actividad o incluso aumentar ese nivel, porque la pérdida de la función activa en los sujetos será significativo, no sólo funcionalmente, sino también en la esfera social, personal y económica, todo lo cual puede reducir la satisfacción vital y generar patrones de afrontamientos más emocionales y pasivos.

Continuando con las estrategias del CAE, y concretamente la reevaluación positiva, Folkman et al. (1987), señalan que los adultos mayores son capaces de tomar ventaja de la distancia con relación a las situaciones estresantes que les afectan y de reevaluarlas positivamente. De acuerdo con la hipótesis, se ha podido comprobar en los resultados de ésta investigación un cambio significativo en las puntuaciones, observándose un claro incremento en el grupo tratamiento que se mantiene en el seguimiento, con puntuaciones significativamente mayores que el grupo control, tras la intervención y en el seguimiento. A su vez, el grupo control desciende significativamente en el seguimiento en relación a su línea base. Estos resultados son relevantes, ya que implican que la puesta en marcha de estrategias para la modificación de la percepción de situaciones, generando oportunidades que sirvan para mejorar la adaptación, es uno de los más efectivos elementos para prevenir

y superar posibles estados desadaptativos, desarrollando una actitud positiva ante la vida, lo que se reflejaría en el aumento del nivel de satisfacción vital de las personas (Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Moya-Rubio, Reyes-Atabales y Vilca-Salinas, 2010).

Diversas investigaciones confirman los resultados positivos que tiene la realización de programas basados en psicología positiva y reminiscencia (Meléndez et al., 2013; Meléndez et al, 2015; González et al. 2015). Por lo tanto, el uso de una intervención con reminiscencia promueve la aplicación de estrategias activas, que hagan frente a situaciones que les podrían causar malestar psicológico, tratando de cambiarlas. Tugade y Fredrickson (2007) sostienen que las personas que pueden canalizar las emociones positivas para guiar su comportamiento de afrontamiento, generan niveles más bajos de ansiedad y toman nuevas perspectivas.

Otras de las estrategias centradas en las emociones es la expresión emocional abierta que mostró un cambio significativo corroborando la hipótesis planteada. Tal y como se presentó, el grupo tratamiento no modifico sus puntuaciones durante el tratamiento, mientras que el grupo control aumentó sus puntuaciones de forma significativa a lo largo de los diferentes momentos evaluados.

Desde una perspectiva positiva se puede inferir que los participantes logran mayor control de sus emociones y cómo éstas son transmitidas a los demás, aunque se podría señalar un lado negativo de esta realidad, es decir, cuando la misma es usada como un mecanismo de defensa para no dejar aflorar sus emociones en donde el sujeto se las guarde, intentando evitar enfrentarlas, lo que generaría una acumulación de sentimientos negativos y por consecuencia un mayor estrés.

Es importante señalar que, de acuerdo a la literatura, los estilos de afrontamiento activos, es decir aquellos que implican una confrontación adecuada de las propias emociones, se encuentran relacionados con mayor bienestar psicológico y estados afectivos positivos. No obstante, autores como Stanton, Kirk, Cameron y Danoff-Burg (2000) sugieren que el procesamiento emocional tendría un carácter adaptativo a corto plazo, pero si continúa en el tiempo, puede llegar a producirse rumiación y, por lo tanto, no resultar beneficioso en términos de ajuste. Esta posibilidad es también planteada por otros trabajos (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema y Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson y

Grayson, 1999), entendiendo que la rumiación es una tendencia a la pasividad que se centra en las emociones negativas y en las consecuencias de las mismas, asociándose con un aumento de síntomas depresivos y ansiosos lo que perjudica en gran medida el proceso adaptativo (Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011).

En la línea de lo anterior, es importante señalar que los efectos de la intervención en esta variable a corto y largo plazo es muy significativa, ya que se refiere a la disminución de manifestaciones expresivas hacia otras personas de la reacción emocional negativa, relacionada al problema (activa) y que refleja una reducción de conductas emocionales como llorar o gritar, como una forma de modificar un estado de ánimo, estando evaluadas en conjunto como poco eficaces. Por lo tanto, mediante la intervención con reminiscencia se fomentaron estrategias de control emocional para la disminución de las emociones negativas (no asertivo, expresiones de ira o miedo) y el fomento de las positivas (pensamientos y emociones alentadores), que se organizaran y estuvieran claramente expresados, no atacando a uno mismo u otra persona.

En cuanto a la dimensión de evitación, los resultados no corroboran la hipótesis planteada, a pesar de aumentar en la ancianidad tal y como indica la literatura (Meléndez et al., 2012). De este modo, se observaron ligeras disminuciones en el caso de los controles y ligeros aumentos en el grupo tratamiento, que señaló la existencia de diferencias entre los grupos en la evaluación posterior a la intervención, si bien, estas diferencias se minimizaron en el seguimiento no siendo significativas.

La evitación, es una estrategia que incluye esfuerzos cognitivos y/o conductuales para no pensar en el estresor, puede ser una manera de no entrar en conflicto, centrándose en el uso de estrategias activas de solución de problemas. Es importante destacar que la técnica de evitación, mantenida en el tiempo, puede convertirse en un mecanismo de defensa negativa, ya que ésta puede ser un escape para no solucionar los conflictos. No obstante, algunos autores (Diehl et al., 1996) señalan que al envejecer los individuos tienen tendencia a actuar ante una situación estresante tomando distancia, es decir, evitando el conflicto; piensan más las cosas, conocen mejor sus emociones y elaboran mejores y más apropiadas estrategias para actuar eficazmente ante situaciones conflictivas.

En la estrategia búsqueda de apoyo social se obtuvo un efecto significativo en el que

se observa que el grupo tratamiento incrementa sus puntuaciones una vez finalizada la intervención, siendo significadamente mayor que las puntuaciones del grupo control, aunque en el seguimiento el grupo tratamiento vuelve al nivel basal inicial, por su parte el grupo control obtiene puntuaciones similares durante todas las evaluaciones.

Es importante mencionar que esta estrategia posee tendencia a disminuir según aumenta la edad (Meléndez et al., 2012); durante la vejez se produce un notable descenso de este tipo de actividad (Charles y Carstensen, 2009). Si bien, tal y como señalan Meléndez et al. (2007), se deben tener en cuenta dos apreciaciones, una es que la tendencia a seleccionar los contactos sociales parece iniciarse ya en la mediana edad, y, en segundo lugar, este descenso es muy selectivo, afectando sobre todo a los contactos más superficiales, mientras que las relaciones más estrechas y proveedoras de apoyo permanecen básicamente intactas con la edad.

Es significativo señalar que a los adultos mayores que participaron en la intervención se les animó a utilizar el apoyo social y mantener relaciones estrechas. Según transcurrían las sesiones se incrementó la búsqueda de contacto y consuelo como forma de adaptación, lo cual ayuda a modificar la percepción de la situación y del tipo de estrategias a aplicar. De forma indirecta ese apoyo también influye en el plano emocional incrementando la autoestima y la sensación de control, y por tanto facilitando la puesta en marcha de sus estrategias de afrontamiento (Rodríguez-Marín et al., 1993). Algunos trabajos señalan que el apoyo social disminuye los riesgos de problemas psicológicos y de enfermedades psiquiátricas, por lo tanto, es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir al bienestar y la satisfacción con la vida (Aguerre y Bouffard, 2008).

Finalmente al estudiar los resultado obtenidos en la estrategia religión se observa que tanto el grupo control como el tratamiento mantienen su puntuación después de la intervención y se mantienen sin efecto en el seguimiento, por lo que no hay cambios significativos en ninguno de los grupos; es importante señalar que esta intervención no tenía como objetivo el desarrollo de este aspecto, ya que la misma se fundamenta en la solución y adaptación que viene dada por elementos externos no reales sino basados en las creencias.

Para concluir la parte del afrontamiento se ha demostrado que esta terapia es útil

para incrementar la capacidad de manejo del estrés y un mayor nivel adaptativo. Aunque no es un objetivo de esta investigación se debe puntualizar la importancia del uso de la reminiscencia instrumental, ya que se caracteriza por motivar a los adultos mayores a resolver problemas actuales, recordando la forma en que se sobrepuso a situaciones adversas en el pasado, mediante la implementación adaptativa estrategias de afrontamiento (Korte et al., 2011). De forma general, se puede señalar la verificación de la hipótesis planteada ya que se demostró la eficiencia de este programa en las estrategias basadas en un afrontamiento focalizado en la solución de problemas, en donde se observó en el grupo tratamiento incrementos en sus puntuaciones con mantenimiento en el seguimiento. Por el contrario, en las estrategias centradas en la emoción y de carácter desadaptativo, mostraron descensos tras la intervención.

Finalmente, en relación a la utilización del recuerdo, las dimensiones propias del self positivo (H2f) deben mostrar un incremento que se mantenga en el seguimiento, al igual que las dimensiones prosociales, mientras que las dimensiones del self negativo deberían tender a disminuir y mantener esa disminución en la medida de seguimiento.

En relación a las funciones del self positivo, en la dimensión identidad, los análisis estadísticos no mostraron resultados significativos de la intervención en esta variable, esta no significatividad también se observó al estudiar la evolución de los grupos a lo largo del tiempo, de manera que la intervención no fue efectiva para el desarrollo de esta dimensión. Debe tenerse en cuenta que la identidad es entendida en la RFS como el uso de memorias para identificar un patrón de coherencia en la vida de uno, de este modo puede ser coherente que al trabajar con población no clínica ya exista un patrón de coherencia; la recuperación de recuerdos autobiográficos puede ayudar a la persona a sentir continuidad en su vida, que es un aspecto esencial a lo largo del desarrollo del individuo, y a fomentar que la persona, en la vejez, preserve el contenido de su vida, manteniendo y desarrollando su identidad (Villar y Triadó, 2006). Si bien el objetivo de la intervención fue buscar detalles de su vida que le lleve a interpretaciones más equilibradas de los eventos del pasado, no se ha conseguido y la hipótesis no se ha cumplido

Respecto a la resolución de problemas, se puede observar un cambio significativo en el grupo tratamiento que se mantiene en el tiempo tal y como planteaba la hipótesis, es

decir, los adultos mayores involucrados en el proceso de intervención logran en mayor medida recordar experiencias pasadas para resolver los problemas actuales. La solución de problemas está altamente relacionada con la predicción del bienestar (Tomas et al., 2012), siendo los sujetos que utilizan este tipo de estrategias más propensos a mantener el bienestar en situaciones en las que el control del entorno exige adaptación. Además, se asocia positivamente al envejecimiento exitoso (Wong y Watt, 1991). Este tipo de reminiscencia está relacionada con la reminiscencia instrumental, la cual está relacionada con la orientación y la superación, proporcionando estrategias y reactualizado el sentido personal de competencia. Es concebible que este tipo de reminiscencia pase a primer plano sólo cuando el sujeto encuentra condiciones adversas que requieren el cambio, como las crisis de la vida y las transiciones (contextos que están asociadas con un aumento general de recuerdo del pasado (Parker, 1999). En resumen, las personas que utilizan este tipo de estrategias son más propensas a mantener el bienestar en situaciones donde el control del medio ambiente requiere una adaptación.

De igual forma la preparación para la muerte obtuvo un aumento significativo de las puntuaciones en el grupo tratamiento que corroboró la hipótesis de partida, situación que no se observó en el grupo control. Además, ese aumento se mantiene en el grupo tratamiento después de tres meses, mientras que en el grupo control mantiene sus puntuaciones en el tiempo. El hallazgo de que las personas mayores incrementen su capacidad de preparación para la muerte, que mantiene una alta relación con la satisfacción con la vida, sugiere que esta forma de reminiscencia contribuye a abordar el tema de la propia mortalidad de una manera constructiva. Esto encaja con este modelo integral que considera la reminiscencia para la preparación para la muerte como una función de self-positivo. Además, en apoyo a la hipótesis planteada, se observó que estos tipos de reminiscencia pueden ayudar a reducir el posible miedo sobre la muerte y facilitar el sentido de realización y plenitud (Cappeliez y O'Rourke, 2002; 2006).

En relación a los efectos en el uso de la terapia de reminiscencia en las dimensiones que componen el self negativo, en la dimensión revivir la amargura, aunque no se observaron cambios significativos en la interacción, sí se observa una significativa reducción en las puntuaciones del grupo tratamiento tras la intervención, si bien sus puntuaciones

retornan a los niveles iniciales en el seguimiento, igualándose al grupo control que mantiene puntuaciones similares a lo largo de los tres momentos temporales. En este sentido, el tratamiento no ha sido efectivo no habiéndose conseguido el mantener la reducción inicialmente conseguida y por tanto un nivel significativamente menor de declaraciones de culpabilidad, amargura y desesperación referidas a un momento de su pasado; la hipótesis planteada no se ha cumplido.

En la dimensión reducción del aburrimiento la intervención obtuvo efectos significativos a largo plazo cumpliéndose la hipótesis planteada; de este modo ambos grupos obtuvieron puntuaciones similares en los dos primeros momentos de la evaluación, pero en el seguimiento se observa un aumento significativo de las puntuaciones del grupo control y un decremento no significativo de los controles que hace que ambos grupos sean significativamente diferentes. Es importante destacar que esta forma de reminiscencia puede connotar un sentido de la apatía y la falta de propósito, o incluso una tendencia a volver a los buenos tiempos con el fin de escapar de una situación difícil en el presente (Wong, 1995). La reducción del aburrimiento se refiere al uso de recuerdos para llenar un vacío de estimulación o interés. Es importante destacar que una mayor frecuencia de este tipo de reminiscencia suele ser predictora de los niveles más bajos de satisfacción con la vida, así como una mayor angustia psiquiátrica (Cappeliez et al., 2005).

En cuanto a la dimensión mantenimiento de la intimidad, siguiendo lo planteado por la hipótesis, se observaron cambios significativos que se mantienen en el tiempo, es decir, se observa tras la intervención una reducción significativa de las puntuaciones del grupo tratamiento y se mantienen esas diferencias en el seguimiento, mientras que el grupo control aumenta sus puntuaciones. El mantenimiento de la intimidad consiste en mantener vivos recuerdos de pérdidas de seres queridos, lo cual implica el procesamiento recurrente de sentimientos negativos (Cappeliez y O'Rourke, 2006), que tienden a generar estados de ánimos depresivos y trastornos psicológicos (Cappeliez et al., 2005). Es importante señalar que no solo el sujeto recurre a pensamientos obsesivos, sino que prolonga reacciones de duelo a las pérdidas (Coleman, 1986). Las personas que utilizan este tipo de recuerdo están atrapadas en reflexiones sobre el pasado mediante pensamientos obsesivos del mismo y recordando continuamente a seres queridos que ya no están, manteniendo de esta manera

una prolongación del duelo o efecto de pérdida que está asociada al deterioro de la salud física y mental y a una reducción de la satisfacción de vida (Wrosch, Bauer y Scheier, 2005), es por ello que el tratamiento resulta útil dado que reduce significativamente este tipo de pensamientos.

Ante todo lo anterior, es importante señalar que en relación a las asociaciones entre las dimensiones de reminiscencia que predicen la función del self negativo, el trabajo de (Cappeliez et al., 2005) señala que la mayor frecuencia de reminiscencia basada en revivir la amargura y la reducción de aburrimiento se asocia con una menor satisfacción con la vida y un mayor desorden, además revivir la amargura muestra relaciones positivas con el estado de ánimo depresivo (Korte et al., 2012). También Cappeliez et al. (2005) sugieren que al mantener el contacto con una persona fallecida a través de los recuerdos la emoción asociada es a menudo tristeza, y este tipo de sentimientos pueden afectar al estado de ánimo depresivo, generando desorden psicológico.

Finalmente, en la función pro-social encontramos dos dimensiones, conversación y enseñar/informar. En la primera, conversación, se ha cumplido la hipótesis propuesta observándose un cambio significativo en el grupo tratamiento que se mantiene en el tiempo, mientras que el grupo control no muestra cambios significativos, es decir, los adultos mayores elevan la utilización del recuerdo para el uso instructivo o sin ningún signo de evaluación. Esto es muy importante, ya que el uso del recuerdo para conversar predice satisfacción con la vida, y disminuye la angustia psiquiátrica. Estos resultados están acorde con investigaciones previas que afirman que unas de las funciones de la reminiscencia narrativa es elevar la salud mental positiva. De igual manera este tipo de reminiscencia está asociado al envejecimiento positivo, y puede ser una forma para que el adulto mayor logre una mayor participación social y de esa manera impulsar el bienestar (Carstensen, Gross y Fung, 1997).

Con respecto a la dimensión enseñar/informar no se observa ningún cambio significativo en las puntuaciones, refutándose la hipótesis dado que tanto el grupo de control como el de intervención mantienen su puntuación después de la intervención y se mantienen sin efecto en el seguimiento. Si bien los resultados obtenidos no muestran significatividad, es importante señalar que esta función, parece tener influencia en la

regulación emocional (Cappeliez et al., 2008); de este modo, la reminiscencia conversacional maximiza las oportunidades de experimentar emociones positivas en los encuentros sociales optimizando el bienestar del sujeto.

Como se ha podido observar esta investigación ha demostrado, que la terapia de reminiscencia es útil para mejorar la capacidad de manejo del estrés y un mayor nivel adaptativo, es decir mayor dominio del contexto de desarrollo del sujeto. De este modo, este tipo de intervención se puede plantear como una herramienta terapéutica que puede ayudar a optimizar los recursos personales durante el envejecimiento. Concretamente, se ha observado un importante cambio en la variable depresión, reduciéndose sus síntomas de forma efectiva en el grupo tratamiento, además ese efecto no fue solo a corto plazo, se observó que se mantenía a largo plazo; por contra el grupo control aumento su sintomatología depresiva. Es importante destacar que, en las variables emocionales, la autoestima, no presentó cambios significativos después de la intervención y La satisfacción vital, mostró mejoría significativa que se mantuvo a lo largo del tiempo, aumentando por tanto el nivel de bienestar subjetivo de los participantes. De las seis dimensiones del bienestar psicológico, se han observado efectos positivos en todas, destacando los efectos obtenidos en crecimiento personal, dominio del ambiente y propósito en la vida, por lo que debe señalarse la utilidad de este tipo de terapia en el mantenimiento del bienestar. Además, la terapia de reminiscencia ha mostrado efectos significativos en las formas activas de afrontamiento (solución de problemas y reevaluación positiva) con un aumento de las mismas y un mantenimiento de sus efectos a largo plazo; en las dimensiones emocionales se ha producido una disminución (autofocalización negativa y expresión emocional abierta), excepto en evitación, con un mantenimiento de los resultados a largo plazo. En la última etapa del ciclo vital, es determinante para mejorar la autopercepción positiva de los mayores minimizar las consecuencias de los posibles deterioros. Finalmente, en relación a las funciones de la reminiscencia del self positivo destacan la modificación en las dimensiones de resolución de problemas y preparación para la muerte, aspectos determinantes de la consecución de la integridad en esta etapa del desarrollo. También, se ha observado una disminución en las funciones del self negativo, concretamente los sujetos reducen la utilización del recuerdo como forma de reducción del aburrimiento y mantenimiento de la intimidad, ambas formas desadaptativas de la reminiscencia.

Finalmente, en las funciones prosociales se observa un cambio significativo en la utilización de la conversación como forma de mejorar la adaptación.

Como limitaciones a este trabajo señalar que los resultados sólo son generalizables a poblaciones con características similares a los participantes en nuestro estudio, especialmente con referencia a la eliminación de los puntos problemáticos. Además, la mayoría de los instrumentos utilizados en este estudio son las medidas de autoinforme que pueden introducir muchas fuentes de sesgo en la evaluación psicológica.

En términos de futuras direcciones de investigación, se necesita estudiar las propiedades psicométricas de la RFS y determinar si existen diferencias en el uso de las funciones de la reminiscencia y su relación con la salud mental en las poblaciones dominicanas de diferentes edades y/o diferentes características sociodemográficas. En la misma línea, se necesita más investigación sobre la reminiscencia en las personas con demencia. Hay estudios que sugieren que una terapia de reminiscencia reduce los síntomas depresivos y mejora el bienestar psicológico en las personas con demencia (por ejemplo, González et al., 2015).

CAPÍTULO 8

Conclusiones

1. Los resultados apoyan el modelo de tres factores propuesto, en el que los tipos de reminiscencia agrupados en funciones predicen un constructo latente de salud mental compuesto por medidas de depresión, satisfacción, resiliencia y autoestima.
2. El self positivo compuesto por tres dimensiones identidad, resolución de problemas y preparación a la muerte, presenta una relación positiva y significativa con la salud mental, siendo las puntuaciones de identidad y resolución de problemas las más elevadas.
3. En el self negativo, la reducción del aburrimiento, el mantenimiento de la intimidad y revivir la amargura, las tres funciones han demostrado valencias emocionales negativas y características similares en cuanto a rumiaciones persistentes acerca del pasado, en este sentido se ha comprobado como la función de self negativo presenta una relación negativa y directa en la predicción de la salud mental.
4. A diferencia de anteriores trabajos la función prosocial sí que muestra una relación positiva y significativa con el constructo latente de salud mental.
5. Dadas las relaciones significativas entre las tres funciones de la reminiscencia y la salud

mental puede afirmarse que la reminiscencia puede tener un carácter adaptativo o desadaptativo según el tipo que de reminiscencia que se utilice.

6. La reminiscencia como tratamiento no farmacológico ha demostrado su efectividad en la mejora de variables psicológicas de carácter adaptativo y no cognitivo.
7. En relación al estado de ánimo existe una clara repercusión en el grupo tratamiento mediante la reducción de la sintomatología depresiva, aunque en el posterior seguimiento vuelve al nivel inicial.
8. Se obtuvo un efecto positivo tras la intervención en la satisfacción vital que se mantuvo en el posterior seguimiento, demostrando de esta manera la eficacia del tratamiento en el bienestar subjetivo.
9. En las dimensiones del bienestar psicológico de autonomía, autoaceptación, relaciones positivas con otros y crecimiento personal se obtuvo un efecto positivo tras la intervención, aunque los efectos no se mantienen en el seguimiento; en la variable dominio del ambiente el efecto inicial de la intervención se mantiene en el seguimiento.
10. No se han obtenido efectos positivos significativos en las variables de autoestima, propósito en la vida y resiliencia.
11. Se han observado efectos positivos en las formas activas de afrontamiento (solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo) tras la aplicación del tratamiento, aunque en el seguimiento las puntuaciones vuelven a los niveles iniciales.
12. En las dimensiones emocionales se ha observado un efecto de empeoramiento en el grupo control (autofocalización negativa y expresión emocional abierta) mientras que el grupo tratamiento mantiene sus puntuaciones en el seguimiento; la evitación y la religión no fueron sensibles al cambio en los grupos tras la aplicación del tratamiento.
13. La terapia de reminiscencia es útil para mejorar la capacidad de manejo del estrés y un mayor nivel adaptativo, es decir mayor dominio del contexto de desarrollo del sujeto.
14. En relación a las funciones de la reminiscencia del self positivo, la identidad no modifico sus puntuaciones mientras que resolución de problemas y preparación para la muerte mantuvieron los efectos del tratamiento en el seguimiento; el incremento de esta

función es determinante para la consecución de la integridad en esta etapa del desarrollo.

15. En las funciones del self negativo, revivir la amargura no mostró una reducción de las puntuaciones en el grupo tratamiento; reducción del aburrimiento y mantenimiento de la intimidad, muestran una reducción en el grupo tratamiento que se mantiene en el seguimiento, mientras que el grupo control aumenta significativamente sus puntuaciones; la reducción de esta función es determinante para la consecución de un envejecimiento óptimo.
16. En las funciones prosociales se observa un efecto positivo en la utilización de la conversación como forma de mejorar la adaptación tras la intervención que se mantiene en el seguimiento, mientras que sobre la dimensión enseñanza el tratamiento no tuvo efecto.

CAPÍTULO 9

Referencias

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D. y Croudace, T. J. (2010). An evaluation of the precision of measurement of Ryff's Psychological Well-being Scales in a population sample. *Social Indicators Research, 97*, 357-373.
- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J. y Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health & Quality of Life Outcomes, 4*, 76.
- Ackerman, D. (2005). *Magia y misterio de la mente: la maravillosa alquimia del cerebro*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Acuña, M. M. y Risiga, M. (1997). *Talleres de entrenamiento cerebral y entrenamiento de la memoria*. Barcelona: Paidós.
- Afonso, R. M., Bueno, B., Loureiro, M. J. y Pereira, H. (2011). Reminiscence, psychological well-being, and ego integrity in Portuguese elderly people. *Educational Gerontology, 37*, 1063-1080.

- **Afonso, R. y Bueno, B. (2009). Efectos de un programa de reminiscencia sobre la sintomatología depresiva en una muestra de población mayor portuguesa. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 317-322.
- Aguado, C., Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R. M., Albert, C. y Espejo, J. (2000). Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage. *Atención Primaria*, 26, 328.
- Agüera, L., Cervilla, J. y Martín, M. (2006). *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson.
- Aguerre, C. y Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría*, 22, 1146-1162.
- Aguilar-Navarro, S. y Avila-Funes, J. A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica de México*, 143, 141-146.
- Aguilera, M. y Abad, A. (2001). *Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksem, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Aldwin, C. M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46,174-180.
- Alea, N. y Bluck, S. (2003). Why are you telling me that? A conceptual model of the social function of autobiographical memory. *Memory*, 11, 165-178.
- Alea, N. y Bluck, S. (2007). I'll keep you in mind: The intimacy function of autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 1091-1111.
- Algar, K., Woods, R. T. y Windle, G. (2014). Measuring the quality of life and well-being of people with dementia: A review of observational measures. *Dementia*. 24.
- Alloy, L. B., Hartlage, S. y Abromson, L. Y. (1988). Testing the cognitive diathesis-stress theories of depression: Issues of research design, conceptualization, and assessment. En L. B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 31-73). New York: Guilford.

- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Andersson, L. y Stevens, N. (1993). Associations between early experiences with parents and well-being in old age. *Journals of Gerontology*, 48, 109-116.
- André, C. (2010). *Los estados de ánimo: El aprendizaje de la serenidad*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Arkoff, A., Meredith, G. M. y Dubanoski, J. P. (2004). Gains in well-being achieved through retrospective-proactive life review by independent older women. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 204-214.
- Arranz, L., Giménez-Llort, L., De Castro, N. M., Baeza, I. y De la Fuente, M. (2009). El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 137-142.
- **Aşiret, G. D. y Kapucu, S. (2016). The effect of reminiscence therapy on cognition, depression, and activities of daily living for patients with Alzheimer disease. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology*, 29, 31-37.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Ed. Medico Panamericana.
- Atcheley, R. (2000). Process of aging. *Journal of the Geriatrics Society*, 11, 185-194.
- Atkinson, R. C. y Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. *The Psychology of Learning and Motivation*, 2, 89-195.
- Avia, M. y Vázquez C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Aymerich, M., Planes, M. y Gras, M. E. (2010). La adaptación a la jubilación y sus fases: Afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo. *Anales de Psicología*, 26, 80-88.
- Baddeley, A. D. (1999). *Essentials of human memory*. Hove: Psychology Press.
- Baltes, M.M. y Carstensen, L.L. (1999). Social-psychological theories and their application to aging: from a individual to collective. En V. I. Bengtson y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 209- 226). Nueva York: Springer Publishing Co.

- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, *52*, 366-380.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life span developmental psychology: On the dynamics of growth and decline. *Developmental Psychology*, *23*, 611-626.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. y Staudinger, U. M. (1998). *Life span theory in developmental psychology*. En R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development* (pp. 1029-1143). NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Baltes, P. B., Reese, H.W. y Nesselroade, J. R. (1981). *Métodos de investigación en Psicología Evolutiva*. Madrid: Morata
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Baños, R. M. y Guillén, V. (2000). Psychometrics characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of de Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological Reports*, *87*, 269-274.
- Barrios, R. (2007). Los estados de ánimo en el deporte: Fundamentos para su evaluación. *Revista Digital/ www.efdeportes.com.*, *12*, 113
- Bauer, J. J. y McAdams, D. P. (2004). Personal growth in adults' stories of life transitions. *Journal of Personality*, *72*, 573-602.
- Bauer, J. J., McAdams, C. P. y Sakaedura, A. R. (2005). Interpreting the good life: growth memories in the lives of mature, happy people. *Journal of Personality & Social Psychology*, *88*, 203-217.
- Baum, A., Singer, J. E. y Baum, C. S. (1981). Stress and environment. *Journal of Social Issues*,

37, 4-30.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.

Bee, H. L. (1996). *The journey of adulthood*. NJ: Prentice Hall.

Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Ed. Masson.

Beltrán-Jaimes, J. O., Moreno-López, N. M., Polo-Díaz, J. y Elena, M. (2012). Memoria autobiográfica: un sistema funcionalmente definido. *International Journal of Psychological Research*, 5, 108-123.

Benedet, M. J., Martínez Arias, R. y Alejandre, M. A. (1998). Diferencias con la edad en el uso de estrategias, en el aprendizaje y en la retención. *Anales de Psicología*, 14, 139-156

Berjano, P. E. (2002). Percepción de los mayores ante sus problemas de salud. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*, 18, 12-130.

Beteta, H. E. y Moreno, B. J. C. (2014). *Cambio estructural y crecimiento en Centroamérica y la República Dominicana: Un balance de dos décadas, 1990-2011*. RD: CEPAL.

Bilbao, M. A., Páez, D., da Costa, S. y Martinez-Zelaya, G. (2013). Extreme life-changing events, impact on basic beliefs and poststress growth: why positive events reinforce eudaimonic wellbeing more strongly than negative events undermine it. *Terapia Psicológica*, 31, 127-139.

Billings, A. G. y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.

Birren, J. E. (1964). *The psychology of aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Birren, J. E. y Deutchman, D. E. (1991). *Guiding autobiography groups for older adults*:

- Exploring the fabric of life*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Birren, J. y Cochran, K. (2001). *Telling stories of life through guided autobiography groups*. Baltimore: Taylor & Francis US.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11, 230-241.
- Blazer, D. G. (2009). Depression in late life: Review and commentary. *Focus*, 7, 118-136.
- Block, J. H. y Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. En A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposia on child psychology* (pp. 39-101). NY: Psychology Press.
- Bluck, S. (2003). Autobiographical memory: Exploring its functions in everyday life. *Memory*, 11, 113-123.
- Bluck, S. y Alea, N. (2002). Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the autumn. J. D. Webster y B. K. Haight (Eds), *Critical advances in reminiscence work: From theory to application* (pp. 61-75). New York: Springer Publishing
- Bluck, S. y Habermas, T. (2000). The life story schema. *Motivation & Emotion*, 24, 121-147.
- Bluck, S. y Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: A catalyst for reminiscence theory development. *Ageing & Society*, 18, 185-208.
- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T. y Rubin, D. C. (2005). A tale of three functions: The self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition*, 23, 91-117.
- Bohlmeijer, E. T., Roemer, M., Cuijpers, P. y Smit, F. (2007). The effects of life-review on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11, 291-300.
- Bohlmeijer, E. T., Smit, F. y Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088-1094.
- **Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J. y de Jong, M. (2008). The effects of integrative

- reminiscence on meaning in life: Results of a quasi- experimental study. *Aging & Mental Health*, 12, 639-646.
- **Bohlmeijer, E., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S. y Van W, H. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Mental Health Journal*, 45, 476-484.
- Bouchard, G. V., Guillemette, A. y Landry Léger, N. (2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress. *European Journal of Personality*, 18, 221-238.
- Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G. A. (2013). *Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A clinician's guide*. New York: Guilford
- Bower, G. y Cohen, P. (2014). Emotional influences in memory and thinking: Data and theory. En S. Fiske y M. Clark (Eds.), *Affect and cognition* (pp. 291-331). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bowlby, J. (1992). Continuité et discontinuité: vulnérabilité et résilience. *Devenir*, 4, 7-31
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Oxford, England: Aldine.
- Branden, N. (1995). *The six pillars of self-esteem*. Bantam: Dell Publishing Group.
- Branden, N. (1998). *El arte de vivir conscientemente: vida cotidiana y autoconciencia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Brandtstadter, J. (1999). Sources of resilience in the aging self: Toward integrating perspectives. En T. M. Hess y F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social cognition and aging* (pp. 123-141). San Diego, CA: Academic Press.
- Brandtstadter, J. y Greve, W. (1992). The self in old age: Adaptive and protective mechanisms. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 24, 269-297.
- Brandtstädter, J. y Greve, W. (1994). Explaining the resilience of the aging self: Reply to Carstensen and Freund. *Developmental Review*, 14, 93-102.
- Brandtstädter, J. y Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of

- coping. *Psychology & Aging*, 5, 58-67.
- Brandtstädter, J. y Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.
- Brandtstadter, J., Wentura, D. y Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 323-349.
- Brennan, M. y Bally, S. J. (2007). Psychosocial adaptations to dual sensory loss in middle and late adulthood. *Trends in Amplification*, 11, 281-300.
- Brennan, P., Holland, J., Schutte, K. y Moos, R. (2012). Coping trajectories in later life: A 20-year predictive study. *Aging & Mental Health*, 16, 305-316.
- Brewer, W. F. (1986). What is autobiographical memory? En D. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 25-49). New York: Cambridge University Press.
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M. y Rose T. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontology*, 1, 37-43.
- Brooker, D. y Duce, L. (2000). Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health*, 4, 354-358.
- Brown, B., Mounts, N., Lamborn, S. y Steinberh, L. (1993). Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development*, 64, 467-482.
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84, 822-848.
- Bühler, C. (1935). The curve of life as studied in biographies. *Journal of Applied Psychology*, 43, 653-673.
- Burke, M. y Walsh, B. (1998). *Enfermería gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor*. Barcelona: Elsevier.
- Burnside, I. y Haight, B. K. (1992). Reminiscence and life review: Analyzing each concept. *Journal of Advanced Nursing* 17, 855-862.

- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Butler, R. N. (1980-1981). The life review: An unrecognized bonanza. *International Journal of Aging and Human Development*, 12, 35-38
- Butler, R. N. (1996). On behalf of older women. Another reason to protect Medicare and Medicaid. *The New England Journal of Medicine*, 334, 794-796.
- Butler, R. N. (2002). Butler reviews life review: Aging today. *Aging Today*, 21, 9-12
- Cabañero, M. M. J., Cabrero G. J., Richart M. M., Muñoz M. C. L. y Reig F. A. (2007). Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 1697-2600.
- Campos, M., Iraurgi, I., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes, un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Campos, M., Páez, D., Fernández, B. P., Igartua, J. J., Méndez, D., Ríos, V.,... y Tasado, C. (2005). Las actividades religiosas como formas de afrontamiento de hechos estresantes y traumáticos con referencia a las manifestaciones del 11-M. *Ansiedad y Estrés*, 10, 1-12.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Oxford, England: Basic Books.
- Cappeliez, P. (2002). Cognitive-reminiscence therapy for depressed older adults in day hospital and long-term care. En J. D. Webster y B. K. Haight (Eds.), *Critical advances in reminiscence work: From theory to application* (pp. 300-313). New York: Springer
- Cappeliez, P. y O'Rourke, N. (2002). Profiles of reminiscence among older adults: Perceived stress, life attitudes, and personality variables. *International Journal of Aging and Human Development*, 54, 255-266.
- Cappeliez, P. y O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 237-244.
- Cappeliez, P. y Robitaille, A. (2010). Coping mediates the relationships between

- reminiscence and psychological well-being among older adults. *Aging & Mental Health, 14*, 807-818.
- Cappeliez, P., Guindon, M. y Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies, 22*, 266-272.
- Cappeliez, P., O'Rourke, N. y Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging & Mental Health, 9*, 295-301.
- Cappeliez, P., Rivard, V. y Guindon, S. (2007). Functions of reminiscence in later life: proposition of a model and applications. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 57*, 151-156.
- Carrobbles, J. A. y Benavides, P. A. M. (2009). El estrés y la Psicología Positiva. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 363-374). Madrid: Pirámide.
- Carrobbles, J. A., Remor, E. y Rodríguez, A. L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema, 15*, 420-426.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology & Aging, 7*, 331-338.
- Carstensen, L. L. (1998). *A life-span approach to social motivation*. New York: Cambridge University Press.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H. y Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation & Emotion, 27*, 103-123.
- Carstensen, L. L., Gross, J. J. y Fung, H. H. (1997). The social context of emotional experience. En K. W. Schaie y M. P. Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on emotion and Adult Development* (Vol. 17, pp. 325-532). New York: Springer.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. y Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*, 165-181.
- Carver, C. S. y Connor, S. J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology, 61*, 679-704.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 267-

283.

- Casanova, S. P., Casanova-Carrillo, P. y Casanova-Carrillo, C. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 38, 469-472.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2007). *Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA)*. RD: ENDESA [Consultado 10 de diciembre 2015]. Disponible en: www.cesdem.com/html/encuesta_demografica_y_de_salud_2007.pdf
- CELADE (2003). *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas*. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2015). *República Dominicana: Perfil Nacional Socio-Demográfico*. [En línea]: CEPALSTAT. Base de datos y Publicaciones Estadística. [Consultado 14 de Noviembre 2015]. Disponible en: http://interwp.cepal.org/cepalstat/WEB_cepalstat/Perfil_nacional_social.asp?Pais=DOM&idioma=e
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012). *Panorama Social de América Latina, 2011* (LC/G.2514-P) Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta S.12.11.G.6.
- Cerquera A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7, 271- 281.
- **Chao, S. Y., Liu, H. Y., Wu, C. Y., Jin, S. F., Chu, T. L., Huang, T. S. y Clark, M. J. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *Journal of Nursing Research*, 14, 36-45.
- Charles, S. T. y Carstensen, L. L. (2009). Socioemotional selectivity theory. *Encyclopedia of Human Relationships*, 1578-1581.
- Chatters, L. M., Taylor, R. J., Jackson, J. S. y Lincoln, K. D. (2008). Religious coping among African Americans, Caribbean Blacks and Non-Hispanic Whites. *Journal of Community Psychology*, 36, 371-386.

- Chaudhury, H. (1999). Self and reminiscence of place: a conceptual study. *Journal of Aging and Identity, 4*, 231-253.
- **Chen, T. J., Li, H. J. y Li, J. (2012). The effects of reminiscence therapy on depressive symptoms of Chinese elderly: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 12*, 189.
- Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, CH., Chiou, H. Y. y Chou, K. R. (2009). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*, 380-388.
- Chiang, K., Lu, R., Chu, H., Chang, Y. y Chou, K. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 7-10.
- Chin, A. M. H. (2007). Clinical effects of reminiscence therapy in older adults: A meta-analysis of controlled trials. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 17*, 10-22.
- **Chueh, K. H. y Chang, T. Y. (2014). Effectiveness of group reminiscence therapy for depressive symptoms in male veterans: 6-month follow-up. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*, 377-383.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Clark, R. (2004). *Religiousness, Spirituality, and IQ: Are They Linked?* Explorations: An Undergraduate Research Journal. Extraído el 12 de abril del 2007 de: <http://undergraduatestudies.ucdavis.edu/explorations/2004/clark.pdf>
- Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D. y Rosenthal, C. J. (2000). Well-being in Canadian seniors: Findings from the Canadian study of health and aging. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillissement, 19*, 139-159.
- Cohen, G. (1998). The effects of aging on autobiographical memory. En C. P. Thompson, D. J. Herrmann, D. Bruce, J. D. Read y D. G. Payne (Eds.), *Autobiographical Memory: Theoretical & Applied Perspectives* (pp. 105-123). NY: Psychology Press.

- Coleman, P. G. (1974). Measuring reminiscence characteristics from conversation as adaptive features of old age. *International Journal of Aging and Human Development* 5, 281-294.
- Coleman, P. G. (1986). *Aging and reminiscence processes: Social and clinical implications*. Oxford, England: Wiley.
- Coleman, P. G. (2005). Uses of reminiscence: Functions and benefits. *Aging & Mental Health*, 9, 291-294.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. y Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- CONAPOFA (Consejo Nacional de Población y Familia) (2006). *Estimaciones y proyecciones de la población dominicana mayores de 18 años por sexo, zona*. Santo Domingo: CONAPOFA.
- Conway, M. A. (1992). A structural model of autobiographical memory. En M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler y W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 167-194). Netherlands: The Netherlands Kluwer Academic Publishers.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory & Language*, 53, 594-628.
- Conway, M. A. y Pleydell, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288
- Conway, M. A., Singer, J. A. y Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: Correspondence and coherence. *Social Cognition*, 22, 491-529.
- Cook, V. J. (1991). The poverty-of-the-stimulus argument and multi-competence. *Second Language Research*, 7, 103-117.
- Cordero, S. C., García M., G., Flores, M., M., Báez, H., F. J., Torres, R., A. y Zenteno, L. M. A. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural. *European Journal of Investigation in Health, Psychology & Education*, 3, 321-327.

- Cornachione, M. A. (2008). *Vejez: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba: Brujas.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII, 83-96.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J. y Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943-1957.
- Cully, J. A., LaVoie, D. y Gfeller, J. D. (2001). Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults. *The Gerontologist*, 41, 89-95.
- Damián, J., Pastor-Barriuso, R. y Valderrama-Gama, E. (2010). Descriptive epidemiology of undetected depression in institutionalized older people. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11, 312-319.
- Davies, C. A., DiLillo, D. y Martínez, I. G. (2004). Isolating adult psychological correlates of witnessing parental violence: findings from a predominantly Latin sample. *Journal of Family Violence*, 6, 369-378.
- Davis, C. G., Wortman, C. B. y Lehman, D. R. (2000). Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24, 497-540.
- De Ridder, D. y Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 21, 205-240.
- Del Rosario, P. J., Morrobel, J. y Martínez, C. (2009). *Crisis y pobreza rural en América Latina: El caso de República Dominicana* No. 042, 1-21. RD: Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural.
- Demers, L., Robichaud, L., Gélinas, I., Noreau, L. y Desrosiers, J. (2009). Coping strategies and social participation in older adults. *Gerontology*, 55, 233-239.
- Depp, C. A. y Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.

- Díaz, D., Rodríguez C., R., Blanco, A., Moreno, J., B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Díaz, J. F. y Sánchez, M. P. (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de Psicología*, 17, 151-158.
- Diehl, M., Coyle, N. y Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology & Aging*, 11, 127-139.
- Diener, E. (1994). El Bienestar Subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Suh, E. y Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Disch, R. (1988). The young, the old, and the life review: Report on a Brookdale project. *Journal of Gerontological Social Work*, 12, 125-135.
- Dulcey-Ruiz, E. y Valdivieso, C. (2002). Psicología del Ciclo Vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 17-27.
- Durán, M., Extremera, N., Montalbán, F. y Rey, L. (2005). Engagement y burnout en el ámbito docente: Análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una muestra de profesores, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12, 145-158.
- D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. (1982). Social problem solving. En P. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (pp. 201-274). New York: Academic Press.
- Erikson, E. H. (1970). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Erikson, E. H. (1982). *El ciclo vital completado* (1982). Barcelona: Paidós.
- Fernández J. y García, A. (1994), Redes de Apoyo Social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6, 39-47.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R., García, L. F., Abarca, D., Blanc, E., Efklides, A., Moraitou, D., ... y Patricia, S. (2010). The concept of 'ageing well' in ten Latin American and European countries. *Ageing & Society*, 30, 41-56.

Fernández-Mayoralas, G., Rojo, F., Abellán, A. y Rodríguez, V. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 43-46.

Fivush, R. (1988). The functions of event memory: Some comments on Nelson and Barsalou. En U. Neisser y E. Winograd (Eds), *Remembering reconsidered: Ecological and traditional approaches to the study of memory* (pp. 277-282). New York, Cambridge University Press.

Fivush, R. (2011). The development of autobiographical memory. *Annual Review of Psychology*, 62, 559-582.

Fivush, R. y Haden, C. A. (2003). *Autobiographical memory and the construction of a narrative self: Developmental and cultural perspectives*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fivush, R., Habermas, T., Waters, T. E. y Zaman, W. (2011). The making of autobiographical memory: Intersections of culture, narratives and identity. *International Journal of Psychology*, 46, 321-345.

FMI (Fondo Monetario Internacional) (2015). *Perspectivas de la Economía Mundial: Ajustándose a precios más bajos para las materias primas*. Consultado 8 de diciembre del 2015 <https://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/weo/2015/02/pdf/texts.pdf>

Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S. y Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology & Aging*, 2, 171-184.

Folsom, J. C. (1968). Reality Orientation for elderly mental patient. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 291-307.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. y Fanjiang, G. (2001). *Mini-Mental State*

- Examination: User's Guide*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). "Mini Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E. y Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84, 365-376.
- Freixas, A. (2001). Nos envejecen las ideas, no el cuerpo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11, 164-168.
- Friedman, H. S. y DiMatteo, M. R. (1989). *Health psychology*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Fröjd, K., Håkansson, A. Karisson, I. y Molarius, A. (2003). Deceased, disabled or depressed: a population-based 6-year follow-up study of elderly people with depression. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 557-562.
- Fry, P. S. (1993). Mediators of depression in community-based elders. En P. Cappeliez y R. Flynn (Eds.), *Depression and the social environment. Research and interventions with neglected populations* (pp. 369-394). Montreal. McGill-Queen's University Press.
- Fry, P. S. y Debats, D. L. (2010). Sources of human life-strengths, resilience, and health. En P. S. Fry y C. L. Keyes (Eds.), *New frontiers in resilient aging: Life-strengths and well-being in late life* (pp. 15-59). Cambridge: University Press.
- Frydenberg, E. (1994). Adolescent concerns: The concomitants of coping. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 4, 1-11.
- Fuentes, A. y Desrocher, M. (2012). Autobiographical memory in emerging adulthood: Relationship with self-concept clarity. *Journal of Adult Development*, 19, 28-39.
- **Gaggioli, A., Morganti, L., Bonfiglio, S., Scaratti, C., Cipresso, P., Serino, S. y Riva, G. (2014). Intergenerational group reminiscence: A potentially effective intervention to enhance elderly psychosocial wellbeing and to improve children's perception of aging. *Educational Gerontology*, 40, 486-498.

- Galatzer-Levy, I. R. y Bonanno, G. A. (2014). Optimism and death predicting the course and consequences of depression trajectories in response to heart attack. *Psychological Science, 25*, 2177-2188.
- **Gao J., Feng H. y He. G. P. (2011). Reminiscence therapy on depressive symptoms and life satisfaction in community elderly persons. *Chinese Journal of Gerontology, 3*, 386-388.
- García, M. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: Un análisis conceptual. *Revista Digital, 8*, 652-660.
- Gatz, M. y Hunwicz, M.L. (1990). Are old people more depressed? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale factors. *Psychology & Aging, 5*, 284-290.
- George, I. (1981). Subjective well-being. Conceptual and methodological issues. En C. Eisdorfer (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 345-382). New York: Springer.
- George, I. K. y Clipp, E. C. (1991). Subjective components of aging well. *Generations, 15*, 57-60.
- Gibson, F. (1998). *Reminiscence and recall: A guide to good practice*. London: Age Concern Books.
- Gibson, F. (2000). *The Reminiscence Trainer's Pack*. UK, London: Age Concern.
- Gibson, F. (2004). *The past in the present: Using reminiscence in health and social care*. Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Gibson, F. (2011). *Reminiscence and life story work: A practice guide*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Gignac, M. A., Backman, C. L., Davis, A. M., Lacaille, D., Cao, X. y Badley, E. M. (2013). Social role participation and the life course in healthy adults and individuals with osteoarthritis: Are we overlooking the impact on the middle-aged? *Social Science & Medicine, 81*, 87-93.
- Glass, D. C. y Carver, C. S. (1980). Helplessness and the coronary-prone personality. En J.

- Garber y M. E. Seligman (Eds.), *Human helplessness: theory and applications* (pp. 223-243). NY: Academic Press.
- Glatzel, J. (1983). *Depresiones endógenas*. Barcelona: Doyma.
- Gold, D., Andres, D., Arbuckle, T. y Schwartzman, A. (1988). Measurement and correlates of verbosity in elderly people. *Journal of Gerontology*, 43, 27-33.
- Goldstein, M. (1987). Poetry: A tool to induce reminiscing and creativity with geriatrics. *American Journal of Social Psychiatry*, 7, 117-121.
- González R. M. T. y Landero, H. R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 189-198.
- González, A. H. y Sosa, O. A. (1999). Depresión en el anciano. *Gerontología y Geriatria*, 18, 2
- **González, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A. y Meléndez, J. C. (2015). Reminiscence and dementia: A therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, 10, 1731-1737.
- González, M. A. (1988). Características técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de depresión: Estudio piloto para la adaptación y baremación de la GDS y el BDI a la población geriátrica española. *Geriátrika*, 4, 59-66.
- González, M. T. (1999). Algo sobre la autoestima: Qué es y cómo se explica. *Aula*, 11, 217-232.
- Graaff, J. D. V. (1967). *Teoría de la economía del bienestar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Greve, W. y Staudinger, U. M. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and Potentials for successful aging. En D. Cicchetti y A. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (pp. 796-840). New York: Wiley.
- Gusdorf, G. (1991). Condiciones y límites de la autobiografía. *Anthropos: Boletín de información y documentación*, 9-18.
- Gutiérrez, M., Serra, E. y Zacarés J. J. (2006). *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la Psicología del Desarrollo*. Valencia: Promolibro

- Gutmann, D. L. (1974). The country of old men: Cross-cultural studies in the psychology of later life. En R. L. Levine (Ed), *Culture and personality: Contemporary readings* (pp. 95-121). Chicago: Aldine.
- Haber, D. (2006). Life review: Implementation, theory, research, and therapy. *International Journal of Aging & Human Development*, 63, 153-171.
- Habermas, T. (2011). Autobiographical reasoning: Arguing and narrating from a biographical perspective. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2011, 1-17.
- Habermas, T. y Bluck, S. (2000). Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126, 748-769.
- Haight, B. K. (1988). The therapeutic role of structured life review process in homebound elderly subjects. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43, 40-44.
- Haight, B. K. (1991). Reminiscing: The state of the art as a basis for practice. *International Journal of Aging & Human Development*, 33, 1-32.
- Haight, B. K. y Burnside, I. (1993). Reminiscence and life review: Explain the differences. *Archives of Psychiatry Nursing*, 7, 91-98.
- Haight, B. K. y Dias, J. K. (1992). Examining key variables in selected reminiscing modalities. *International Psychogeriatrics*, 4, 279-290.
- Haight, B. K. y Webster, J. D. (1995). *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications*. Washington: Taylor & Francis.
- Haight, R. G., Revelle, C. S. y Snyder, S. A. (2000). An integer optimization approach to a probabilistic reserve site selection problem. *Operations Research*, 48, 697-708.
- Hallford, D. J., Mellor, D. y Cummins, R. A. (2013). Adaptive autobiographical memory in younger and older adults: The indirect association of integrative and instrumental reminiscence with depressive symptoms. *Memory*, 2, 444-457.
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabucky, K. M., Steele, D., Matheny, K. B. y Aysan, F. (2001). Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Experimental Aging Research*, 27, 181-196.
- Harris, B. (2010). Spiritual well-being in long-term survivors with chronic graft-versus-host

- disease after hematopoietic stem cell transplantation. *The Journal of Supportive Oncology*, 8, 119-125.
- Havighurst, R. J. y Glasser, R. (1972). An exploratory study of reminiscence. *Journal of Gerontology*, 27, 245-253.
- Havighurst, R. J., Neugarten, B. L. y Tobin, S. S. (1964). *Disengagement, personality and life satisfaction in the later years*. Chicago: University of Chicago.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heckhausen, J. (2001). *Adaptation and resilience in midlife*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Heckhausen, J. E. y Dweck, C. S. (1998). *Motivation and self-regulation across the life span*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heckhausen, J. y Schulz, R. (1995). A life-course theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Heckhausen, J., Wrosch, C. y Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, 117, 32-60.
- Hernández, C., López-Fernández, V. y Ortiz-Alonso, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 61-67.
- Hinrichsen, G. A. y Zweig, R. (1994). Family issues in late-life depression. *Journal of Long Term Home Health Care: The PRIDE Institute Journal*, 13, 4-15.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hooker, K. y McAdams, D. P. (2003). Personality reconsidered: A new agenda for aging research. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58, 296-304.
- **Hsieh, C. J., Chang, C., Su, S. F., Hsiao, Y. L., Shih, Y. W., Han, W. H. y Lin, C. C. (2010). Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 2, 72-

78.

Hsieh, H. F. y Wang, J. J. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 335-345.

**Hsu, Y. C. y Wang, J. J. (2009). Physical, affective, and behavioral effects of group reminiscence on depressed institutionalized elders in Taiwan. *Nursing Research*, 58, 294-299.

**Huang, S. L., Li, C. M., Yang, C. Y. y Chen, J. J. J. (2009). Application of reminiscence treatment on older people with dementia: A case study in Pingtung, Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 17, 112-119.

Inga, J. y Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida en adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5, 475-485.

Izal, M. y Montorio, I. (1993). Adaptation of the Geriatric Depression Scale: A preliminary study. *Clinical Gerontologist*, 13, 83-91.

Izal, M. y Montorio, I. (1996). Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Revista de Gerontología*, 6, 329-337.

Jackson, S. W. (1985). Acedía the sin and its relationship to sorrow and melancholia. En A. Kleinman y B. Good (Eds.), *Culture and depression* (pp. 43-62). Berkeley, CA: University of California Press.

Jean, L., Bergeron, M. E., Thivierge, S. y Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: Systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 281-296.

Jetten, J., Haslam, C., Pugliese, C., Tonks, J. y Haslam, S. A. (2010). Declining autobiographical memory and the loss of identity: Effects on well-being. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32, 408-416.

Joiner, T. E., Catanzaro, S. J. y Laurent, J. (1996). Tripartite structure of positive and negative affect, depression, and anxiety in child and adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 401-409.

- June, A., Segal, D., Klebe, K. y Coolidge, F. (2008). Targeting family support and religiousness to increase resilience among older adults. *The Gerontologist*, 48, 131.
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. London: Kegan Paul.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1999). Indra's net at work: The mainstreaming of Dharma practice in society. En G. Watson, S. Batchelor, G. Claxton (Eds.), *The psychology of awakening: Buddhism, science and our day-to-day lives* (pp 226-249). London: Rider.
- Kabat-Zinn, J. (2014). Meditation is not for the faint-hearted. *Mindfulness*, 5, 341-344.
- Kalish, R. (1991). *La vejez: Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- **Karimi, H., Dolatshahee, B., Momeni, K., Khodabakhshi, A., Rezaei, M. y Kamrani, A. A. (2010). Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: An empirical study. *Aging & Mental Health*, 14, 881-887.
- Katz, I. R. y Alexopoulos, G. (1996). Consensus update conference: Diagnosis and treatment of depression in late life. *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 101-108.
- Kennedy, G. J. y Tanenbaum, S. (2000). Psychotherapy with older adults. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 386-407.
- Keyes, C. L. M. y López, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Dirs.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). Londres: Oxford University Press.
- Keyes, C., Shmotkin, D. y Ryff, C. (2002) Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- **Kim, K. B., Yun, J. H. y Sok, S. R. (2006). Effects of individual reminiscence therapy on older adults' depression, morale and quality of life. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 36, 813-820.
- Knox A. B. (1977). *Adult development and learning*. San Francisco: Jossey Bass.
- Koenig, H. (2001). *The healing power of faith*. New York: Touchstone.

- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J. y Pot, A. M. (2011). Reminiscence and adaptation to critical life events in older adults with mild to moderate depressive symptoms. *Aging & Mental Health, 15*, 638-646.
- Korte, J., Cappeliez, P., Bohlmeijer, E. T. y Westerhof, G. J. (2012). Meaning in life and mastery mediate the relationship of negative reminiscence with psychological distress among older adults with mild to moderate depressive symptoms. *European Journal of Ageing, 9*, 343-351.
- Kovach, C. (1991). Reminiscence: Exploring the origins, processes, and consequences. *Nursing Forum, 26*, 14-20.
- Labouvie-Vief, G. y Diehl, M. (2000). Cognitive complexity and maturity of coping. *Psychology of Aging, 15*, 490-504.
- LaChapelle, D. L. y Hadjistavropoulos, T. (2005). Age-related differences in coping with pain: Evaluation of a developmental life-context model. *Canadian Journal of Behavioural Science, 37*, 123-137.
- Lamond, A., Depp, C., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J.,... y Jeste, D. (2008). Measurement and predictors of resilience among community dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research, 43*, 148-154
- Lane, A. M. y Terry, P. C. (2000). The nature of mood: Development of a conceptual model with a focus on depression. *Journal of Applied Sport Psychology, 12*, 16-33.
- Latorre, J. M. (2003). Memoria autobiográfica y depresión en la vejez: entrenamiento en el recuerdo de acontecimientos positivos en ancianos con sintomatología depresiva. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº13.
- Lawson, E. y Thomas, C. (2007). Wading in the waters: Spirituality and older black Katrina Survivors. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved, 18*, 341-354.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. En W. D. Gentry (Ed.), *The*

- handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). Nueva York: Guilford.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. y DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, *38*, 245-254.
- L'Ecuyer R. (1988). L'evolution de l'estime de soi chez les personnes agees de 60 a 100 ans. (The evolution of selfesteem in people 60-100 yrs old). *Revue Quebecoise de Psychologie*, *9*, 108-127.
- Lehr, U. M. (1982). Social psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, *3*, 102-147.
- Levasseur, M., Tribble, D. S. C. y Desrosiers, J. (2009). Meaning of quality of life for older adults: importance of human functioning components. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, *49*, 91-100.
- Levine, B., Svoboda, E., Hay, J. F., Winocur, G. y Moscovitch, M. (2002). Ageing and autobiographical memory: Dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychology and Ageing*, *7*, 677-689.
- Lewis, M. I. y Butler, R. N. (1974). Life-review therapy. Putting memories to work in individual and group psychotherapy. *Geriatrics*, *29*, 165-173.
- Lieberman, M. A. y Tobin, S. S. (1983). *The experience of old age: Stress, coping and survival*. New York: Basic Books
- Limonero, J. T., Tomás, S. J., Fernández, C. J., Gómez, R. M. J. y Ardilla, H. A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *20*, 183-196.
- Lippmann, W. (1922). *Public opinion*. New York: Harcourt Brace.
- **Liu, S. J., Lin, C. J., Chen, Y. M. y Huang, X. Y. (2007). The effects of reminiscence group therapy on self-esteem, depression, loneliness and life satisfaction of elderly people living alone. *Mid-Taiwan Journal of Medicine*, *12*, 133-142.

- Llibre Rodríguez, J. y Gutiérrez Herrera, R. F. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 378-387.
- Lobo, A., Saz, P. y Marcos, G. (2002). *Adaptación del Examen Cognoscitivo Mini-Metal*. Madrid: Tea Ediciones.
- Lobo, A., Ventura, T. y Marco, C. (1990). Psychiatric morbidity among residents in a home for the elderly in Spain: Prevalence of disorder and validity of screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 83-91.
- Löffler, C., Kaduszkiewicz, H., Stolzenbach, C. O., Streich, W., Fuchs, A., van den Busche, H.,... y Altiner, A. (2012). Coping with multimorbidity in old age: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 13, 45.
- LoGerfo, M. L. (1980-1981). Three ways of reminiscence in theory and practice. *International Journal of Aging & Human Development*, 12, 39-48.
- López-Pousa, S., Serra-Mestres, J., Lozano-Gallego, M., Tron-Estrada, A., Vilalta-Franch, J., Garre-Olmo, J.,... y Pujol-Gómez, C. (2000). Programa integral de atención psicogeriatría. *Revista Neurológica*, 30, 1181-7.
- Lowenthal, M. F., Thurnher, M. y Chiriboga D. (1975). *Four stages of life: A comparative study of women and men facing transitions*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Lucero, R. y Casali, G. (2006). Trastornos afectivos en el adulto Mayor. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 70, 151-166.
- Luszczynska, A., Gibbons, F., Piko, B. y Tekozel, M. (2004). Self regulatory cognitions, social comparison, perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology & Health*, 19, 577-593.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 739-795). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2003). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.

- Luthar, S. S. y Cushing, G. (1999). Neighborhood influences and child development: A prospective study of substance abusers' offspring. *Development and Psychopathology*, 11, 763-784.
- Magee, J. J. (1988). *A professional's guide to older adults' life review: Releasing the peace within*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Markus, H. R. y Herzog, A. R. (1991). The role of the self-concept in aging. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 11, 110-143.
- Markus, H. y Kunda, Z. (1986). Stability and malleability of the self-concept. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51, 858-866.
- Marrero Quevedo, R. J. y Carballeira Abella, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33, 39-46.
- Martin, A. J., Núñez J. L., Navarro J. G. y Grijalvo F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- Martin, P., Kliegel, M., Rott, C., Poon, L. W. y Johnson, M. A. (2008). Age differences and changes of coping behavior in three age groups: Findings from the Georgia Centenarian Study. *International Journal of Aging and Human Development*, 66, 97-114.
- Martinelli, P., Anssens, A., Sperduti, M. y Piolino, P. (2013). *The influence of normal aging and Alzheimer's disease in autobiographical memory highly related to the self*. *Neuropsychology*, 27, 69.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís, M. C., Dueñas, H. R., Albert, C. C., Aguado, T. C. y Luque, L. R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 12, 620-630.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: van Nostrand.
- Matad, M. (2004). Autoestima en la mujer: Un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana, Fundación Para el Avance de la Psicología en la Salud*.

22, 119-140.

Mather, M. y Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 496-502.

McAdams, D. P. (2003). Identity and the life story. En Fivush, R. y Haden, C. A. (Eds), *Autobiographical memory and the construction of a narrative self: Developmental and cultural perspectives* (pp. 187-207). Mahwah, NJ: Erlbaum.

McAdams, D. P. y Logan, R. L. (2004). What is generativity? En E. de St. Aubin, D. P. McAdams y T. C. Kim (EDS.), *The generative society: Caring for future generations*, (pp. 15-31). Washington, DC, US: American Psychological Association.

McAdams, D. P. y Pals, J. L. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61, 204-217.

McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. H. y Bowman, P. J. (2001). When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative and their relation to psychosocial adaptation in midlife adults and in students. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 27, 474-485.

McCrae, R. R. (1982). Age differences in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology*, 37, 454-560.

McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1989). The structure of interpersonal traits: Wiggins's circumplex and the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 586-595.

McCullough, M. E., Orsulak, P., Brandon, A. y Akers, L. (2007). Rumination, fear, and cortisol: An in vivo study of interpersonal transgressions. *Health Psychology*, 26, 126-127.

McLean, K. C., Pasupathi, M. y Pals, J. L. (2007). Selves creating stories creating selves: A process model of self-development. *Personality & Social Psychology Review*, 11, 262-278.

McMahon, A. W. y Rhudick P. J. (1964). Reminiscing: Adaptational significance in the aged. *Archives of General Psychiatry*, 10, 292-298.

**Meléndez, J. C., Charco, L., Mayordomo, T. y Sales, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25, 319-323.

- **Meléndez, J. C., Fortuna T. F. B., Sales, A. y Mayordomo, T. (2015). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology, 10*, 240-247.
- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P. y Tomás, J. M. (2012). Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology, 15*, 1089-1098.
- Meléndez, J. C., Navarro, E., Oliver, A. y Tomás, J. M. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología, 95*, 29-42.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México, 49*, 408-416.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 43*, 90-95.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología, 27*, 164-169.
- Meyer, A. (1951). The life chart and the obligation of specifying positive data in psychopathological diagnosis. En E. E. Winters (Ed.), *The collected papers of Adolf Meyer* (pp. 52-56). Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Moberg, G. P. (2000). Biological response to stress: implications for animal welfare. En G. P. Moberg y J. A. Mench (Eds.), *The biology of animal stress: Basic principles and implications for animal welfare* (pp. 1-21). NY: CABI Publishing.
- Molina, C. y Meléndez, J. C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Revista Iberoamericana de Gerontología y Geriatría, 22*, 97-105.
- Molina, C., Meléndez, J. C. y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología, 24*, 312-319.
- Monforte, J. A., Fernández, C., Díez, J., Toranzo, I., Alonso, M. M. y Franco, M.A. (1998). Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 33*, 13-20.
- Moos, R. H. y Billing, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and

- process. En C. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). NY: Free Press.
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Morganti, J. B., Nehrke, M. F., Hulicka, I. M. y Cataldo, J. F. (1988). Life-span differences in life satisfaction, self-concept, and locus of control. *The International Journal of Aging & Human Development*, 26, 45-56.
- Morillo, P. A. (2009). *Evolución y Determinantes de la Pobreza Monetaria en la República Dominicana, 2000-2009*. Santo Domingo: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo.
- Morillo, P. A. (2012). *Evolución, determinantes agregados y dimensión espacial de la pobreza monetaria en la República Dominicana. 2006-2011". Unidad Asesora de Análisis Económico y Social. Texto de discusión No. 20*. Santo Domingo: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo.
- Morling, B. y Evered, S. (2006). Secondary control reviewed and defined. *Psychological Bulletin*, 132, 269-296.
- Moser, G. y Uzzell, D. (2003). Environmental psychology. En T. Millon y M. Lerner (Eds.), *Handbook of psychology: Personality and social psychology* (pp. 419-446). New Jersey: Wiley.
- Murrell, S. A., Himmelfarb, S. y Wright, K. (1983). Prevalence of depression and its correlates in older adults. *American Journal of Epidemiology*, 117, 173-185.
- Musitu, G. y Roman, J. M. (1982). Autoconcepto: Una introducción a esta variables intermediaria. *Universitas Tarraconensis*, 4, 51-70.
- Naciones Unidas. División de Población (2009). *Population and Development: Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development (ST/ESA/SER.A/149)*. New York: ONU.
- Navarro, E., Meléndez, J. C. y Tomás, J. M. (2008). Relaciones entre variables físicas y de

- bienestar en la calidad de vida de las personas mayores. *Gerokomos*, 19, 17-21.
- **Nawate, Y., Kaneko, F., Hanaoka, H. y Okamura, H. (2007). Efficacy of group reminiscence therapy for elderly dementia patients residing at home: A preliminary report. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 26, 57-68.
- Neff, K. D. y Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
- Neisser, U. (1978). Anticipations, images, and introspection. *Cognition*, 6, 169-174.
- Neisser, U. y Winograd, E. (1995). *Remembering reconsidered: Ecological and traditional approaches to the study of memory*. Cambridge: University Press.
- Nesselroade, J. y Baltes, P. (1981). *Métodos de investigación en psicología evolutiva: Enfoque del Ciclo Vital*. España: Morata.
- Neugarten, B. L. (1968). *Middle age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L. y Havighurst, R. J. (1977). *Extending the human life span: Social policy and social ethics*. Chicago: University of Chicago, Committee on Human Development.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. y Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., Tobin, S. S. y Neugarten, D. A. (1996). The measurement of life satisfaction. The meanings of age. En D. A. Neugarten (Ed.), *Selected papers of Bernice L. Neugarten* (pp. 296-323). Chicago: University of Chicago.
- Neugarten, B. L., Moore, J. W. y Lowe, J. C. (1965). Age norms, age constraints, and adult socialization. *American Journal of Sociology*, 70, 710-717.
- Nezlek, J. y Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, 76, 561-579.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in

- depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S. y Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51, 704-708.
- Nolen-Hoeksema, S. y Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 801-814.
- **Nomura, N. y Hashimoto, T. (2006). Group reminiscence therapy for Japanese elderly community. *Shinrigaku Kenkyu: The Japanese Journal of Psychology*, 77, 32-39.
- Oficina Nacional de Estadísticas (2007). *República Dominicana en cifras*. Santo Domingo: ONE.
- O'Rourke, N., Cappeliez, P. y Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging & Mental Health*, 15, 272-281.
- Oishi, S., Diener, E., Suh, E. y Lucas, R. E. (1999). Value as a moderator in subjective well-being. *Journal of Personality*, 67, 157-184.
- Okada, T. y Nagai, T. (1990). Self-esteem and anthropobic-tendency in adolescents. *Japan Journal of Psychology*, 60, 386-389.
- **Okumura, Y., Tanimukai, S. y Asada, T. (2008). Effects of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia: A comparison with everyday conversation approaches. *Psychogeriatrics*, 8, 124-133.
- Olazarán, J. y Clare, L. (2006). On behalf of the Nonpharmacological Therapies Project. Non-pharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Alzheimer & Dementia*, 2, 528.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., ...y Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178.
- ONE (2013). *División Territorial 2012*. Santo Domingo, República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística.

- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L. y Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality & Social Psychology*, *91*, 730-749.
- Orgambídez, A. y Mendoza, M. I. (2006). Bienestar subjetivo en prejubilados de Andalucía occidental. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *41*, 270-276.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Comunicado de prensa 9915, 30 de junio de 1999*. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa.
- Páez, F., Jiménez, A., López, A., Raul Ariza, J. P., Ortega Soto, H. y Nicolini, H. (2013). Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental*, *19*, 10-12.
- Pan, J. y Chan, C. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia*, *50*, 164-176.
- Park, N., Peterson, C. y Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and well-being: A closer look at hope and modesty. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23*, 628-634.
- Pasupathi, M. y Carstensen, L. L. (2003). Age and emotional experience during mutual reminiscing. *Psychology & Aging*, *18*, 430-442.
- Pasupathi, M., Weeks, T. y Rice, C. (2006). Reflecting on life: Remembering as a major process in adult development. *Journal of Language & Social Psychology* *25*, 244-263.
- Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health & Social Behavior*, *19*, 2-21.
- Pearlin, L. I. y Skaff, M. M. (1995). Stressors in adaptation in late life. En M. Gatz (Ed.), *Emerging issues in mental health and aging* (pp. 97-123). Washington: American Psychological Association.
- Peel, N. M., McClure, R. J. y Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine*, *28*, 298-304.
- Peña, C. J. (1999). *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Definición, descripción, guías de intervención y consejos*. Barcelona:

Fundación la Caixa.

- Penley, J. A., Tomaka, J. y Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine, 25*, 551-603.
- Pennebaker, J. W. (2003). The social, linguistic, and health consequences of emotional disclosure. En J. Suls y K. A. Wallston (Eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness* (pp. 288-313). Carlton, Victoria: Blackwell Publishing.
- Penninx, B. W., Leveille, S., Ferrucci, L., van Eijk, J. T. y Guralnik, J. M. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *The American Journal of Public Health, 89*, 1346-1352
- Peralta, A. A. C., Besio, C. B. V., Rubio, Y. M., Atabes, L. R. y Salinas, J. V. (2010). Efecto de un programa de psicología positiva e inteligencia emocional sobre la satisfacción laboral y vital. *Salud y Sociedad, 1*, 101-112.
- Pereyra, A. R. (2013). *Situación del adulto mayor en República Dominicana*. Centro internacional de longevidad. República Dominicana. R.D.
- Pérez Blasco, J. (2008). *Aprender grandes cambios vitales*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Pérez-Blasco, J. P. y Seguí, P. V. (1997). *Transiciones evolutivas: claves para la intervención*. Valencia: Promolibro.
- Pérez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C. y Mayordomo, T. (2016). The Effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clinical Gerontologist, 39*, 90-103.
- Petersen, C. S. M. (2008). La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. *Hologramática, 8*, 103-120.
- Petersen, R. C., Aisen, P. S., Beckett, L. A., Donohue, M. C., Gamst, A. C., Harvey, D. J., ... y Trojanowski, J. Q. (2010). Alzheimer's disease Neuroimaging Initiative (ADNI) clinical characterization. *Neurology, 74*, 201-209.

- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Pfeiffer, E. (1977). Psychopathology and social pathology. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 650-655). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Pillemer, D. B. (1992). Remembering personal circumstances: A functional analysis. En E. Winograd y N. Ulric (Eds.), *Affect and accuracy in recall: Studies of "flashbulb" memories* (pp. 236-264). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Pillemer, D. B. (2003). Directive functions of autobiographical memory: The guiding power of the specific episode. *Memory*, 11, 193-202.
- Pinquart, M. y Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes. A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16, 541-558
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2001). Gender differences in self concept and psychological well being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 56, 195-216.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R. y Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults. A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11, 645-657.
- Piolino, P., Desgranges, B. y Eustache, F. (2009). Episodic autobiographical memory over the course of time: Cognitive; neuropsychological and neuroimaging findings. *Neuropsychologia*, 47, 2314-29.
- Piolino, P., Desgranges, B., Benali, K., y Eustache, F. (2002). *Episodic and semantic remote autobiographical memory in ageing*. *Memory*, 10, 239-257.
- **Pishvaei, M., Moghanloo, R. A. y Moghanloo, V. A. (2015). The efficacy of treatment reminders of life with emphasis on integrative reminiscence on self-esteem and anxiety in widowed old men. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10, 19-24.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2010). *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010: actuar sobre el futuro, romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad*. San José: Santillana.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2013). *Informe sobre Desarrollo*

- Humano 2013: El Ascenso del Sur: Progreso humano en un Mundo Diverso*. Nueva York, NY: PNUD.
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *ANS Advances in Nursing Science, 19*, 1-13.
- **Pot, A. M., Bohlmeijer, E. T., Onrust, S., Melenhorst, A. S., Veerbeek, M. y De Vries, W. (2010). The impact of life review on depression in older adults: A randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics, 22*, 572-581.
- Pressey, S. L. y Simcoe, E. (1950). Case study comparisons of successful and problem old people. *Journal of Gerontology, 5*, 168-175.
- Puig Alemán, A. (2001). *Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP). Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados*. Madrid, España: Editorial CCS.
- Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico, 9*, 69-82.
- Ramírez, M. T. G. y Hernández, R. L. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 12*, 189-198.
- Ramos, J. A., Montejo, M. L., Lafuente, R., Ponce de León, C. y Moreno, A. (1991). Validación de la escala de criba geriátrica para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 19*, 174-177.
- Randall, W. L. y Kenyon, G. M. (2001). *Ordinary wisdom: Biographical aging and the journey of life*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Ranzijn, R. (2002). The potential of older adults to enhance community quality of life: Links between positive psychology and productive aging. *Ageing International, 27*, 30-55.
- Rasmussen, A. S. y Berntsen, D. (2009). Emotional valence and the functions of autobiographical memories: Positive and negative memories serve different functions. *Memory and Cognition, 37*, 477-492.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Ediciones Martínez

Roca.

Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. Barcelona: Pearson Educación.

Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E. y Philippot, P. (1998). Social sharing of emotion: New evidence and new questions. En W. Stroebe y M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (pp. 145-189). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd

Rivera, A. y Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores. *Salud Mental, 28*, 51-58.

Robinson, J. A. y Swanson, K. L. (1990). Autobiographical memory: The next phase. *Applied Cognitive Psychology, 4*, 321-335.

Robitaille, A., Cappeliez, P., Coulombe, D. y Webster, J. D. (2010). Factorial structure and psychometric properties of the Reminiscence Functions Scale. *Aging & Mental Health, 14*, 184-192.

Robitaille, N., Marois, R., Todd, J., Grimault, S., Cheyne, D. y Jolicoeur, P. (2010). Distinguishing between lateralized and non-lateralized brain activity associated with visual short-term memory: fMRI, MEG, and EEG evidence from the same observers. *Neuroimage, 53*, 1334-1345.

Robyn, F. y Haden, C. A. (2003). *Autobiographical memory and the construction of a narrative self: Developmental and cultural perspectives*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science, 233*, 1271-1276.

Rodin, J., Timko, C. y Harris, S. (1985). Construct of control: Biological and psychosocial correlates. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 5*, 3-55.

Rodríguez Pérez, J. (2001). Valoración integral de los adultos mayores. *Revista Cubana de Enfermería, 17*, 90-94.

Rodríguez T. J. F., Valdés, M. y Benítez, M. M. (2003). Propiedades psicométricas de la escala geriátrica de depresión (GDS): Análisis procedente de cuatro investigaciones. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología, 38*, 132-144.

- Rodríguez, J. F., León, J. L. y Catalán, M. C. (1999). Estrés, bienestar subjetivo y depresión en ancianos diabéticos. *Geriátrika*, 15, 411-425.
- Rodríguez, T. J. F., Valdés, M. y Catalán, M. C. (2003). Análisis de la fiabilidad de la escala geriátrica de depresión GDS en ancianos con deterioro cognoscitivo. *Geriátrika*, 19, 95-104.
- Rodríguez-Marín, J., Ángeles Pastor, M. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(Supl.), 349-372.
- Rodríguez-Naranjo, C. y Godoy, A. (1997). Factores que predicen la eficacia de diferentes tratamientos para la depresión leve o disforia. *Psicothema*, 9, 105-117.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rojas, C, Zegers, B. y Forster, C. (2009). Confiabilidad y validez de la escala de autoestima de Rosemberg en personas adultas y adultas mayores de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 137, 791-800.
- Roos, N. P. y Havens, B. (1991). Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *American Journal of Public Health*, 81, 63-68.
- Ros, L., Meléndez, J. C., Webster, J., Mayordomo, T., Sales, A., Latorre, J. M. y Serrano, J. P. (2016). Reminiscence Functions Scale: Factorial structure and its relation with mental health in a sample of Spanish older adults. *International Psychogeriatrics*.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Roth, M., Decker, O., Herzberg, P. Y. y Brähler, E. (2008). Dimensionality and norms of the Rosenberg Self-Esteem Scale in a German general population sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 190-197.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R. y Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality & Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rubenstein, L. Z., Abrass, I. B. y Kane, R. L. (1981). Improved care for patients on a new

- geriatric evaluation unit. *Journal of the American Geriatrics Society*, 29, 531-536.
- Rudolph, K. D., Dennig, M. D. y Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting: Conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.
- Rutter, M. (2001). Psychosocial adversity: Risk, resilience and recovery. En J. M. Richman y M. W. Frase (Eds.), *The context of youth violence: Resilience, risk, and protection* (pp. 13-41). Wesport: Praeger.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychology & Aging*, 6, 286-295.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality & Social Psychology*, 82, 1007-1022
- Ryff, C. D. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality & Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119.
- Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.

- **Sabir, M., Henderson, C. R., Kang, S. Y. y Pillemer, K. (2016). Attachment-focused integrative reminiscence with older African Americans: A randomized controlled intervention study. *Aging & Mental Health, 20*, 517-528.
- Salamero, M. y Marcos, T. (1992). Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 86*, 283-286.
- Sales, A., Atiénzar, A. P., Mayordomo, T., Satorres, E. y Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20*, 165-172.
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría*. Paidós: Buenos Aires.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8*, 39-54.
- Santos, P. J. y Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de umaversão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 253-268.
- Saucier, G., Ostendorf, F. y Peabody, D. (2001). The non-evaluative circumplex of personality adjectives. *Journal of Personality, 69*, 537-582.
- Schacter, D. L. (1996). *Searching for memory. The brain, the mind, and the past*. New York: Basic Books.
- Schacter, D. L. y Tulving, E. (1994). *Memory systems*. Cambridge: MIT Press.
- Schaie, K. W. (1994). The course of adult intellectual development. *American Psychologist, 49*, 304-313.
- Schaie, K. W. y Willis, S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson.
- Scheibe, S. y Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 65*, 135-144.
- Schlossberg, N. K., Waters, E. B. y Goodman, N. J. (1995). *Counseling adults in transition*. New York: Springer.

- Schmitt, D. P. y Allik J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem scale in 53 Nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality & Social Psychology*, 89, 623-627
- Schneider, L. S., Reynolds, C. F. y Lebowitz, B. D. (1994). *Diagnosis and treatment of depression in late life: results of the NIH consensus development conference*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schulz, R. y Heckhausen, J. (1997). Emotion and control: A life-span perspective. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 17, 185-205.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M. y Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 131-138.
- Seidl, U., Lueken, U., Thomann, P. A., Geider, J. y Schröder, J. (2011). Autobiographical memory deficits in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 27, 567-574.
- Seidman, S. y Muchnik, E. (1998). *Aislamiento y Soledad*. Buenos Aires: Eudeba
- Seligman, M. E. (1973). Fall into helplessness. *Psychology Today*, 7, 43-48.
- Seligman, M. E. (1998). *Learned optimism*. New York: Pocket Books.
- Seligman, M. E. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Seligman, M. E. (2003). *La auténtica felicidad. La nueva psicología positiva revoluciona el concepto de felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M., Rashid, T. y Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-786.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill
- Sen, A. (1987). *Gender and cooperative conflicts*. Helsinki: World Institute for Development Economics Research.
- Serrano, J. P. (2002). *Entrenamiento en memoria autobiográfica sobre eventos positivos específicos en ancianos con síntomas depresivos*. Tesis Doctoral. Albacete: Universidad de Castilla La Mancha.

- Serrano, J. P. y Latorre, J. M. (2005). *La revisión de Vida: Un método Psicoterapéutico en ancianos con depresión*. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, 35.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Ros, L., Navarro, B., Aguilar, M. J., Nieto, M.,...y Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24, 224-229.
- **Sharif, F., Mansouri, A., Jahanbin, I. y Zare, N. (2010). Effect of group reminiscence therapy on depression in older adults attending a day centre in Shiraz, southern Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16, 765-770.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Sheikh, J. L. y Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter violence. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- Shellman, J. M. y Zhang, D. (2014). Psychometric Testing of the Modified Reminiscence Functions Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 22, 500-510.
- Shellman, J., Ennis, E. y Bailey, A. K. (2011). A contextual examination of reminiscence functions in older African-Americans. *Journal of Aging Studies*, 25, 348-354.
- Shock, N. W., Greulich, R. C., Aremberg, D., Costa, P. T., Lakattam E. G. y Tobin, J. D. (1984). *Normal Human Aging: The Baltimore Longitudinal Study of Aging*. Washington, D.C.: National Institutes of Health.
- Siegrist, J., Von dem Knesebeck, O. y Pollack, C. E. (2004). Social productivity and well-being of older people: A sociological exploration. *Social Theory & Health*, 2, 1-17.
- Simmons, L. W. (1946). Attitudes toward aging and the aged: Primitive-societies. *Journal of Gerontology*, 1, 72-95.
- Sinclair, V. y Wallson, K. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11, 94-101.
- Singer, T., Lindenberger, U. y Baltes, P. B. (2003). Plasticity of memory for new learning in very old age: A story of major loss? *Psychology & Aging*, 18, 306-317.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of

- coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Slaikeu, K. (1988). *Intervención en crisis*. México: Manual Modero.
- **Sok, S. R. (2015). Effects of individual reminiscence therapy for older women living alone. *International Nursing Review*, 62, 517-524.
- Solomon, R. (1996). Coping with stress: a physician's guide to mental health in aging. *Geriatrics*, 51, 46-48.
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S. y Woods, R. (2004). *Reminiscence therapy for dementia (Cochrane review)*. Oxford: The Cochrane Library.
- Springer, K. V. y Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode and measurement effects. *Social Science Research*, 35, 1080-1102.
- Squire, L. y Schacter, D. (2003). *Neuropsychology of memory*. NY: The Guilford Press.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... y Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M. y Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Manual of developmental psychopathology* (pp. 801-847). New York: Wiley.
- Steffens, D. C., Fisher, G. G., Langa, K. M., Potter, G. G. y Plassman B. L. (2009). Prevalence of depression among older Americans: The aging, demographics and memory study. *International Psychogeriatrics*, 21, 879-888.
- Stein, D. J. (2009). The psychobiology of resilience. *CNS Spectrums, The International Journal Neuropsychiatric Medicine*, 14, 41-47.
- Stock, W. A., Okun, M. A. y Gómez, J. (1994). Subjective well-being measures: Reliability and validity among Spanish elders. *International Journal of Aging & Human Development*,

38, 221-235.

Stoia-Caraballo, R., Rye, M. S., Pan, W., Kirschman, K. J. B., Lutz-Zois, C. y Lyons, A. M. (2008). Negative affect and anger rumination as mediators between forgiveness and sleep quality. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 478-488.

Strock, M. (2004). *Depression*. Washington: National Institute of Mental Health.

**Su, T. W., Wu, L. L. y Lin, C. P. (2012). The prevalence of dementia and depression in Taiwanese institutionalized leprosy patients, and the effectiveness evaluation of reminiscence therapy-a longitudinal, single-blind, randomized control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 27*, 187-196.

Subramaniam, P. y Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: Systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics, 12*, 545-555.

Suutama, T. (1994). Life events, stress and coping of elderly people. En P. Oberg, P. Pohjolainen y I. Ruopolla (Eds.), *Experiencing aging: Festschrift to J. E. Ruth* (pp 198-214). Helsinki: Svenka Social.

Swanson, W. C. y Carbon, J. B. (1989). Crisis intervention: Theory and technique. En T. B. Karasu (Eds.), *Task force report of the American Psychiatric Association Treatments of psychiatric disorders* (pp. 2520-2531). Washington: American Psychiatric Press.

**Tadaka, E. y Kanagawa, K. (2007). Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatrics & Gerontology International, 7*, 167-173.

Tárraga, L. (1997). *Tecnología blanda para la enfermedad de Alzheimer: programa de psicoestimulación integral. Daño cerebral y calidad de vida: demencias*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist, 38*, 1161-1173.

Taylor, S. E. y Gollwitzer, P. M. (1995). Effects of mindset on positive illusions. *Journal of Personality & Social Psychology, 69*, 213-226.

- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En A. Tuma y J. D. Maser (Eds), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thayer, R. E. (1998). *El origen de los Estados de ánimo cotidianos. Equilibrio entre tensión, energía y estrés*. Barcelona: Heurope.
- Thayer, R. E., Newman, J. R. y McClain, T. M. (1994). Self-regulation of mood: strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality & Social Psychology*, 67, 910-925.
- Thompson, C. P., Herrmann, D. J., Bruce, D., Payne, D. G., Read, J. D. y Togli, M. P. (1998). *Eye witness Memory*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates,
- Thompson, C. P., Skowronski, J. J., Larsen, S. F. y Betz, A. L. (2013). *Autobiographical memory: Remembering what and remembering when*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, 1, 29-41.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy & Research*, 13, 343-361.
- Toldos, M. P. y Báguena, M. J. (2005). Criterios de respuesta cualitativos en la batería de habilidades interpersonales en personas mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15, 106-118.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C. y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20, 298-304.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., Sancho, P. y Mayordomo, T. (2012). Adaptation and initial validation of the BRCS in an elderly Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 283-289.
- Tomás, J. M., Sancho, P. y Meléndez, J. C. (2013). Validación del Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) para su uso en población mayor española. *Psicología*

Conductual, 21, 103-122.

- Tomás, J. M., Sancho, P., Meléndez, J. C. y Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health, 16, 317-326.*
- Touchet, M. E., Shure, M. B. y McCown, W. G. (1993). Interpersonal cognitive problem solving as prevention and treatment of impulsive behaviors. En W. G. McCown, J. L. Johnson y M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment* (pp. 387-404). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Celdrán, M. (2007). Construct validity of Ryff's scale of psychological well-being in Spanish older adults. *Psychological Reports, 100, 1151-64.*
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Osuna, M. J. y Pinazo, S. (2005). The meaning of grandparenthood: Do adolescent grandchildren perceive the relationship and role in the same way as their grandparents do? *Journal of Intergenerational Relationships, 3, 101-121.*
- Triadó, M. C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 19.
- Trumbull, R. y Appley, M. H. (1986). A conceptual model for the examination of stress dynamics. En M. H. Appley y R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of Stress* (pp. 21-45). New York: Plenum Press.
- Tugade, M. M. y Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies, 8, 311-333.*
- Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory*. Oxford: University Press.
- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there? *American Psychologist, 40, 385-398.*
- Tulving, E. (2001). Episodic memory and common sense: how far apart? *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 356, 1505-1515.*
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology, 53, 1-25.*

- Tulving, E. y Markowitsch, H. J. (1998). Episodic and declarative memory: Role of the hippocampus. *Hippocampus*, 8, 198-204.
- Tulving, E. y Schacter, D. L. (1990). Priming and human memory systems. *Science*, 247, 301-306.
- Ungar, M., Liebenberg, L., Boothroyd, R., Kwong, W. M., Lee, T. Y., Leblanc, J., ... y Makhnach, A. (2008). The study of youth resilience across cultures: Lessons from a pilot study of measurement development. *Research in Human Development*, 5, 166-180.
- Uriarte, J. D. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4, 67-77.
- Uttal, D. H. y Perlmutter, M. (1989). Toward a broader conceptualization of development: The role of gains and losses across the life span. *Developmental Review*, 9, 101-132.
- Valencia, C., López-Alzate, E., Tirado, V., Zea-Herrera, M. D., Lopera, F., Rupprecht, R., y Oswald, W. D. (2008). Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Revista de Neurología*, 46, 465-471.
- Vallieres, E. F. y Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation Canadienne-Francaise de l'Echelle de l'Estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality & Individual Differences*, 36, 629-644.
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A. y Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's six factor model of psychological well-being, a Spanish exploration. *Social Indicators Research*, 87, 473-479.
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*. 22, 247-255.
- Vázquez, C., Rahona, J. J., Gómez, D. y Hervás, G. (2012). Mind over matter: A national representative study of the relative impact of physical and psychological problems on

- life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 16, 135-148.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 9, 87-116
- Villar, F., Triadó, C., Osuna, M. J. y Solé, C. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: Cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 152-162.
- Villar, F., Triadó, C., Solé, C. y Osuna, M. J. (2006). Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer? *Psicothema*, 18, 149-155.
- Villar, F. y Triadó, C. (2006). *El estudio del ciclo vital a partir de historias de vida: Una propuesta práctica*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Visted, E., Vollestad, J., Nielsen, M. B. y Nielsen, G. H. (2014). The impact of group-based mindfulness training on self-reported mindfulness: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 6, 501-522.
- Wagnild, G. y Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22, 252-255.
- **Wang, J. J. (2005). The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 57-62.
- **Wang, J. J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1235-1240.
- **Wang, J. J., Hsu, Y. C. y Cheng, S. F. (2005). The effects of reminiscence in promoting mental health of Taiwanese elderly. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 31-36.
- **Wang, J. J., Yen, M. y Yang, W. C. (2009). Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 49, 227-232.
- Waterman, (2007). On the importance of distinguishing hedonia and eudaimonia when

- contemplating the hedonic treadmill. *American Psychologist*, 62, 612-613.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality & Social Psychology*, 54, 1020-1030.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality & Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watt, I. M. y Wong, P. T. P. (1991). A taxonomy of reminiscence and therapeutic implications. *Journal of Gerontological Social Work*, 16, 37-57.
- Watt, L. M. y Cappeliez, P. (1996). Efficacité de la rétrospective de vie intégrative et de la rétrospective de vie instrumentale en tant qu'interventions pour des personnes âgées dépressives. *Revue Québécoise de Psychologie*, 17, 101-114.
- Watt, L. M. y Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*, 4, 166-177.
- Webster, J. D. (1993). Construction and validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journals of Gerontology*, 48, 256-262.
- Webster, J. D. (1994). Predictors of reminiscence: A lifespan perspective. *Canadian Journal on Aging*, 13, 66-78.
- Webster, R. (1995). *Why Freud was wrong: Sin, science, and psychoanalysis*. New York: Basic books.
- Webster, J. D. (1997). The reminiscence function scale: A replication. *International Journal of Aging & Human Development*, 44, 137-148.
- Webster, J. D. (2003). The reminiscence circumplex and autobiographical memory function. *Memory*, 11, 203-215.
- Webster, J. D. y Gould, O. (2007). Reminiscence and vivid personal memories across

- adulthood. *The International Journal of Aging & Human Development*, 64, 149-170.
- Webster, J. D. y Haight, B. K. (1995). Memory lane milestones: Progress in reminiscence definition and classification. En B. K. Haight y J. D. Webster (Eds.), *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (pp. 273-286). Washington, DC: Taylor & Francis
- Webster, J. D. y Haight, B. K. (2002). *Critical advances in reminiscence work: From theory to application*. New York: Springer.
- Webster, J. D. y McCall, M. E. (1999). Reminiscence functions across adulthood: A replication and extension. *Journal of Adult Development*, 6, 73-85.
- Webster, J. D. y Young, R. A. (1988). Process variables of the life review: Counseling implications. *International Journal of Aging & Human Development*, 26, 315-323.
- Webster, J. D., Bohlmeijer, E. T. y Westerhof, G. J. (2010). Mapping the future of reminiscence: A conceptual guide for research and practice. *Research on Aging*, 32, 527-564.
- Wechsler, D. (1939). *The measurement of adult intelligence*. Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co.
- Weinstein, N., Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*, 43, 374-385.
- Welch, J. L. y Austin, J. K. (2001). Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 200-207.
- Westerhof, G. J. y Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107-114.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T. y Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research, and intervention. *Ageing & Society*, 30, 697-721.
- Wiggins, J. S. y Trobst, K. K. (1997). When is a circumplex an "interpersonal circumplex"? The

- case of supportive actions. En R. Plutchiky y R. H. Conte (Eds.), *Circumplex models of personality and emotions* (pp. 57-80). Washington: American Psychological Association.
- Williams, H. L., Conway, M. A. y Cohen, G. (2008). Autobiographical memory. En G. Cohen y M.A. Conway (Eds.), *Memory in the real world* (pp. 21-90). London: Psychology Press..
- Wilson, M. (2002). Six views of embodied cognition. *Psychonomic Bulletin & Review*, 9, 625-636.
- Wilson, R. S., Bennett, D. A. y Swartzendruber, A. (1997). Age-related change in cognitive function. En P. D. Nussbaum (Ed.), *Handbook of neuropsychology and aging* (pp. 7-14). New York: Springer.
- Wink, P. y Schiff, B. (2002). To review or not to review? The role of personality and life events in life review and adaptation to older age. En J. D. Webster y B. K. Haight (2002). *Critical advances in reminiscence work: From theory to application* (pp. 44-60). New York: Springer.
- Wong, P. T. P. y Watt, L. M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6, 272-279.
- Wong, P.T. P. (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology*, 30, 516-525.
- Wong, P.T. P. (1995). The processes of adaptive reminiscence. En B. K. Haight y J. D. Webster (Eds), *The art and science of reminiscing: theory, research, methods, and applications* (pp. 23- 35). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Wood, V., Wylie, M. L. y Sheafor, B. (1969). An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: Correlation with rater judgments. *Journal of Gerontology*, 24, 465-469.
- Woods, B., Portnoy, S., Head, D. y Jones, G. (1992). Reminiscence and life review with persons with dementia: which way forward. En G. Jones y B. Miesen (Eds.), *Care giving in dementia: Research and applications* (pp. 137-161). NY: Routledge.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M. y Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18.

- **Woods, R. T., Bruce, E., Edwards, R. T., Hounscome, B., Keady, J., Moniz-Cook, E. D., ... y Russell, I. T. (2009). Reminiscence groups for people with dementia and their family carers: Pragmatic eight-centrer randomised trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: A protocol. *Trials*, *64*, 1-10.
- Woodward, N. J. y Wallston, B. S. (1987). Age and health care beliefs: Self-efficacy as a mediator of low desire for control. *Psychology & Aging*, *2*, 3-8.
- Wrosch, C., Bauer, I. y Scheier, M. F. (2005). Regret and quality of life across the adult life span: The influence of disengagement and available future goals. *Psychology & Aging*, *20*, 657-670.
- **Wu, L. F. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalised older veterans. *Journal of Clinical Nursing*, *20*, 2195-2203.
- **Wu, L. F. y Koo, M. (2016). Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *31*, 120-127.
- Wylie, R. C. (1974). *The self-concept*. Lincoln, NE: University Nebraska Press..
- Yesavage J. A., Brink T. L., Rose T. L., Lum O., Huang V., Adey M. y Leirer V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*, 37-49.
- Yesavage, J. A. y Sheikh, J. I. (1986). 9/Geriatric Depression Scale (GDS) recent evidence and development of a shorter violence. *Clinical Gerontologist*, *5*, 165-173.
- Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C. y Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, *13*, 311-325.
- Zabala, M., Vázquez, M. y Whetsell, M. (2006). Bienestar espiritual en pacientes diabéticos. *Aquichán*, *6*, 11-21.
- Zacks, R. T., Hasher, L. y Li, K. Z. H.(2000). Human memory. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse

(Eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 293-358). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Zamarrón, M.D. (2006). *El Bienestar subjetivo en la vejez*. Madrid: Informe Portal Mayores, nº52. Lecciones de Gerontología.

Zarragoitia, I. (2003). La depresión en la tercera edad. Geriatrianet. *Revista electrónica de Geriatria y Gerontología*, 5.

Zegers, B., Rojas-Barahonda, C. y Forster, C. (2009). Confiabilidad del Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst y Tobin en una muestra de adultos y adultos mayores en Chile. *Terapia Psicológica*, 27, 15-26.

ANEXO

Instrumentos

PROTOCOLO

1. Sexo (1) Hombre (2) Mujer
2. Edad (numero):
3. Estado Civil (1) Casado/a (2) Soltero (3) Viudo
4. Nivel de escolaridad alcanzado
(1) Sin escolaridad (2) Ed. Básico (Primaria) (3) Secundaria (Bachiller)
(4) Universitario (5) Postgrado
5. Tiene hijos/as (1) Si (2) No En caso afirmativo indicar cuantos _____
6. Lugar donde vive
(1) Casa propia (2) Casa alquilada (3) Casa de familiares
7. Con quien vive
(1) Solo (2) Con esposa/o-pareja (3) Con hijos
(4) Con esposa/o-pareja e hijos (5) Con otros familiares
8. Nivel de ingresos que percibe
(1) menos de 600€ (2) 600-1000€ (3) 1001-1500€ (4) más de 1500€

Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI	NO
¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI	NO
¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI	NO
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI	NO
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI	NO
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI	NO
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI	NO
¿Encuentra la vida muy estimulante?	SI	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI	NO
¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI	NO
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI	NO
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	SI	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	NO
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	SI	NO

Life Satisfaction Index - LSI-A

Aquí hay algunas cuestiones de la vida en general, sobre las cuales la gente opina de modo diferente. Usted lo que tiene que hacer es decir cuál es su opinión, indicando A si está de acuerdo, ¿? Si no está seguro y D si está en desacuerdo.

- | | | | |
|--|---|----|---|
| 1. A medida que envejezco, las cosas parecen mejores de lo que yo creía que serían. | A | ¿? | D |
| 2. He recibido más ayuda en la vida que la mayoría de las personas que conozco. | A | ¿? | D |
| 3. Esta es la peor época de mi vida. | A | ¿? | D |
| 4. Soy igual de feliz que cuando era joven. | A | ¿? | D |
| 5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora. | A | ¿? | D |
| 6. Estos son los mejores años de mi vida. | A | ¿? | D |
| 7. La mayoría de las cosas que hago son aburridas o monótonas. | A | ¿? | D |
| 8. Espero que en el futuro me ocurran algunas cosas interesantes y agradables. | A | ¿? | D |
| 9. Las cosas que hago me parecen tan interesantes como antes. | A | ¿? | D |
| 10. Me siento viejo/a y algo cansado/a. | A | ¿? | D |
| 11. Me siento de la edad que tengo, pero no me preocupa. | A | ¿? | D |
| 12. Si miro hacia atrás en mi vida me siento bastante satisfecho/a. | A | ¿? | D |
| 13. No cambiaría ninguna parte de mi vida pasada, incluso si pudiera. | A | ¿? | D |
| 14. En comparación con otras personas de mi edad, he tomado muchas decisiones erróneas en mi vida. | A | ¿? | D |
| 15. En comparación con otras personas de mi edad, tengo buen aspecto. | A | ¿? | D |
| 16. He hecho planes acerca de las cosas que haré dentro de un mes o un año. | A | ¿? | D |
| 17. Si repaso en mi vida, no he conseguido la mayor parte de las cosas importantes que deseaba. | A | ¿? | D |
| 18. En comparación con otras personas, me hundo con demasiada frecuencia. | A | ¿? | D |
| 19. He alcanzado muchas cosas que deseaba en esta vida. | A | ¿? | D |
| 20. A pesar de lo que se dice, la mayoría de la gente está cambiando a peor, no a mejor. | A | ¿? | D |

Escalas de Bienestar de Ryff - EBR

A continuación encontrará una serie de cuestiones sobre pensamientos y sentimientos que las personas podemos experimentar en cualquier momento. Señale hasta qué punto se las aplicaría a usted mismo/a en esta etapa de su vida. No existen respuestas correctas ni incorrectas. Conteste todas las preguntas.

Utilice la siguiente escala:

1= Muy inadecuado para describirme, 2= Bastante inadecuado para describirme, 3= Algo inadecuado para describirme, 4= Algo adecuado para describirme, 5= Bastante adecuado para describirme, 6= Muy adecuado para describirme.

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Escala de Autoestima Rosenberg - RSES

A continuación encontrará una serie de frases, señale hasta qué punto está de acuerdo, utilizando la siguiente escala.

a= muy de acuerdo; b= de acuerdo; c= en desacuerdo; d= muy en desacuerdo

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás. | a | b | c | d |
| 2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades. | a | b | c | d |
| 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente. | a | b | c | d |
| 4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a. | a | b | c | d |
| 5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a. | a | b | c | d |
| 6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso. | a | b | c | d |
| 7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | a | b | c | d |
| 8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. | a | b | c | d |
| 9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. | a | b | c | d |
| 10. A menudo creo que no soy una buena persona. | a | b | c | d |

Brief Resilient Coping Scale - BRCS

¿Hasta qué punto las siguientes afirmaciones describen su manera de reaccionar ante las dificultades?

Conteste, en una escala de 1 a 5, marcando 1 si la afirmación no refleja nada una reacción típica en Vd. y 5 cuando la afirmación refleja su forma habitual de responder.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Busco formas creativas de enfrentarme a las situaciones difíciles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. No importa lo que me ocurra, confío en que puedo controlar mi reacción | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Creo que puedo aprender cosas positivas cuando afronto situaciones difíciles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Busco de forma activa la forma de reemplazar las pérdidas que encuentro en la vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés - CAE

A continuación se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Señale el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	1	2	3	4	0
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	1	2	3	4	0
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	0
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

Reminiscence Function Scale - RFS

A continuación se enumeran 43 frases. Lea detenidamente cada frase y señale su respuesta en la escala. Tenga en cuenta que no le pedimos la frecuencia con que recuerda cosas del pasado en general, sino la cantidad de veces que piensas en un recuerdo pasado con un propósito en concreto. Por ejemplo: Cuando recuerdo cosas del pasado me sirve para resolver problemas actuales.

Si usted nunca ha utilizado la reminiscencia con un fin, la respuesta será 1; si es rara vez 2; pocas veces 3; en ocasiones 4; a menudo 5; y muy frecuentes 6. Cuando rememoro es:

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Para enseñar a los más jóvenes de la familia cómo era la vida cuando yo era joven y vivía en un tiempo diferente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Para ayudarme a poner las cosas en orden antes de morir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Porque llena el vacío en mi tiempo en soledad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Porque me ayuda a planificar el futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Para mantener viva la memoria de un ser querido fallecido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Porque me acerca de nuevo a amigos o conocidos recientemente fallecidos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Porque promueve el sentido de pertenencia a un grupo (amigos, familia, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Porque me ayuda a comparar las cosas que dejé atrás con las que he mantenido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Porque me da sensación de realización personal o de integridad según me acerco al final de la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Para ver cómo mi pasado encaja en mi viaje por la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Para pasar el tiempo durante las horas de inactividad o en las que estoy inquieto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Para ayudar a resolver algunos problemas actuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Para mantener vivos los recuerdos dolorosos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Por lealtad a mantener viva la memoria de alguien cercano a mí que ha fallecido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Para revisar mis oportunidades perdidas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Para reducir el aburrimiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Para recordar una época anterior en la que fui injustamente tratado por otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Para recordarme que tengo las habilidades necesarias para hacer frente a los problemas actuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Para aliviar la depresión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Para transmitir mis conocimientos a otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Por falta de una mejor estimulación mental que la de mis propios pensamientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Para crear un vínculo común entre los viejos y nuevos amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Con el fin de enseñar a los más jóvenes los valores culturales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Porque me da un sentido de auto-identidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Para recordar a alguien que ha fallecido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Porque recordar mi pasado me ayuda a definir quién soy ahora. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Como una manera de disminuir las diferencias generacionales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Como una forma de promover las relaciones sociales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Porque me ayuda a prepararme para mi propia muerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Con el fin de dejar un legado de la historia familiar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Para analizar los problemas actuales con perspectiva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Para tratar de entenderme mejor a mí mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Porque después de recordar el pasado siento menos miedo a la muerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. Para facilitar la conversación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35. Porque me ayuda a ver que he vivido una vida plena y aceptar la muerte con más calma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36. Como un medio de auto-exploración y de crecimiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37. Por tener algo que hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38. Porque me ayuda a enfrentarme a los pensamientos de mi propia muerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39. Para ver cómo mis puntos fuertes pueden ayudarme a resolver un problema actual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40. Para revivir recuerdos amargos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41. Para recordar gente que estaba cerca pero ya no son parte de mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 42. Para no repetir en la actualidad los errores del pasado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43. Para mantener los recuerdos de viejas heridas en mi mente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

