



Programa de Doctorado en Promoción de la Autonomía
y Atención Sociosanitaria a la Dependencia

**REMINISCENCIA INTEGRATIVA EN PERSONAS
MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS**

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

Dolores Martínez Callado

DIRIGIDA POR:

Dra. Sacramento Pinazo Hernandis

Dra. Alicia Sales Galán

Valencia, septiembre 2021

“La vida no es principalmente una búsqueda del placer, como creía Freud, ni una búsqueda de poder, como le enseñó Alfred Adler, sino una búsqueda de sentido. La mejor tarea para cualquier persona es encontrarle sentido a su propia vida”.

(Viktor Frankl)

Agradecimientos

La realización de esta tesis no solo supone contribuir en el avance de la investigación y poner mi granito de arena para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, sino que además supone un enriquecimiento proceso de aprendizaje y en definitiva, superación personal. De vez en cuando es necesario ponerse a prueba, salir de la zona de confort y recordar de lo que somos capaces de hacer, eso sí, siempre con la imprescindible ayuda y experiencia de profesionales como la Dra. Sacramento Pinazo y Dra. Alicia Sales.

Dedico esta tesis especialmente a mi padre, promesa que hice en su último aliento de vida. Te doy las gracias por haberme enseñado que con perseverancia, constancia y trabajo todo se puede conseguir a pesar de no darse siempre las mejores circunstancias. Aunque parco en palabras, sé que te sientes orgulloso de mí. Gracias por enseñarme tanto y caminar a mi lado.

A mi madre, por participar en la realización de este proyecto; por tus palabras de apoyo e interés al preguntar “cómo va tu libro” sin entender muy bien qué es. Gracias por inculcarme tus valores, creo que me hacen mejor persona.

A mis hermanos, sobrina y confidente, por vuestra escucha, paciencia, ánimo, apoyo y creer en mí. Os quiero, sois el motor de mi vida.

A toda mi familia por tenderme la mano siempre que la necesito.

A mis amigos y compañeros que hacen que cada día sea diferente y formemos un equipo excepcional.

A Ballesol, por darme todas las facilidades para hacer realidad este sueño que a pesar de las adversidades y difícil situación en la que aún nos encontramos, no habéis dudado en abrirme las puertas y confiar en mí.

A Sacra y Alicia, mis mentoras, mis guías, nadie mejor que vosotras para acompañarme en este reto personal y profesional. Siento que esto es solo el principio de futuros y apasionantes proyectos.

A todas las personas mayores que perdieron la vida en las residencias como consecuencia de la COVID-19 y en especial a los participantes de mi estudio que compartieron conmigo sus miedos, alegrías, preocupaciones e historia de vida haciendo posible la realización de esta tesis.

Y agradezco a la vida, por regalarme tanto.

Abreviaturas

ABVD. Actividades básicas de la vida diaria

MAICP. Modelo de atención integral y centrada en la persona

ACT. Terapia de aceptación y compromiso

ACV. Accidente Cerebrovascular

APA. Asociación Americana de Psiquiatría

CIE-10. Código Internacional de Enfermedades elaborado por la Organización Mundial de la Salud.

COVID-19. Enfermedad causada por el nuevo Coronavirus SARS-CoV-2.

DCL. Deterioro cognitivo leve

DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

EA. Enfermedad de Alzheimer

EPOC. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

GDS. Escala de deterioro global

HV. Historia de vida

IC. Insuficiencia cardíaca

ICE. Inhibidores de la colinesterasa

ICTUS. Accidente cerebrovascular

IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE. Instituto Nacional de Estadística

MA. Memoria autobiográfica

OMS. Organización mundial de la salud.

PAyPV. Plan personalizado de atención y apoyo al proyecto de vida

REVISEP. Terapia de revisión de vida basada en sucesos específicos positivos.

RV. Revisión de vida

RVT. Realidad virtual

SPCD. Síntoma psicológico y conductual de la demencia

STOPP/START. Criterios para prescribir fármacos adecuadamente

TF. Terapia farmacológica

TNF. Terapia no farmacológica

Índice

MARCO TEÓRICO.....	1
Capítulo I. LAS PERSONAS MAYORES EN CONTEXTOS RESIDENCIALES Y EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD.....	3
1. Envejecer en España.....	5
2. Las personas mayores en tiempos de pandemia.....	10
3. Las personas mayores que viven en residencias y el modelo de atención integral centrada en la persona.....	15
3.1. Las personas mayores que viven en residencias.....	15
3.2. El modelo de atención integral centrada en la persona.....	20
Capítulo II. ASPECTOS EMOCIONALES Y PSICOLÓGICOS EN PERSONAS MAYORES.....	25
1. Las emociones en el envejecimiento.....	27
1.1. Emociones negativas.....	28
1.2. Emociones positivas.....	35
1.3. Reconocimiento y gestión de emociones.....	41
2. Aspectos psicológicos en personas mayores.....	42
2.1. Afrontamiento.....	42
2.2. Satisfacción con la vida.....	46
2.3. Propósito de vida.....	49

Capítulo III. TERAPIAS FARMACOLÓGICAS Y TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS
EN PERSONAS MAYORES.....53

- 1. Terapias farmacológicas en personas mayores.....55
 - 1.1. Psicofármacos.....56
 - 1.2. Polifarmacia.....61
- 2. Terapias no farmacológicas en personas mayores.....63
 - 2.1. Terapias no farmacológicas recomendadas para la persona.....66
- 3. Terapia farmacológica vs. Terapia no farmacológica.....78

Capítulo IV. HISTORIA DE VIDA, REVISIÓN DE VIDA Y MEMORIAS.....81

- 1. Historia de vida en personas mayores.....83
 - 1.1. El Yo narrativo y la vejez.....90
 - 1.2. Historia de vida y atención centrada en la persona.....92
 - 1.3. Identidad e historias vitales.....94
- 2. Revisión de vida en personas mayores.....97
 - 2.1. Revisión de vida en positivo (REVISEP).....99
 - 2.2. Revisión de vida vs. Reminiscencia.....101
- 3. Memoria y recuerdos de vida.....104
 - 3.1. Memoria episódica.....105
 - 3.2. Memoria autobiográfica.....106
 - 3.3. Memoria autobiográfica y emociones.....111

Capítulo V. TERAPIA DE REMINISCENCIA EN PERSONAS MAYORES.....	113
1. Origen y definición de la reminiscencia.....	115
2. Tipos y funciones de la reminiscencia.....	116
2.1. Reminiscencia integrativa.....	117
2.2. Reminiscencia instrumental.....	118
2.3. Reminiscencia transmisora.....	118
2.4. Reminiscencia escapista.....	119
2.5. Reminiscencia obsesiva.....	119
2.6. Reminiscencia narrativa.....	119
3. Programas de intervención con terapia de reminiscencia.....	122
METODOLOGÍA.....	125
Capítulo VI. MÉTODO.....	127
1. Objetivos y Método.....	129
1.1. Objetivos de los estudios.....	129
2.2. Método de los estudios.....	132
2. Procedimiento.....	133
3. Estudio 1.....	134
3.1. Descripción.....	134
3.2. Participantes.....	135
3.3. Instrumentos.....	138
4. Estudio 2.....	154
4.1. Descripción.....	154
4.2. Participantes.....	155

4.3. Instrumentos.....	156
5. Descripción del programa de intervención.....	157
6. Análisis Estadísticos.....	169
Capítulo VII. RESULTADOS.....	171
1. Resultados Estudio 1.....	173
2. Resultados Estudio 2.....	195
Capítulo VIII. DISCUSIÓN.....	221
1. Discusión Estudio 1.....	225
2. Discusión Estudio 2.....	264
Capítulo IX. CONCLUSIONES.....	279
Capítulo X. LIMITACIONES Y LÍNEAS DE FUTURO.....	291
Capítulo XI. REFERENCIAS.....	295
Capítulo XII. ANEXOS.....	367
1. Cuestionario “Reminiscencia Integrativa en personas mayores que viven en residencias en tiempos de pandemia.....	369
2. Cuestionario “Condiciones de vida durante el confinamiento”.....	385

Índice de Figuras

Figura 1. Evolución de la población de 65 y más años. España 1900-2068.....	6
Figura 2. Mortalidad por todas las causas observadas y esperada.....	7
Figura 3. Ratio de plazas de residencias de la población de 65 y más años, por Comunidad autónoma y provincias.....	17
Figura 4. Taxonomía del sistema de memoria.....	105
Figura 5. Componentes de la memoria autobiográfica.....	108
Figura 6. Esquema general de los estudios, objetivos y tiempos.....	132
Figura 7. Diagrama CONSORT de los estudios.....	133
Figura 8. Estado civil (porcentajes).....	136
Figura 9. Nivel de estudios (porcentajes).....	137
Figura 10. Porcentaje en los grupos tratamiento y control en función del estado civil.....	155
Figura 11. Nivel de escolaridad en grupo control y grupo experimental (porcentajes).....	156
Figura 12. Porcentajes de consumo de fármacos.....	175
Figura 13. Porcentajes tipo de enfermedad diagnosticada.....	176
Figura 14. Medias de afecto positivo y negativo en la última semana y en general.....	177
Figura 15. Medias de las subescalas de estilos de afrontamiento.....	178
Figura 16. Medias de las subescalas de estilos de reminiscencia.....	179
Figura 17. Medias de las subescalas de sentido de coherencia.....	180
Figura 18. Porcentaje en función del lugar de confinamiento.....	189
Figura 19. Porcentaje en función de cambio de grupo.....	190
Figura 20. Porcentaje en función de la frecuencia.....	191
Figura 21. Porcentaje en función del medio.....	192

Figura 22. Porcentaje en función de las actividades de ocio y terapéuticas.....	193
Figura 23. Porcentaje en función de las reacciones emocionales, comportamentales e incidencias de salud.....	194
Figura 24. Duración del aislamiento preventivo.....	195
Figura 25. Media de MMSE en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control.....	196
Figura 26. Evolución de MMSE en grupos experimental y control en tres momentos temporales.....	197
Figura 27. Media de ansiedad en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control.....	198
Figura 28. Media de depresión en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control.....	198
Figura 29. Media de afecto negativo en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupo experimental y grupo control.....	200
Figura 30. Evolución de afectividad en grupos experimental y control en tres momentos temporales.....	201
Figura 31. Media de afecto positivo en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control.....	201
Figura 32. Evolución de afecto positivo en grupos experimental y control en tres momentos temporales.....	202
Figura 33. Media de satisfacción en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupo experimental y grupo control.....	203

Figura 34. Evolución de satisfacción en grupo experimental y control en tres momentos temporales.....	204
Figura 35. Media de afrontamiento activo y pasivo en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control.....	205
Figura 36. Evolución de afrontamiento activo en grupos experimental y control en tres momentos temporales.....	205
Figura 37. Evolución de afrontamiento pasivo en grupos experimental y control en tres momentos temporales.....	206
Figura 38. Media de integridad en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control.....	209
Figura 39. Evolución de la integridad en grupos experimental y control en tres momentos temporales.....	210
Figura 40. Media de soledad en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupo experimental y grupo control.....	212
Figura 41. Evolución de soledad en grupos experimental y grupo control en tres momentos temporales.....	213

Índice de Tablas

Tabla 1. Clasificación TNF.....	65
Tabla 2. Etapas del desarrollo psicosocial de Erikson	85
Tabla 3. Ejemplos de preguntas incluidas en REVISEP.....	100
Tabla 4. Comparación reminiscencia y revisión de vida	103
Tabla 5. Tipos de reminiscencia y su función.....	121
Tabla 6. Resumen de las características de los estudios en Reminiscencia.....	123
Tabla 7. Distribución de escalas por sesión.....	139
Tabla 8. Esquema de las escalas, cuestionarios y sus dimensiones.....	157
Tabla 9. Medias, desviaciones típicas y contrastes significativos entre el Tiempo 1 y Tiempo 2 en el estado de ánimo, cognitivo, funcional y de salud.....	174
Tabla 10. Correlaciones entre las dimensiones de reminiscencias y afrontamiento.....	184
Tabla 11. Correlaciones entre las dimensiones de reminiscencias e integridad y soledad.....	185
Tabla 12. Correlaciones entre las dimensiones de reminiscencias y las dimensiones de propósito y sentido de vida.....	186
Tabla 13. Correlaciones entre las dimensiones de reminiscencias y las dimensiones de sentido de coherencia.....	187
Tabla 14. Correlaciones entre las dimensiones de sentido de coherencia y propósito y sentido de vida.....	188
Tabla 15. Media de las ocho dimensiones de RFS los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control.....	207

Tabla 16. Univariados de la evolución de los grupos de forma independiente en tres momentos temporales.....	208
Tabla 17. Media de las dimensiones de sentido de la vida (PIL) en tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control.....	211
Tabla 18. Univariados de la evolución de los grupos de forma independiente a lo largo de los tiempos.....	211
Tabla 19. Media de las dimensiones de sentido de coherencia en tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control.....	213
Tabla 20. Univariados de la evolución de los grupos de forma independiente a lo largo de los tiempos.....	214
Tabla 21. Resumen de los resultados de la investigación.....	214
Tabla 22. Resumen de los objetivos de la investigación.....	224

MARCO TEÓRICO

Capítulo I

Las personas mayores en contextos
residenciales y en situación de vulnerabilidad

1. Envejecer en España

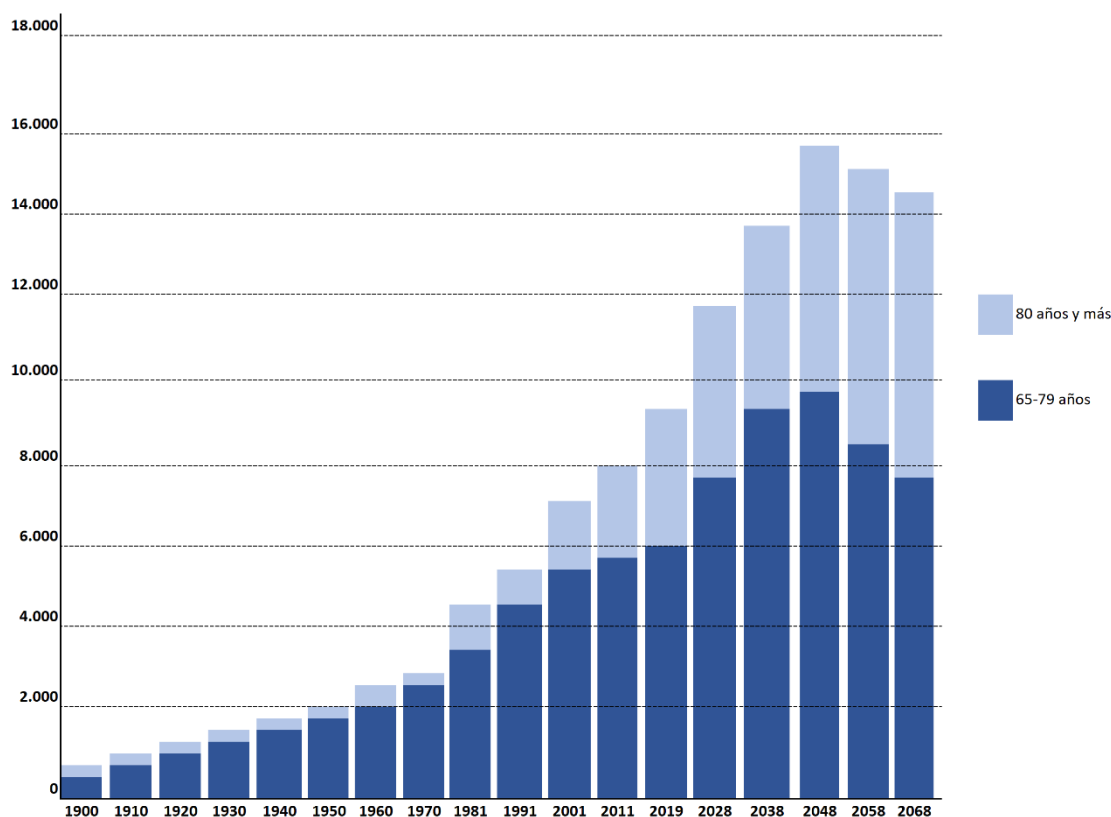
Según los datos estadísticos del Padrón Continuo (INE) publicados a 1 de enero de 2021 hay 9,27 millones de personas mayores, un 18,9% sobre el total de la población (47.341.567). La pirámide poblacional de España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores que tienen 65 ó más años.

Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios, que ya representan el 6,1% de toda la población, y seguirán ganando peso entre la población mayor en los próximos años según las proyecciones poblacionales. También aumenta el número de centenarios, que actualmente son 16.303 personas.

Según las proyecciones del INE (2018-2068) en 2068 (Figura 1), podría haber más de 14 millones de personas mayores, 29,4% del total de una población que alcanzaría los 48.531.614 habitantes (Pérez, Abellán, Aceituno y Ramiro, 2020).

Figura 1

Evolución de la población de 65 y más años. España, 1900-2068 (INE: 1900-2011. Consulta enero 2020)



En la vejez, hay una clara diferencia de género: las mujeres son mayoritarias superando en un 32% a los hombres (5.145.437 y 3.911.756 respectivamente), y esto se acentúa con la edad.

La nueva enfermedad por Coronavirus (COVID-19, a partir de ahora), identificada por primera vez en la ciudad china de Wuhan en diciembre de 2019 y declarada pandemia el 11 de abril de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) se está cobrando miles de vidas especialmente de personas mayores ya que la probabilidad de muerte aumenta con la edad (CDC, 2020; Onder, Rezza y Brusaferro, 2020).

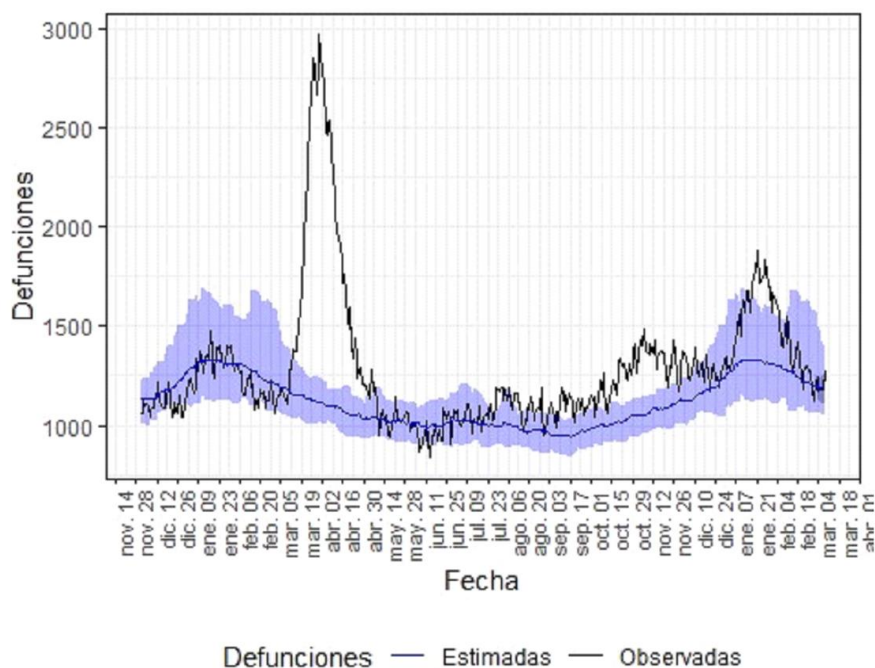
Los registros civiles han observado desde marzo del 2020 un exceso de fallecimientos, tomando como referencia los cinco años anteriores (INE, 2021). Se incluyen muertes que no son directamente por la COVID-19, pero sí atribuibles a la pandemia. El

exceso de muertes es del 4% para menores de 40 años y del 42% para los mayores 75 años. El exceso total ronda las 92.000 muertes y el 80% son personas de 75 años o más (73.600).

España alcanzó durante el año 2020 una tasa de mortalidad del 18,52% (INE, 2021). En la Figura 2 se muestra la mortalidad desde diciembre 2019 a 9 de marzo de 2021, incluyendo en este periodo el primer estado de alarma (marzo-mayo 2020), pico de personas fallecidas en España, foco de estudio y análisis en nuestra investigación, reflejando las *defunciones observadas* (negro), *estimadas* (azul), e *intervalo de confianza* del 99% (banda azul).

Figura 2

Mortalidad por todas las causas observadas y esperada. España, diciembre 2019 hasta 09 marzo del 2021



La esperanza de vida es uno de los indicadores que mejor reflejan las condiciones sanitarias, sociales y económicas de un país. Desde los primeros registros del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 1975, la esperanza de vida en España ha crecido de forma casi ininterrumpida, sin embargo, en el año 2020 esta cayó debido a los decesos por la pandemia (INE, 2020). En el año 2020 la esperanza de vida para ambos sexos fue de 82,4 años, teniendo las mujeres una esperanza de vida al nacer de 85,1 años y los hombres

de 79,7 años. Entre las personas de 65 y más años, las mujeres destacan por tener una esperanza de vida mayor que los hombres dándose, por tanto, la *feminización de la población mayor*, pero su esperanza de vida saludable es menor, por la mayor supervivencia y morbilidad. En España, en las primeras décadas del siglo XX, ya existía un mayor porcentaje de población femenina al tener las mujeres mayor esperanza de vida que los hombres; en el año 2017 la esperanza de vida al nacer de los hombres se situaba en los 80,4 años y en las mujeres en los 85,7 años (Abellán et ál., 2019). La mayor supervivencia de las mujeres se debe, por un lado, a las diferencias por género en la mortalidad de adultos y personas mayores; por otro, a las pérdidas de hombres ocasionadas durante la Guerra Civil provocando diferencias en las generaciones nacidas a principios de siglo XX. En esta línea, Cullen, Baiocchi, Eggleston, Loftus y Fuchs (2016) afirman que las diferencias de género en la mortalidad, no solo dependen de diferencias biológicas, sino que también dependen de circunstancias sociales, de salud y sanitarias del entorno; las mujeres tienen mayor capacidad de supervivencia ante condiciones socioeconómicas adversas.

Respecto al estado civil de las mujeres, a partir de los 80 años predominan las *viudas*, teniendo los hombres mayor probabilidad de morir estando casados, y las mujeres mayores, estando viudas (Abellán et ál., 2019).

La *esperanza de vida saludable* se construye a partir de datos generales sobre la morbilidad crónica y sobre la salud autopercebida. A los 65 años, el 53.7% de los hombres viven en buenas condiciones, mientras que sólo lo hace el 44 % de las mujeres (Abellán et ál., 2019).

Las personas mayores suponen el 45,9% de todas las altas hospitalarias (2019) y presentan estancias más largas que el resto de la población (INE, 2019).

Las enfermedades crónicas o de larga duración con un patrón de edades más diferenciado por sexo son la artrosis y depresión, que están más presentes en mujeres de edad intermedia (55-64 años) y en las mujeres mayores (65 años y más); bronquitis crónica

y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) predominan en los hombres; también presentan más problemas de tensión alta que las mujeres hasta los 74 años.

El 23,8% de las personas mayores tiene diabetes (25,8% en el caso de los hombres, 22,1% en mujeres) y son las mujeres mayores de 85 años las que presentan más colesterol que los hombres según datos de la Encuesta Nacional de Salud (2020).

Las personas mayores con múltiples condiciones de salud (comorbilidad) son las poblaciones más vulnerables durante la pandemia de COVID-19 (Jordan, Adab y Cheng, 2020; Logar, 2020; Niu et ál., 2020). Padecer enfermedades cardíacas, pulmonares o diabetes, aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones más graves por esta enfermedad (CDC, 2020). La tasa de letalidad puede alcanzar el 20% entre las personas mayores de 80 años (Onder, Rezza, y Brusaferró, 2020) o con multimorbilidad (Jordan, Adab y Cheng, 2020; Logar, 2020; Niu et ál., 2020).

Según el INE (2020) el 23,0% de las defunciones en los cinco primeros meses de 2020 fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio. Las enfermedades infecciosas, que incluyen la COVID-19 virus identificado y la COVID-19 sospechoso, fueron la segunda causa de muerte (20,9% del total), superando a los tumores (20,4%).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el 95% de las muertes por la COVID-19 se producen entre personas mayores de 60 años, y además, el 50% de todas las muertes se producen entre personas de 80 años o más (Lardieri, 2020; OMS, 2020).

Durante la vejez, la edad aumenta la probabilidad de vivir solos. En España se observa un incremento de hogares unipersonales en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son todavía menores que en otros países europeos. La proporción es mayor entre mujeres que entre hombres (2018: 31,0% frente a 17,8%) pero en estos hay un aumento notable en los últimos años (Eurostat, 2020).

La pandemia, además de la evidente amenaza de mortalidad, pone en grave riesgo de soledad a las personas mayores (Tyrrell y Williams, 2020; Pinazo-Hernandis, 2020).

2. Las personas mayores en tiempos de pandemia

La pandemia por COVID-19, se ha convertido en una crisis de salud pública mundial que ha generado una gran variedad de desafíos para el mundo (Servello y Evaristo, 2020; Wu y McGoogan, 2020). Teniendo en cuenta que este virus se propaga a nivel mundial entre seres humanos a un ritmo exponencial, varios países han adoptado medidas de prevención. Estas medidas incluyen, entre otras, el confinamiento domiciliario (Rodríguez, Garrido y Collado, 2020) autoaislamiento, restricción en la movilidad y cuarentenas (OMS, 2020). En España, el Gobierno declaró el estado de alarma el 14 de marzo de 2020, en consecuencia, desde el 15 de marzo se impuso una cuarentena absoluta y solo se permitió salir de los hogares en determinadas circunstancias (Gobierno de España, 2020).

Las acciones por parte de los gobiernos como el distanciamiento de amigos, vecinos y familiares se han convertido en una preocupación para proteger a las personas mayores del virus, aunque no sin efectos secundarios adversos, incluido un mayor aislamiento social, riesgo económico, discriminación por edad, retraso de tratamientos médicos y desafíos para satisfacer las necesidades básicas haciendo a las personas mayores especialmente vulnerables (Jawaid, 2020). Las medidas gubernamentales de *cuarentena* y *aislamiento físico* se imponen para proteger la salud física pero también tienen un impacto psicosocial negativo que puede ser duradero y de amplio alcance (Broks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg y Rubin, 2020; Pinazo-Hernandis, 2020). Algunos estudios demuestran efectos psicológicos negativos como consecuencia del aislamiento social: niveles de ansiedad, estrés, miedo o incluso presencia de síntomas depresivos que pueden persistir más allá de este período (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg

y Rubin, 2020; Jeong, Yim, Song, Ki, Min y Cho, 2016). La cuarentena se asocia a angustia psicológica, trastorno de estrés postraumático, depresión, y en general, niveles altos de estrés (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg y Rubin, 2020). Pappa et ál. (2020) en una revisión de 13 estudios realizados en países asiáticos, indican que la ansiedad y la depresión suelen tener una prevalencia superior al 20%, presentando mayor prevalencia las mujeres que los hombres. Diferentes estudios sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en China, muestran que más de la mitad de la población (53,8%), experimentó impacto psicológico moderado o severo (Wang et ál., 2020). Además, el 4,6% de la población china experimentó síntomas de estrés postraumático un mes después del brote de la COVID-19 (Sun et ál., 2020), aumentando un 7% en las zonas más afectadas (Liu et ál., 2020).

González et ál. (2020) estudiaron el impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de población española tres semanas después de la declaración del estado de alarma. El 18,7% de la muestra reveló un posible diagnóstico de depresión y el 21,6% ansiedad. Gustavsson y Beckman (2020) analizaron cómo perciben su salud mental personas mayores de 70 años o más en situación de aislamiento. Aproximadamente la mitad de los encuestados informaron sentirse deprimidos, reportando más sentimientos negativos las mujeres (55,4%) que los hombres (37,2%).

La cuarentena tiene importantes efectos psicológicos, afecta especialmente a las personas vulnerables en general y a las personas mayores vulnerables en particular, y conlleva muchos factores estresantes que dependen de la duración de la restricción de movilidad (Susó y Martín, 2020). El aislamiento social en personas mayores se relaciona con el aumento de depresión y suicidio, así como aumento de respuestas inmunitarias proinflamatorias y disminución de respuestas antivirales (Cole, Capitano, Chun, Arevalo, Ma y Cacioppo 2015; Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015), potenciando aún más la

vulnerabilidad de esta población a la COVID-19 (Jawaid, 2020). El autoaislamiento, distanciamiento social, desconexión social y soledad, están relacionados con la depresión y ansiedad. La desconexión social autopercibida y el aislamiento percibido, predicen síntomas más altos de depresión y ansiedad (Mukhar, 2020a; Rana et ál., 2020). El aislamiento social es uno de los factores que más contribuyen a la mortalidad en las personas mayores (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015) y tiene un impacto medible no solo en la calidad de vida sino también en resultados médicos (Luo, Hawkey, Waite y Cacioppo, 2012). El aislamiento social y la desconexión social, plantean un grave problema de salud pública en las personas mayores. Conllevan problemas psicosociales y fisiológicos de salud como problemas de salud mental, diabetes, problemas cardiovasculares, autoinmunes, neurocognitivos y neurobiológicos (Mukhar, 2020; Mukhar y Mukhar, 2020).

La pandemia de la COVID-19 ha impactado en la vida de las personas en todo el mundo, ya sea directamente, debido a la exposición al virus, o indirectamente, debido a las medidas para mitigar los efectos de virus (Malone, Hogan, Perry, Biese, Bonner, Pagel y Unroe, 2020). Las personas mayores se han visto particularmente afectadas al presentar mayor riesgo de padecer afecciones médicas subyacentes que aumentan la vulnerabilidad y por fallecer en número desproporcionalmente mayor al resto de la población, especialmente en residencias (Tyrrell y Williams, 2020).

La *vulnerabilidad* puede abarcar aspectos físicos, emocionales y cognitivos, teniendo más riesgo aquellas personas que experimentan fragilidad. Las personas mayores son un grupo particularmente vulnerable a los efectos nocivos de la COVID-19, exacerbando las tasas ya elevadas de síntomas depresivos y ansiedad. El distanciamiento social y la dependencia de terceros para la realización de las actividades de la vida diaria, hace a las personas mayores aún más vulnerables (Han y Mosqueda, 2020). La conciencia

de vulnerabilidad *per se*, genera ansiedad y síntomas psiquiátricos (Naarding, Voshaar, y Marijnissen, 2020).

Las altas tasas de infección y mortalidad entre las personas mayores han provocado debates sobre la equidad en torno a la toma de decisiones y asignación de recursos necesarios para la supervivencia (Nakazawa, Ino y Akabayashi, 2020; Rosenbaum, 2020), existiendo riesgo de discriminación (Fink, 2020). Algunas personas mayores se preguntan cuándo se volvieron desechables o invisibles (Socken, 2020). María Branyas de 113 años y superviviente de la gripe española de 1918, declaró que “los ancianos son los olvidados de la sociedad” (The Guardian, 2020).

Durante la pandemia se ha observado en muchas medidas *discriminación por edad* (Fraser et ál., 2020). La relación con otras personas proporciona una sensación de conexión, comodidad y fuente de resiliencia que es un fuerte amortiguador de los problemas de la vida y los sentimientos de estrés y angustia (Flett, Khan y Su, 2019) especialmente durante la pandemia (Flett y Zangeneh, 2020). Para Casale y Flett (2020) el miedo a no ser importante para otros es especialmente relevante para las personas mayores que han estado aisladas o socialmente desconectadas, temiendo ser olvidadas. Existe una asociación positiva entre sentir que uno importa a otros, salud física, bienestar psicológico y satisfacción con la vida (Flett y Heisel, 2020). Jenkins y Germaine (2019) encontraron beneficios para la salud en las personas mayores que continúan trabajando en su octava o novena década de vida al sentirse valoradas y tener un propósito en la vida.

En una revisión sistemática, Chang, Kannoth, Levy, Wang, Lee y Levy (2020) encontraron que la discriminación por edad estaba asociada con numerosas consecuencias negativas para la salud. Es omnipresente, dañina y posiblemente el principal aspecto que subyace al abuso de las personas mayores. Desde el principio, el coronavirus ha inspirado

pensamientos y comentarios negativos dada su predilección por dañar a las personas mayores (Han y Mosqueda, 2020).

Levy, Chung, Bedford y Navrazhina (2014) analizaron el contenido en Facebook sobre las personas mayores y encontraron que la mayoría de descripciones se centraban en estereotipos negativos del envejecimiento, incluida la infantilización y el desprecio.

Jiménez, Gómez y Soto (2020) analizaron el contenido de Twitter relacionado con la COVID-19 y las personas mayores, y concluyeron que el 21,1% de los mensajes tenían contenido que implicaba que la vida de las personas mayores era menos valiosa. Alrededor de una cuarta parte de todos los tweets eran discriminatorios, ya sea porque incluían bromas o burlas dirigidas a personas mayores o porque su contenido minimizaba la relevancia de la COVID-19 y/o implicaba que la vida de las personas mayores era menos valiosa.

Los mensajes de edad también se encuentran en anuncios impresos y televisivos, programas de televisión, mensajes de políticos e incluso en profesionales de la salud; a menudo albergan ideas erróneas acerca de las personas mayores relacionadas con el estereotipo negativo de que son dementes, frágiles e insalvables (Wyman, Shiovitz-Ezra y Bengel, 2018; Loos e Ivan, 2018).

Organizaciones como *Help Age International* y la *Federación Internacional de Envejecimiento*, han creado contenido destinado a brindar información a las personas mayores y cuidadores, y combatir la discriminación por edad (Federación Internacional de Envejecimiento, 2020). Fomentar actitudes no discriminatorias requiere aprender a reconocer y apreciar la heterogeneidad y el valor de las personas mayores como miembros esenciales de la sociedad (Ory, Kinney, Hawkins, Sanner y Mockenhaupt, 2003).

La soledad, es un problema grave al que se enfrentan muchas personas mayores. En España, la proporción de mujeres mayores que viven solas supera a la de los hombres; 29.9% frente a 17.7% (INE, 2017; Abellán et ál., 2019) y lleva a un devastador coste físico y

mental; contribuye a problemas de salud y mortalidad temprana (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015). La soledad no deseada debida entre otros factores a la falta de contactos personales facilita la aparición de síndromes depresivos y dependencia, es decir, situaciones de vulnerabilidad. El 78% de las mujeres mayores de 65 años viven solas, frente al 22% de los hombres (Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO, 2014). Los roles tradicionales de género podrían influir en estos porcentajes, ya que el hombre se quedaría solo al enviudar, aunque también muchos de ellos, recurrirían a otras formas de convivencia con hijos u otros familiares; por el contrario, las mujeres preferirían en un mayor porcentaje vivir solas (Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO, 2014) a pesar de tener mayor sentimiento de soledad (IMSERSO, 2011). Es frecuentemente estigmatizada, trivializada o ignorada, a pesar de la fuerte asociación con la morbilidad física, psicológica y mortalidad prematura (Cacioppo y Cacioppo, 2018). Esta marginación es particularmente frecuente en personas mayores, lo que representa un problema de salud pública cada vez más urgente en el envejecimiento de la población mundial (Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015). Existe asociación negativa entre sentirse importante para otros y soledad (Flett y Heisel, 2020).

3. Las personas mayores que viven en residencias y el modelo de atención integral centrada en la persona

3.1. Las personas mayores que viven en residencias

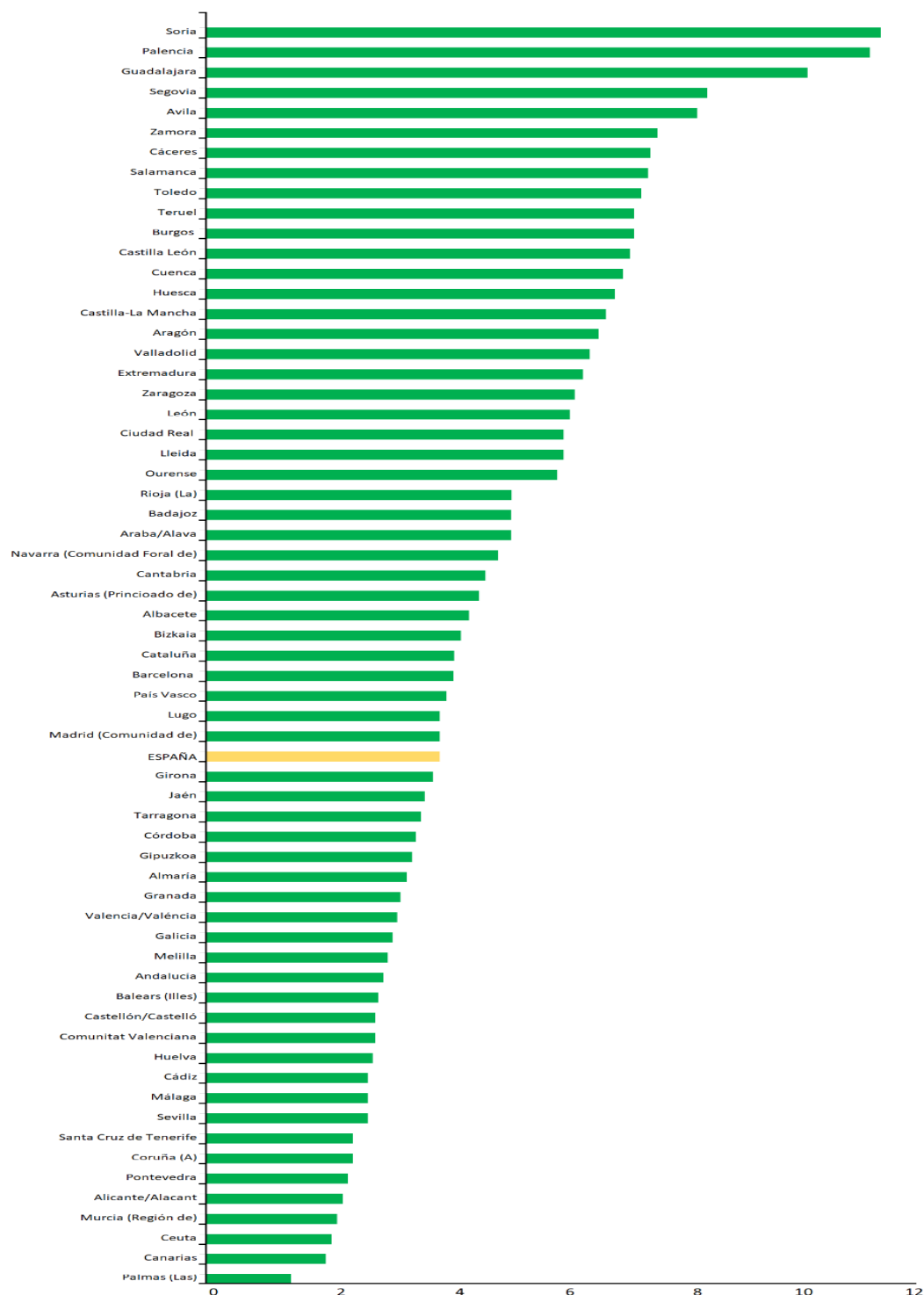
Los cambios demográficos, sociales y estructurales a nivel familiar hacen necesario el desarrollo de diferentes recursos asistenciales que proporcionen los cuidados que precisan algunas personas mayores. A las familias les resulta difícil conciliar la vida laboral y familiar, y muchas personas necesitan cuidados profesionales debido a su situación de vulnerabilidad y dependencia, lo que lleva a la necesidad de institucionalizar a las personas mayores, especialmente las más vulnerables.

La mayoría de las personas mayores que optan por un servicio de atención residencial lo hacen debido a problemas de salud (de causa sanitaria) que no pueden ser atendidos en el domicilio. Son personas con problemas de salud complejos, asociados a niveles de dependencia cada vez más elevados, que requieren de atención por profesionales y recursos especializados de carácter sanitario además de social. Su situación precisa una prestación farmacéutica compleja y la utilización de productos sanitarios y a menudo, de nutrición enteral, que deben gestionar, no sin dificultades, los centros residenciales (Instituto Edad y Vida, 2015). Un informe del IMSERSO afirma que en España el número de personas mayores institucionalizadas se ha triplicado en los últimos 10 años (IMSERSO, 2019) siendo las mujeres mayores las que ocupan más plazas residenciales por tener mayor esperanza de vida y vivir más años con discapacidad y en situación de dependencia.

Los servicios de Atención Residencial en España tienen una oferta de 6.240 centros con un total de 391.475 plazas, y un índice de cobertura de 4,32 plazas de residencia por cada 100 personas mayores. De las 280.317 personas usuarias, el 70% son mujeres y el 82%, supera los 80 años. Los servicios de atención residencial más demandados son los Centros Residenciales, cuyas plazas constituyen el 97% de las plazas y en segundo lugar las viviendas para mayores (IMSERSO, 2019); existen diferencias significativas entre provincias (Figura 3) (Pérez, Abellán, Aceituno y Ramiro, 2020). En España, aproximadamente el 51% de las residencias son de gran tamaño, albergando a 100 o más residentes (Envejecimiento en red, 2019).

Figura 3

Ratio de plazas de residencias de la población de 65 y más años, por Comunidad autónoma y provincias, 2019 (Envejecimiento en red, base de datos de residencias, 2019)



Si analizamos los datos de centros residenciales por comunidades, las ratios son muy desiguales. Soria es la comunidad donde hay mayor ratio con 11 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, muy seguida de Palencia que tiene una ratio de 10,3. La

comunidad autónoma con la ratio más baja es Las Palmas que tiene únicamente 1,7 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, seguida de Canarias (2,1) y Ceuta (2,2). Por lo que respecta a la Comunidad Valenciana, la ratio es de 3,2 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años (Pérez, Abellán, Aceituno y Ramiro, 2020).

La mayor parte de las residencias en nuestro país, pertenecen al sector privado y el control de su actividad y los conciertos de la Administración Pública con las mismas depende en la mayor parte de casos de las Consejerías autonómicas de Bienestar Social. Es decir, es un recurso administrativamente social con un componente sanitario. No está concebido como centro hospitalario, por lo que en muchas ocasiones no dispone de espacios ni recursos para tratar cuestiones de carácter sanitario, como ocurre actualmente con la COVID-19 (Tarazona, Martínez, Vidán y García, 2020).

Los residentes se encuentran entre las poblaciones más afectadas por muertes relacionadas con el virus (Barnett y Grabowski, 2020) como ya hemos dicho antes y representan más de la mitad de las muertes relacionadas con la pandemia por todo el mundo (Comas, Zalakain, Litwin, Hsu, Lane y Fernández, 2020) lo que plantea una fuente de ansiedad y angustia existencial para los residentes y sus familias. Vivir en lugares cerrados y el acceso limitado a equipos de protección personal, aumentan el riesgo de transmisión del virus que, junto con los desafíos de la atención médica asociados con la escasez de personal, da lugar a múltiples contagios y muertes (Flett y Heisel, 2020).

Por este motivo la prevención de la entrada de la COVID-19 es tan importante en dichos centros, así como el aislamiento de los casos positivos (Tarazona, Martínez, Vidán y García, 2020). Andrew Cuomo, gobernador de Nueva York dijo que “El coronavirus en una residencia puede ser como el fuego en la hierba seca” (Harris, Leland y Tully, 2020).

La fundación *Instituto Edad y Vida* (2015), recoge datos referentes al perfil de personas mayores que viven en residencias en nuestro país desde un punto de vista

sanitario. El 76% de las personas mayores que ingresan por primera vez en los centros residenciales, presentan pluripatología al tener 3 o más diagnósticos médicos activos. Los diagnósticos principales suelen estar relacionados con demencias, trastornos mentales o enfermedades cardiocirculatorias. El 54,5% de los residentes padecen malnutrición o están en riesgo de padecerla. El 18% de las personas mayores, presentan úlceras por presión, y el 27% obtiene una puntuación en la Escala de Barthel inferior a 20 puntos, lo que corresponde a una importante dependencia de tipo funcional. A nivel cognitivo, el 63% de los residentes de nuevo ingreso tienen alteradas las funciones cognitivas, siendo especialmente mujeres. El perfil de persona mayor que opta por un servicio de atención residencial lo hace debido, fundamentalmente, a problemas de salud complejos, altos niveles de dependencia y diferentes grados de deterioro cognitivo (Instituto Edad y Vida, 2015).

Según el Instituto Nacional de Estadística (2019) la edad promedio de un residente es de 86 años y más de un tercio tiene afección cardíaca, lo que les hace más susceptibles a la enfermedad del coronavirus. Tienen necesidades considerables de cuidado personal: 65% necesita ayuda para bañarse, 57% necesita ayuda para caminar, 49% necesita ayuda para vestirse y 42% necesita ayuda para ir al baño, lo que hace que el distanciamiento social sea casi imposible. Si el personal está ayudando con estas necesidades, aumenta el riesgo de transmisión. El 43% de los residentes tienen demencia, lo que hace que las medidas de prevención del distanciamiento social, y el lavado de manos sean mucho más difíciles de adoptar.

Campbell et ál., (2020) afirman que la reducción de la interacción social en residencias, implica la suspensión de visitas, comidas comunitarias en comedores y actividades grupales. Gran parte de los efectos del distanciamiento físico están relacionados con la idea de que las relaciones sociales implican un alto grado de presencia y contacto

físico. Compartir el espacio físico y el contacto es una característica valiosa de las relaciones familiares y sociales. Para compensar algunas de estas limitaciones, el contacto social con otros a través del teléfono o videollamadas, puede ayudar a mantener las conexiones sociales, pero la calidad de los contactos se reduce en comparación con las interacciones físicas cara a cara y es posible que algunas personas mayores no tengan acceso a tales tecnologías (Seifert, 2020).

3.2. El modelo de atención integral centrada en la persona

Tradicionalmente, el modelo de atención en centros residenciales ha centrado los cuidados en un modelo biomédico en el que la persona receptora de cuidados es considerada como paciente (sujeto pasivo) al que proporcionarle cuidados médicos y cubrir sus necesidades básicas, basándose en una visión centrada en la enfermedad y el déficit; clasifica a las personas según su patología y protocoliza las tareas con un criterio predominantemente clínico (Vila-Miravent, Villar, Celdrán y Fernández, 2012).

La psicología humanista que surge en el siglo XX, refuerza una visión del ser humano como ser único, consciente y con capacidad de elegir. Uno de los psicólogos más relevantes de este movimiento es Carl Rogers (1977) que introduce el concepto de “terapia centrada en el cliente”, siendo uno de los precursores de “la atención centrada en la persona” que pretende romper con los paradigmas de los modelos de cuidados biomédicos.

El modelo de atención centrada en la persona (MAICP, a partir de ahora), aporta una visión radicalmente diferente de otros modelos clásicos; la principal diferencia estriba en el rol activo que la MAICP otorga a la persona y las consecuencias que ello genera en la relación asistencial y en el modo de intervenir. En las prácticas de corte paternalista (centradas en el servicio) donde los profesionales son quienes deciden todas las cuestiones de la vida cotidiana de las personas, la atención individual se dirige a cubrir las necesidades sin tener en cuenta su participación en el proceso. La MAICP pretende que cada persona

(incluyendo a quienes tienen mermada su autonomía) tome un papel de agente central y activo pudiendo seguir, en la medida de sus capacidades y deseos, gestionar su vida y tomar sus decisiones (Martínez, 2013).

Según Martínez (2013) los modelos centrados en las personas sitúan el foco en las capacidades y fortalezas frente a los déficits y enfermedades; la intervención es global proponiendo planes de vida donde la persona participa frente a intervenciones parciales destinadas a resolver problemas de las personas que perciben las demás; las decisiones se comparten con la persona y la familia frente a la decisión y poder único del profesional; ven a las personas dentro de su entorno y comunidad frente al encuadre aislado en los servicios sociales; utiliza un lenguaje cercano y accesible frente a un lenguaje clínico y con tecnicismos.

La atención centrada en la persona es un modelo de atención que busca la calidad de vida de las personas que necesitan cuidados desde la profesionalidad y el conocimiento que ofrece la investigación, pero poniendo en el centro a la persona; partiendo de sus necesidades, y sobre todo, respetando sus derechos, preferencias y deseos (Martínez, 2013). Pretende huir de los cuidados basados en enfoques paternalistas en los que los expertos son quienes diseñan y llevan a cabo intervenciones en base a problemáticas, apostando por la buena praxis profesional que considere en todo momento la dignidad y el proyecto vital de las personas que viven en los centros residenciales (Martínez, 2016).

Martínez (2013) creó el *Decálogo de la Atención Centrada en la Persona*, que se centra en:

1. Todas las personas tienen dignidad con independencia de la edad, enfermedades, estado cognitivo o grado de discapacidad o dependencia; las personas mayores son poseedoras de dignidad, por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.

2. Cada persona es única, ninguna persona mayor es igual a otra; cada persona tiene su propio proyecto vital, por tanto, la atención personalizada es imprescindible.

3. La biografía es la razón esencial de la singularidad, es lo que convierte en única a cada persona mayor; por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención.

4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida, la persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención; por tanto, se respeta la autonomía de las personas y se buscan oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.

5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía no entendiéndose como una capacidad única y fija, por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.

6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades; las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades; por tanto, la mirada profesional no se fija solo en los déficits y limitaciones y busca una relación que reconoce las fortalezas y capacidades de cada persona y el fortalecimiento de las mismas.

7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo especialmente en las personas en situación de dependencia. El ambiente físico tiene gran importancia en su bienestar subjetivo; por tanto, es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.

8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia, lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influyen de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo; por tanto, se procuran actividades plenas de sentido que además de servir de estímulo y terapia resulten agradables y hagan sentir bien a las personas.

9. Las personas son interdependientes, el ser humano se desarrolla y vive en relación social; necesita a los demás y a la vez influye en ellos; por tanto, los otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y en el logro del bienestar.

10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios. En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales; requieren de apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones; por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

Este modelo tiene cada vez más relevancia en personas mayores, especialmente en personas con demencia (Lee et ál., 2020).

La crisis del coronavirus en las residencias en España, ha reabierto el debate sobre cómo definir modelos de cuidados de calidad y sostenibles. El debate existe desde hace tiempo, promovido por un creciente número de profesionales de servicios sociales, gerontólogos y geriátricos. Este cambio es demandado nuevamente con la crisis del coronavirus (Fundación Pílares, 2020) y trata de un cambio de enfoque y cambio operativo; el cambio de enfoque implica el diseño de políticas y modelos de cuidados integrales y centrados en las personas, reconociendo su diversidad y autonomía plena; el cambio operativo consiste en orientar las residencias hacia un modelo de pequeñas unidades de convivencia, tipo hogar (Cabrero, 2020).

Ahora más que nunca, en esta situación de excepcionalidad que estamos viviendo y en la que miles de personas mayores ven vulnerados sus derechos, es imprescindible revisar el modelo residencial actual e implantar el modelo de atención centrado en la persona, dotando a los profesionales de formación y a las residencias recursos para tal fin.

En este capítulo hemos visto cómo envejece España y los cambios demográficos que está produciendo la pandemia en la sociedad repercutiendo especialmente en las personas mayores; cómo está afectando la COVID-19 en la salud física y mental de la población en general y en las personas mayores vulnerables en particular, haciendo un especial llamamiento a la necesidad de cambio de modelo en atención residencial especialmente ahora en la situación de pandemia que vivimos.

Capítulo II

Aspectos emocionales y psicológicos en personas mayores

1. Las emociones en el envejecimiento

El envejecimiento es una etapa del ciclo vital que se caracteriza por una posible acumulación de acontecimientos vitales estresantes, dado que las personas se enfrentan a la jubilación, nido vacío, viudedad o pérdida de seres queridos, reducción de poder adquisitivo o nivel social, dolencias físicas, disminución de la capacidad funcional, aumento de dependencia, etc., situaciones que se procesan muchas veces como daño o pérdida (Herrera, Fernández y Barros, 2018) y se asocia a numerosos cambios en el funcionamiento físico, cognitivo, social y emocional. Sin embargo, a pesar de estas experiencias, las personas mayores muestran un buen ajuste emocional en esta etapa (Sara, Rivera y Ramos, 2017) y lejos de ser una etapa de desesperanza y tristeza, ésta se caracteriza por altos niveles de bienestar (Pérez et ál., 2019), satisfacción (García, 2016) y estabilidad emocional (Scheibe y Carstensen, 2010). En los estudios relativos a las emociones en la vejez, no existe un claro consenso con respecto a si éstas se ven afectadas por la edad y, de ser así, cómo cursan los cambios.

Galiano y Arrieta (2020) definen el envejecimiento como un proceso de crecimiento vital y la vejez, una etapa más de la experiencia humana, momentos en los que se reconocen y enriquecen las potencialidades de las personas mayores gracias a su recorrido personal. En definitiva, junto a las posibles limitaciones cognitivas, físicas y funcionales que puedan aparecer ante el ineludible paso del tiempo, existen una serie de capacidades y potencialidades que mejoran y se enriquecen especialmente con la edad.

Es necesario abordar el tema de las emociones en esta etapa, como factor protector y esencial para el desarrollo de la satisfacción personal y la integridad en las últimas etapas del ciclo vital.

A partir de los años 90, comienzan a surgir los trabajos de investigación que relacionan las emociones y la vejez (Scheibe, Esteban, Arnay y Marrero, 2015) que hasta

entonces centraban el interés en el estudio de las capacidades biológicas y cognitivas, que declinan con la edad. En esta línea, resulta especial interés el desarrollo de la psicología positiva, que aporta claras evidencias sobre cómo los estados de ánimo positivos influyen en las personas a pensar y procesar la información de un modo más flexible, favoreciendo las habilidades de afrontamiento y la implicación en el desarrollo personal y consecución de metas significativas (Mata, Fernández, Pascual, Gómez y Fuertes, 2019).

Las emociones pueden ser positivas y negativas y su estudio se ha desarrollado ampliamente en los últimos años orientando la investigación hacia cómo las emociones median y modulan nuestro día a día y cómo pueden influir en la salud física (Pérez-Fuentes et ál., 2016) y psicológica (Flórez et ál., 2018) a través del estudio de variables como el bienestar psicológico (Cortese et ál., 2018) la madurez psicológica o la satisfacción personal (García, 2017).

Las emociones negativas pueden llevar a síntomas y síndromes desadaptativos para la persona; es por ello, por lo que a continuación abordaremos algunos de ellos.

1.1. Emociones negativas

Para Marin (1991), la *apatía* es un síntoma y síndrome neuropsiquiátrico diferente a la depresión. La apatía como síndrome se corresponde con la pérdida de motivación primaria que no es atribuible a la angustia emocional, el deterioro intelectual o la disminución del nivel de consciencia. La apatía como síntoma es la pérdida de motivación debida a un deterioro cognitivo, emocional o de consciencia.

Está especialmente relacionada con la demencia (García-Alberca, Lara y Berthier, 2010; Zhao et ál., 2016), aunque también la sufren personas mayores con otras enfermedades neurodegenerativas, como el Parkinson y el accidente cerebrovascular (ACV) (Custodio et ál., 2018).

Puede confundirse con la depresión porque ambos síntomas pueden manifestarse como disminución del interés, desaceleración y falta de energía, es decir, como una pérdida de la motivación, pero en el caso de la apatía, esta falta de motivación no va acompañada de disforia como en el caso de la depresión (Cerejeira, Lagarto, y Mukaetova-Ladinska, 2012).

En una revisión de 59 estudios longitudinales en personas mayores con diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo, Van der Linde et ál. (2016) encuentran que la apatía es el único síntoma que siendo el más prevalente al inicio de la enfermedad, se mantiene muy presente durante todo el transcurso de la misma. Cada vez más autores afirman que existe apatía en fases previas a la demencia (Spalletta et ál., 2010).

La revisión de Zhao et ál. (2016) obtiene que una media de 49% de personas que tienen demencia, pierde el interés por las costumbres o actividades que antes les resultaban placenteras con valores que van del 41% a 57%. El trabajo de Bergh y Selbaek (2012), detectan apatía en un 44,5% en personas que viven en ámbito comunitario y en un 61,5% en personas en atención hospitalaria.

La presencia de apatía dificulta que la persona se interese o integre en su rutina; participe en actividades o terapias terapéuticas, por lo que muchos autores afirman que la presencia de apatía es pronóstico de empeoramiento funcional, cognitivo y emocional (López-Dóriga y Andrino, 2016).

La conducta apática se presenta generalmente en situaciones de escasa estimulación y aun así los momentos en los que la persona duerme durante el día no son registrados como síntomas de apatía en muchos casos (García-Soler, Díaz-Veiga, de Eulate, Mondragón y Sancho, 2017) pudiendo ser los porcentajes de prevalencia mayores a los indicados.

Los estudios empíricos demuestran que las intervenciones en reminiscencia grupal, pueden mejorar los niveles de apatía de las personas mayores que viven en residencias con

Alzheimer en estadio leve (Ínel y Simsek, 2019) y estadio leve y moderado (Hsieh, Chang, Su, Hsiao, Shih, Han y Lin, 2010; Khait, Reagan, y Shellman, 2021).

La *ansiedad* es un proceso adaptativo que ayuda a nuestro cuerpo a prepararse ante situaciones de amenaza o de riesgo. Puede ir acompañada de sensaciones físicas como sudoración, temblores, taquicardia o sequedad de boca, de síntomas cognitivos como preocupación, sensación de agobio o miedos, entre otros (Cisneros y Ausín, 2019) y motores o conductuales, como huida o evitación.

Sin embargo, la ansiedad pasa a considerarse un trastorno cuando se convierte en desadaptativa, crea malestar a la persona e interfiere negativamente en su vida sin que quien la padece pueda controlarla.

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) hace una clasificación de todos los *trastornos de ansiedad* para facilitar su identificación. En el caso de la ansiedad como síntoma psicológico y conductual asociado a la demencia (SPCD, a partir de ahora), puede darse cuando la persona es consciente del deterioro psicológico, físico y social que supone la patología o incluso que el trastorno de ansiedad es un factor causal, un síntoma prodrómico que puede ser el desencadenante de que una persona con deterioro cognitivo leve desarrolle una demencia tipo Alzheimer (Gallagher et ál., 2011; Ramakers et ál., 2013). Los estudios de prevalencia de ansiedad en personas mayores muestran resultados muy dispares (Cisneros y Ausín, 2019; Mora y Mangas, 2019) debido probablemente a la falta de consenso en la medición, a la población seleccionada e incluso a que es probable que en esta población, la ansiedad se manifieste de forma distinta que en la población adulta o que incluso pudiese llegar a confundirse con otros SPCD (como la agitación psicomotriz o la irritabilidad) y esto todavía no esté contemplado por muchos estudios.

Tal y como ocurre con la apatía, los resultados de las investigaciones acerca de la ansiedad como síntoma SPCD son muy heterogéneos. Según la revisión de Zhao et ál.,

(2016), el promedio de aparición de síntomas de ansiedad en personas con demencia es de un 39% (en un intervalo de 32% a 46%) y gracias al meta-análisis que realizan, los autores encuentran que esta variabilidad depende de los métodos de evaluación elegidos por los diferentes estudios. En personas en ámbito comunitario, Bergh y Selbaek (2012) encuentran menor prevalencia, únicamente un 22,5%, mientras que en hospitales detectan 30,5% de aparición.

Ribeiro et ál. (2015) estudiaron la presencia de síntomas de ansiedad y sus predictores en personas mayores centenarias con deterioro cognitivo y sin deterioro cognitivo, con el fin de comprender mejor los determinantes de ansiedad en la vejez extrema. Los principales factores predictivos incluyeron peor percepción de salud, mayor número de afecciones médicas, preocupaciones económicas y soledad. Los resultados sugieren que, junto con el estado de salud (subjetivo y objetivo), la escasez de ingresos y sentirse solos, pueden predisponer a los centenarios a una ansiedad clínicamente significativa. Existen diferencias de género, siendo las mujeres más propensas a presentar ansiedad que los hombres (Carreira y Facal, 2017).

La pandemia COVID-19 ha cambiado sustancialmente nuestra vida diaria y sentido de seguridad provocando un impacto diferencial en la salud mental (Qiu et ál., 2020) repercutiendo especialmente en las personas mayores al tomar conciencia de su vulnerabilidad (Naarding, Voshaar y Marijnissen, 2020). El primer estudio científico que informa sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra española concluye el 21,6% presenta ansiedad (González, Ausín, Castellanos, Saiz, López, Ugidos y Muñoz, 2020), obteniéndose cifras similares a la de otros estudios (Wang et ál., 2020; Kang et ál., 2020). Según Yang et ál. (2020) y Liem et ál. (2020) las personas mayores pueden necesitar más intervenciones personalizadas que el resto de la población, presentando además más angustia (Williams, 2020).

Lopes, Afonso y Ribeiro (2016) realizaron un estudio cuasi-experimental con el objetivo de analizar el impacto de un programa de reminiscencia individual en un grupo de personas mayores con deterioro cognitivo que viven en residencias en las dimensiones de cognición, memoria autobiográfica, estado de ánimo, comportamiento y ansiedad. Las personas que asistieron a las sesiones de reminiscencia presentaron mejores resultados en comparación con el grupo control en cognición, ansiedad y depresión, recuperando además mayor número de eventos autobiográficos positivos y especificidad. Concluyeron que la terapia de reminiscencia podría ser útil para mantener o mejorar la función cognitiva, disminuir la ansiedad, controlar los síntomas depresivos y alteraciones de conducta, pero se necesitaría más investigación para valorar los efectos a largo plazo.

En esta línea, Shropshire (2020) en una revisión de 15 estudios y con una muestra de 815 personas, sobre intervención en reminiscencia para adultos mayores sin demencia que viven en comunidad y en residencias, concluye que esta intervención presenta beneficios positivos para la salud, mejoras en síntomas depresivos, bienestar, paz, satisfacción de vida, calidad de vida, compromiso social, habilidades cognitivas y disminución de la ansiedad.

La *depresión* es un trastorno heterogéneo que se manifiesta desde síntomas leves hasta un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. El *trastorno depresivo* se clasifica en el DSM-V (APA, 2013) dentro de los trastornos del estado de ánimo. Según este manual, el principal criterio diagnóstico es que la persona debe manifestar un mínimo de cinco síntomas que tienen que ver con disminución del interés, pérdida de peso, insomnio, sentimiento de inutilidad o ideas de suicidio entre otros, en un período de al menos dos semanas consecutivas. Además, el manual añade que estos síntomas deben afectar a la esfera funcional y social de la persona que los sufre y que no deben poder ser explicados

por la ingesta de alguna sustancia, por alguna otra patología o por una enfermedad mental previa (APA, 2013).

El diagnóstico de la depresión en personas con demencia no es el mismo que en personas sanas, por lo que se considera que los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2013) no pueden ser siempre aplicables en las personas con demencia. De hecho, la depresión como SPCD y la depresión en personas mayores sin demencia, siempre han sido áreas de investigación separadas (Van der Linde, Stephan, Savva, Dening y Brayne, 2012). A la hora de valorar la depresión como SPCD se deben evaluar las manifestaciones psicológicas y conductuales centrales de la depresión; lágrimas, tristeza, pensamientos de inutilidad, desesperanza, verbalizaciones sobre sentimientos de impotencia, ideas de muerte o ideas de suicidio (Cummings, 1997) y en este caso, se habla de síntomas depresivos y no de trastorno depresivo.

La revisión de Zhao et ál. (2016) encuentra una media de 42% de personas con demencia que presentan sintomatología depresiva (con un rango de 37% a 46%) debiéndose la variabilidad entre estudios a la edad de la muestra. Bergh y Selbaek (2012) la detectan en el 28% de las personas que viven en comunidad y en un 48% de las personas en atención hospitalaria. El trabajo de Helvik, Selbaek, Saltyte, Roeh y Bergh (2018) realizado en instituciones, considera que la sintomatología depresiva es el SPCD asociado a demencia más frecuente.

A nivel general, la Encuesta Europea de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) indica que las mujeres son quienes declaran en mayor medida tener problemas de salud mental como depresión o ansiedad.

Los miembros de la *Sociedad Británica de Geriatria y la Facultad de Psiquiatria del Royal College*, afirman que cuatro de cada diez personas mayores que viven en residencias están deprimidos y han creado un proyecto que muestra que el abordaje

multidisciplinar es el más adecuado en ese ámbito (Cooke, O'Hanlon, Mukherjee, Nee y Thompell, 2017). Los autores de este proyecto subrayan la importancia de la atención integral y centrada en la persona (AICP, a partir de ahora), y la participación de profesionales y familiares, es decir, del entorno social más próximo de los residentes.

Es un tema especialmente relevante teniendo en cuenta que puede aumentar el uso de psicofármacos en esta población, el consecuente aumento de patologías iatrogénicas y el incremento de la tasa de ideas de suicidio y mortalidad asociadas a la sintomatología depresiva (Lemos y Velez, 2015; Ortega, Ramón, Sánchez, Verdú y Vidal, 2017).

Duan y Zhu (2020) afirman que la actual crisis sanitaria producida por la pandemia provoca efectos psicológicos negativos graves, entre ellos, el trastorno depresivo mayor. Suso y Martín (2020) en un estudio realizado en España sobre la cuarentena y medidas de aislamiento, también afirman que esta situación ejerce una influencia negativa sobre el estado de ánimo depresivo.

Los problemas de salud mental son comunes en las personas mayores con síntomas depresivos. La rápida transmisión de la COVID-19, mayores tasas de mortalidad, aislamiento, distanciamiento social y cuarentena, podrían exacerbar el riesgo de problemas de salud mental en esta población (Mukhtar, 2020).

El aislamiento que vivimos desde marzo del 2020 ha impactado gravemente en las personas mayores requiriendo acciones urgentes para limitar las consecuencias en salud mental, ansiedad y depresión (Armitage y Nellums, 2020). Algunos estudios concluyen que ser mujer mayor, en comparación con ser hombre mayor (Cole, 2002) así como falta o pérdida de contactos sociales cercanos (Djernes, 2006) son factores de riesgo para la salud mental en personas mayores. Gustavsson y Beckman (2020) encontraron que la mitad de las personas mayores de 70 años informaron que la pandemia había contribuido a problemas de salud mental, insomnio y síntomas depresivos.

Los estudios empíricos demuestran que las intervenciones en reminiscencia grupal, pueden mejorar los niveles de depresión de las personas mayores que viven en residencias con Alzheimer en estadio leve (İnel y Simsek, 2019) y estadio leve y moderado (Hsieh, Chang, Su, Hsiao, Shih, Han, y Lin, 2010; Duru y Kapucu, 2016; Lök, Bademli, y Selçuk-Tosun, 2019; Khait, Reagan, y Shellman, 2021), obteniendo también mejoras en los niveles de depresión con intervención en reminiscencia individual (Van Bogaert et ál., 2016).

1.2. Emociones positivas

Albert Einstein en el siglo XX cambió el paradigma de que el cuerpo y la mente eran algo separado y funcionaban independientemente a más bien verlos en conjunto y que uno afecta al otro, “El universo es una red viviente, todo está conectado entre sí”, decía (Seaward, 2015) pero no fue hasta el siglo XXI, cuando el concepto de *bienestar* ganó un significado más completo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define *salud* como “un completo estado de la mente, espíritu y cuerpo para estar sano, y no solamente la ausencia de alguna enfermedad”.

Estudiar el *bienestar* en el envejecimiento se convierte en un reto para los profesionales ya que las personas mayores ven limitado su tiempo de vida en términos cuantitativos, y se enfrentan a una serie de disfunciones biológicas que repercuten en su calidad y proyecto de vida, por ello, debemos conocer cómo afectan estos cambios sobre el bienestar en su proceso de envejecimiento. Aunque el envejecimiento puede estar asociado a desafíos como pérdida de recursos económicos, sociales, deterioro de capacidades cognitivas y funcionales, también puede estar asociado a beneficios, aumento de espiritualidad, sabiduría, regulación emocional y capacidad de resolución de problemas. Estas mejoras se pueden explicar con la “paradoja del envejecimiento”, o la tendencia a

que aumenta el *bienestar subjetivo* con el paso de los años a pesar de los desafíos asociados a la edad (Ryan y Deci, 2001).

El análisis del bienestar ha mantenido dos líneas de trabajo paralelas en la definición del constructo, la que se centra en el denominado *bienestar subjetivo* (concepción hedónica) y la del *bienestar psicológico* (concepción eudaimónica). Estas dos concepciones, aunque muestran en algún caso variables idénticas, tienen sus propias características diferenciadoras (Triadó, Osuna, Resano y Villar, 2003).

Ambos tipos de bienestar, en el caso del envejecimiento, se convierten en una de las variables fundamentales de la calidad de vida.

El bienestar relacionado con la concepción hedónica o *bienestar subjetivo*, hace referencia a la experiencia subjetiva de felicidad, que surge como resultado de un balance global entre las situaciones de placer y displacer y que incluye, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y las evaluaciones afectivas tanto positivas como negativas (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).

Según Satorres (2013) el bienestar subjetivo es “lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Normalmente, se denomina *felicidad* al bienestar subjetivo experimentado cuando se sienten emociones agradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas” (p.89).

Diferentes estudios han mostrado que bajos niveles de bienestar subjetivo y falta de sentido de vida se asocian con mayor riesgo de mortalidad. El bienestar subjetivo y sentimiento positivo de vida son factores que predicen la longevidad y el envejecimiento saludable (Torres y Flores, 2018).

El bienestar subjetivo se asocia con medidas como autoestima, satisfacción con la vida, autoconcepto, depresión, salud percibida, calidad de vida, felicidad y soledad

(Pinquart y Sorensen, 2001); 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 estados positivos y negativos (componente afectivo emocional) y satisfacción vital o valoración de la trayectoria vital (componente cognitivo). Esta medida de bienestar subjetivo apoyada en la experiencia subjetiva, parece no experimentar grandes cambios con la edad, manteniendo la estabilidad en la satisfacción vital y existiendo pocos cambios en los estados afectivos.

Meléndez, Agustí, Delhom, Rodríguez y Satorres (2018) comparan el bienestar subjetivo entre jóvenes y personas mayores; obtienen diferencias significativas en la dimensión de afecto positivo con puntuaciones más altas en las personas mayores. En cuanto al bienestar psicológico, las personas mayores obtienen medias más altas en dimensiones de autoaceptación, autonomía y dominio del ambiente; en las dimensiones de relaciones positivas con otros y crecimiento personal, son los jóvenes los que presentan medias significativamente más altas. Las diferencias obtenidas señalan que las personas mayores muestran significativamente mayor cantidad de afectos positivos y satisfacción que los jóvenes.

Por otro lado, el bienestar relacionado con la concepción eudaimónica (según Aristóteles, la felicidad en la realización del daimon o verdadera naturaleza de cada uno) se ha denominado “*bienestar psicológico*” siguiendo a Ryan y Deci (2001). Respecto al bienestar psicológico, más asociado a la consecución de nuestros potenciales, Ryan y Deci (2001) lo sitúan en el proceso de consecución de aquellos valores que nos hacen vivos y auténticos; nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades placenteras o displacenteras.

Siguiendo a Ryff (1995) “una caracterización más ajustada del más alto de los bienes humanos es definirlo como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio

potencial". La autora entiende el bienestar como la consecución de metas y propósitos personales que se obtienen a través de esfuerzo personal y atravesando desafíos.

Así pues, se entiende el bienestar psicológico como la construcción personal que descansa en el desarrollo psicológico de cada uno y en la capacidad para interactuar de manera armoniosa con las circunstancias de la vida.

Un modelo integral de bienestar es aquel que supera la idea de que los aspectos económicos garantizan el bienestar personal e integra los aspectos psicosociales y personales. Hacemos referencia a la capacidad de respuesta personal estrechamente relacionada con la naturaleza individual de cada uno, sus fortalezas internas, las habilidades personales e interpersonales, así como el sentido que haya podido construir en su experiencia de vida. Desde este punto de vista, podemos definir *bienestar psicológico* como el equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños, realidades conseguidas o posibles, que se expresan en términos de capacidad de afrontar los acontecimientos vitales con el fin de conseguir una adaptación o ajuste.

Los investigadores tratan de encontrar cuáles son los factores relacionados con el bienestar e intentan medir en qué medida las personas los cumplen. Mientras que la visión anterior de bienestar (bienestar subjetivo) tan sólo puede medirse a través de experiencias subjetivas, en esta (bienestar psicológico), encontramos que Ryff (1995) identificó 6 dimensiones del bienestar:

- a. Autoaceptación, definida como la actitud positiva hacia sí mismo.
- b. Relaciones positivas con otros, entendida como el mantener relaciones estrechas con otras personas basadas en la confianza y empatía.
- c. Autonomía, definida por el mantenimiento del criterio personal no dejándose influenciar por otras personas.

- d. Competencia ambiental, entendida como la capacidad de controlar o manejar el entorno donde se está.
- e. Propósito de vida, referida a los objetivos vitales que tiene una persona, así como la integración de las experiencias pasadas y futuras con el presente.
- f. Crecimiento personal, referido a la capacidad de las personas a abrirse a nuevas experiencias que le enriquezcan y le permitan realizar todo su potencial.

De esta visión multidimensional de bienestar, la autora diseñó un cuestionario donde recogía estas 6 dimensiones con la intención de medir o estudiar el concepto de bienestar de las personas mayores.

Si atendemos a los cambios que se experimentan en el bienestar a lo largo del ciclo vital, en líneas generales, se observa que las dimensiones relativas al bienestar subjetivo se mantienen estables a lo largo del tiempo, no produciéndose así en lo relativo al bienestar psicológico (Mayordomo, Sales, Satorres y Meléndez, 2016; Meléndez, Agustí, Delhom, Rodríguez y Satorres, 2018).

En general, las investigaciones revelan que el equilibrio entre las emociones negativas y positivas (balance afectivo) y la satisfacción vital, no sufren cambios significativos con la edad (Wagner et ál., 2013; 2014). Sí que se observa que la frecuencia de emociones (tanto negativas como positivas), disminuye a lo largo del tiempo en las personas, especialmente aquellas que requieren un nivel alto de activación fisiológica (desesperación).

En contexto de pandemia, las consecuencias del bienestar psicológico suelen pasar desapercibidas (Zhang, Wu, Zhao y Zhang, 2020). En relación a este hecho, Rodríguez, Garrido y Collado (2020) realizan un estudio sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en población española; concluyen que más del 36% de los participantes mostraron malestar psicológico significativo debido a la actual crisis de salud.

El bienestar psicológico se puede predecir por el grado de satisfacción de tres necesidades básicas: *autonomía* (capacidad para regular acciones), *competencia* (capacidad para interactuar con el entorno) y *relación* (capacidad para buscar y desarrollar conexiones y relaciones interpersonales). Todo esto entra en conflicto con la situación de aislamiento y cuarentena al mantener a las personas alejadas unas de otras pudiendo inhibir la necesidad de desarrollar conexiones y relaciones interpersonales (Antunes, Frontini, Amaro, Salvador, Matos, Morouço y Rebelo, 2020).

Según Plagg, Engl, Piccoliori y Eisendle (2020) el miedo, estrés, soledad y aislamiento social de las personas mayores durante la pandemia, pueden socavar la capacidad de recuperación y, como consecuencia, comprometer aún más el bienestar subjetivo y psicológico.

Sutipan, Intarakamhang y Macaskill (2017) en una revisión sistemática identifican ocho intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar en personas mayores; *reminiscencia* (Chiang et ál., 2008; Preschl et ál., 2012), *gratitud* (Killen y Macaskill, 2015) *perdón*, *optimismo*, *disfrutar de experiencias positivas*, *curiosidad e intervención multicomponente* (Ho, Yeung, y Kwok, 2014). En todos los casos se asociaron mejoras significativas en bienestar, mejorando los síntomas depresivos, siendo la intervención de *gratitud* sumamente efectiva para promover el bienestar a largo plazo en personas mayores sanas (Sutipan, Intarakamhang, y Macaskill, 2017).

Tam, Poon, Mahendran, Kua y Wu (2020) realizan una revisión sistemática y metaanálisis sobre la efectividad de la intervención en reminiscencia para mejorar el bienestar psicológico en personas mayores de 60 años o más sin deterioro cognitivo; concluyen que la intervención reduce significativamente la sintomatología depresiva y mejora la satisfacción con la vida, observándose efectos positivos en autoestima, bienestar psicológico y felicidad.

Los estudios empíricos demuestran que las intervenciones en reminiscencia grupal, pueden mejorar los niveles de bienestar psicológico de las personas mayores que viven en residencias (González, Mayordomo, Torres, Sales y Meléndez, 2015) y también en comunidad (Meléndez, Fortuna, Sales y Mayordomo, 2015; Viquer, Satorres, Fortuna y Meléndez, 2017; Van Agteren, Iasiello, Lo, Bartholomaeus, Kopsaftis, Carey y Kyrios, 2021).

1.3. Reconocimiento y gestión de emociones

Los cambios bio-psico-sociales que se producen en el proceso de envejecimiento interactúan con las emociones de las personas mayores. El reconocimiento y formas de gestionarlas en esta etapa de la vida afecta a la calidad de vida y bienestar; de este modo, a la hora de adaptarse al envejecimiento, las personas mayores necesitan una intervención efectiva de estructuras y procesos emocionales y motivacionales que favorezcan dicha adaptación (Márquez, 2008). En esta línea, Laura Carstensen (1993), postula *La Teoría de la Selectividad Socioemocional*, y sugiere que al envejecer, las personas se hacen más selectivas en la consecución de las metas, siendo las personas mayores las que buscan en mayor medida, metas que conducen al significado y a emociones positivas.

Las emociones pueden actuar como *predictoras de salud* y calidad de vida, o bien, como variables de resultado de la *experiencia de bienestar*, con diferencias respecto a la experiencia emocional en otras edades (Márquez, 2008). En el primer caso, en cuanto al papel *predictor de salud* de las emociones, diversos estudios ponen de manifiesto cómo la activación emocional negativa elevada perjudica la salud de las personas mayores (Smith y Blumenthal, 2011; Morell, 2018). Otros estudios revelan cuáles son los efectos adversos directos (aumento de riesgo de osteoporosis, cáncer y enfermedades cardiovasculares) e indirectos (peor rehabilitación, peor adherencia a los tratamientos, aumento de la fragilidad y de la dependencia, etc.) de la depresión sobre la salud de las personas mayores (Stein,

2016). Del mismo modo, las emociones positivas también repercuten sobre la salud, asociándolas a un mejor funcionamiento cardiovascular e inmune, así como una mayor longevidad (Miguel y Herrero, 2018).

En el segundo caso, en cuanto al papel de las emociones como componente de la *experiencia del bienestar*, los estudios se han focalizado sobre las diferencias en la experiencia emocional asociadas a la edad. En términos generales, Márquez-González, Izal, Montorio y Pérez (2004) vieron cómo la experiencia de la emoción varía en función de la edad, de modo que la respuesta cardíaca de las personas mayores en situaciones emocionantes es menor, las personas mayores experimentan menos emociones negativas y de menor intensidad, las personas mayores atienden más a la información emocional gratificante y en comparación con los jóvenes, las personas mayores presentan un mayor control, regulación y estabilidad emocional.

Las emociones juegan un papel muy importante en el proceso de envejecimiento pudiendo influir sobre los procesos físicos y mentales. En esta línea, la capacidad de regulación emocional ejerce un importante papel sobre el bienestar subjetivo y la salud física (Jazaieri, Morrison, Goldin y Gros, 2015; Quoidbach, Mikolajczak y Gross, 2015; Hernández, Prada y Hernández, 2018). Potenciar el funcionamiento emocional en las personas mayores podría mejorar la adaptación a la vejez y a todos los cambios que ésta supone. Para ello, existe una serie de programas de trabajo de inteligencia emocional dirigidos a la población geriátrica (López, Fernández y Márquez, 2017; Fonseca, Pérez, Ortuño y Lucas, 2017; Rodríguez, Leiton, Guerrero y Tenganan, 2016).

2. Aspectos psicológicos en personas mayores

2.1. Afrontamiento

Pearlin y Schooler (1978) definen el *afrontamiento* como el comportamiento que protege a la persona de los eventos estresantes de la vida, evitando con ello daños

psicológicos. Desde un punto de vista evolutivo, el envejecimiento, la salud, el estrés y el afrontamiento interactúan fuertemente entre sí modificando la salud de la persona mayor (Chen, 2020).

Las personas mayores deben hacer frente a diversas situaciones propias de la edad relacionadas con riesgos en la salud, pérdida de seres queridos o aumento de la dependencia, situaciones que se evalúan como daño o pérdida (Herrera, Fernández y Barros, 2018).

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como los “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164). Indican dos direcciones en las formas de afrontamiento: *afrontamiento* dirigido a la *emoción* y *afrontamiento* dirigido *al problema*. El primero se realiza partiendo de la evaluación en la que la persona siente que no puede hacer nada para cambiar las condiciones amenazantes del entorno, por lo que recurre a un grupo de procesos cognitivos con los que intenta disminuir la alteración emocional, como son la *evitación*, la *minimización*, el *distanciamiento*, la *atención selectiva*, las *comparaciones positivas* y la *extracción de valores positivos de los sucesos negativos*. Por otro lado, el afrontamiento dirigido al problema se produce cuando las condiciones que se le presentan al individuo resultan evaluadas como susceptibles de cambio. Estas estrategias están dirigidas a definir el problema, buscar solución y considerar diferentes opciones en función de coste y beneficio (Lazarus y Folkman, 1986). Afirman que ninguna estrategia es mejor o peor que otra y la adaptabilidad depende del contexto o situación particular.

Las estrategias orientadas al problema, facilitan la consecución de la integridad facilitando el proceso adaptativo, mientras que las estrategias orientadas a la emoción, son desadaptativas y fomentan la desesperación (Meléndez, Delhom, y Satorres, 2020).

Son diversos los estudios realizados que analizan los diferentes tipos de afrontamientos utilizados por las personas mayores y su relación con la salud psicológica (Luna, Ramos y Rivera, 2016; Penley et ál., 2002). El estudio realizado por Penley et ál. (2002) relaciona los factores de afrontamiento al estrés con la salud, y demuestran 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. Se confirma 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).

Hamarat et ál. (2001) hallan 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 personas mayores.

Bueno y Navarro (2003) en un estudio realizado en comunidad a 194 personas mayores, quieren identificar los problemas más frecuentes entre las personas mayores de 75 años, así como examinar las posibles diferencias en personas entre 75 y 84 años por un lado, y a partir de 85 años, por otro, en la vivencia del estrés e identificar estrategias y estilos de afrontamiento que utilizan para hacer frente a los problemas y la relación con la satisfacción vital en la vejez avanzada. Concluyen en mayor medida problemas de salud y

en menor medida problemas de la vida cotidiana, familiares y de duelo. Las personas mayores de más de 75 años que viven en comunidad, utilizan fundamentalmente estrategias y estilos de afrontamiento que implican una valoración y aproximación activa a sus problemas (acciones directas y racionales) y tanto las personas mayores entre 75 y 84 años y a partir de 85 años, recurren también a la aceptación de las consecuencias derivadas de los problemas dada la percepción de falta de control sobre sus efectos.

En contexto de pandemia, Cedeño, Cuenca, Mojica y Portillo (2020), afirman que adoptar una actitud positiva de solución de problemas y generar, facilitar y propiciar emociones agradables, son dos estrategias de afrontamiento recomendadas.

En un estudio transversal con personas mayores institucionalizadas, Fernández, Ros, Escribano y Serrano (2020) examinan la relación entre género, estilos de afrontamiento, rasgos de personalidad, funciones de reminiscencia y cómo estas variables predicen los síntomas depresivos en personas mayores. Concluyen que las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres en sintomatología depresiva, neuroticismo, amargura y uso negativo de las funciones de reminiscencia y presentan una respuesta más emocional cuando se enfrentan a situaciones de estrés. Por el contrario, los hombres tienden a utilizar con mayor frecuencia los aspectos positivos, funciones prosociales y parecen responder más directamente al problema.

Meléndez, Fortuna, Sales y Mayordomo (2015) analizan la eficacia de un programa de reminiscencia instrumental para mejorar la capacidad adaptativa (afrontamiento centrado en el problema y en la emoción) en personas mayores. Tras la intervención, obtienen diferencias significativas en resolución de problemas, reevaluación positiva, afrontamiento centrado en las emociones y expresión emocional.

Herrera, Fernández y Barros (2018) describen cuáles son los tipos de afrontamiento que las personas mayores utilizan frente a eventos estresantes considerando el tipo de

evento estresante: problema, pérdida, conflicto o problema de otro. Concluyen que para los problemas se utilizó más el afrontamiento activo y la búsqueda de ayuda, frente a los conflictos que utilizó más el evasivo. A mayor autoeficacia mayor afrontamiento activo y a menor disponibilidad de apoyo social mayor evitación.

La reminiscencia es una herramienta potencialmente eficiente para mejorar la capacidad de afrontamiento de personas mayores en situaciones adversas tanto en comunidad como en centros residenciales (Meléndez, Fortuna, Sales y Mayordomo, 2015; Siverová y Bužgová, 2018).

2.2. Satisfacción con la vida

La *satisfacción con la vida* es un elemento esencial que, junto con las expectativas, temores y emociones, forma parte de las dimensiones subjetivas del envejecimiento (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2016); engloba el bienestar subjetivo, relacionado con un componente emocional y, a su vez, con sentimientos de placer/displacer que experimenta la persona (felicidad/infelicidad).

El estudio de la satisfacción con la vida en personas mayores cobra gran importancia a nivel social y psicológico, debido al impacto que tiene en las políticas de promoción de la salud, por lo que el estudio para evaluar y determinar qué factores inciden en esa satisfacción es de gran importancia para la salud pública (Ors y Maciá, 2013).

Hay evidencias que sugieren que la satisfacción con la vida va disminuyendo con el avance de la edad; se han encontrado asociaciones negativas entre la edad y la satisfacción que las personas tenían con sus vidas identificando diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con la vida del grupo de personas mayores más jóvenes (65 a 69 años) comparado con los grupos de más edad (70 a 74, 75 a 79, y 80 años o más), es decir, las personas de 65 a 69 años informan de niveles más elevados de satisfacción con la vida (Fernández-Ballesteros, Zimarrón y Ruíz, 2001).

Maher, Pincus, Ram y Conroy (2015) también destacan los bajos niveles de satisfacción con la vida en personas mayores, y Frijters y Beaton (2012) hacen hincapié en que la satisfacción sigue una trayectoria estable hasta los 50 años y es a partir de los 60 cuando decrece.

Maciá, Duboz, Montepare y Gueye (2015) ponen de manifiesto una idea más positiva al destacar que, con la edad, los adultos mayores expresan mayor satisfacción con la vida. Asimismo, los autores señalan que las mujeres mayores están más satisfechas que los hombres de edad avanzada. A su vez, su investigación arroja un dato interesante y previsible: las condiciones económicas son un predictor importante de la satisfacción con la vida, junto con las buenas relaciones sociales.

Pinto y Neri (2013) no encuentran diferencias significativas en el nivel de satisfacción en función de la edad. Esta ausencia de asociación entre edad y satisfacción con la vida se puede explicar por el aumento en la capacidad de regulación emocional que se da en muchos casos con el avance de la edad y que contribuye a un mejor ajuste de las metas y expectativas sobre los recursos disponibles durante la vejez (Scheibe y Carstensen, 2010). Algunas personas mayores son más resilientes para afrontar las frustraciones y consecuentemente se muestran más satisfechas con sus vidas.

Las pérdidas que acontecen en la vejez disminuyen la capacidad para percibir los aspectos positivos de la vida en general, por lo que es de gran valor definir los aspectos que influyen en la satisfacción vital en las personas mayores y así influir en la calidad de vida positivamente (Ramírez y Lee, 2012).

Se han detectado diferencias en satisfacción con la vida en función de distintas variables sociodemográficas. En un estudio con personas mayores españolas (Fernández-Ballesteros et ál., 2001) los grupos que informan estar menos satisfechos con sus vidas son

las mujeres, las personas mayores de 69 años, aquellas personas viudas o separadas, y las que tienen niveles más bajos de estudios y de ingresos.

Con respecto al género, Pinto y Neri (2013) no hallan diferencias significativas de satisfacción con la vida de las personas mayores entrevistadas, sin embargo, hay evidencias de que la satisfacción con la vida de los varones está mediada por el estado civil, ya que los viudos suelen puntuar más bajo en satisfacción con la vida que las viudas. En cambio, la satisfacción con la vida de las mujeres se asocia con tener un buen estado de salud y contar con apoyo efectivo de su red social (Pinquart y Sorensen, 2001).

Montenegro y Soler (2013) y Rodríguez (2013) señalan que el nivel de satisfacción de las personas mayores depende de la salud, habilidades funcionales, número de contactos sociales, estado civil y nivel educativo.

Algunas investigaciones han identificado que los niveles de soledad se asocian negativamente con la satisfacción vital de las personas mayores (Gow, Pattie, Whiteman, Whalley y Deray, 2007) siendo esta asociación más fuerte en los varones que en las mujeres (Zebhauser et ál., 2014). En definitiva, los factores sociales parecen jugar un papel importante en la satisfacción con la vida de las personas mayores.

Los estudios empíricos demuestran que las intervenciones en revisión de vida y reminiscencia grupal pueden mejorar los niveles de satisfacción vital de las personas mayores que viven en residencias y en comunidad (Allen, Doyle y Roche, 2020; Viguer, Satorres, Fortuna y Meléndez, 2017; Meléndez, Fortuna, Sales y Mayordomo, 2015; Navarro y Bueno, 2015; Irazoki, García, Sánchez y Franco, 2017).

En general, las investigaciones realizadas hasta la fecha sobre la satisfacción con la vida en personas mayores son escasas y en ocasiones, inconsistentes (Etxeberría, 2016).

2.3. Propósito de vida

Encontrar significado y propósito, descubrir el "por qué" de nuestra existencia (Frankl, 1984) son aspectos importantes para envejecer, especialmente para las personas con demencia.

El *significado de la vida* puede definirse como tener un sentido de dirección y orden, razón de existencia, claro sentido de identidad personal y alto grado de conciencia social (Reker, 1997); es la percepción psicológica de valor e importancia que atribuye la persona a su propia vida (Brandstätter, Baumann, Borasio y Fegg, 2012).

El modelo multidimensional de Bienestar Psicológico de 6 factores propuesto por Carol Ryff refiere la capacidad de una persona para encontrar un sentido en sus experiencias y establecer metas significativas para su vida. En el mismo trabajo se ubica una referencia al pensamiento de Viktor Frankl que delinea el mismo constructo como “una fuerza interior, la responsabilidad que el hombre tiene de su existencia, el porqué de la propia existencia, el significado específico de la vida de una persona en un momento dado o lo que la vida espera de nosotros”. Así mismo, Frankl también aparece en el trabajo de Pinquart (2002) para indicar que la falta de un propósito de vida se relaciona con desesperanza, depresión y pérdida gradual de voluntad de vivir. De todo esto se desprende la vital importancia que encarna desarrollar y sostener un propósito para estar firmemente arraigado a la vida.

El *dominio ambiental* y el *propósito en la vida* son dos de los seis componentes del modelo de bienestar psicológico de Ryff (Ryff, 1989). Algunos autores han encontrado que el dominio y el significado en la vida trabajan juntos como recursos psicológicos protectores de la salud mental (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000).

En el metaanálisis realizado por Pinquart (2002) se demostró que el propósito en la vida tiene una fuerte relación negativa con depresión. Al igual que el dominio, el

significado en la vida parece cumplir un papel amortiguador del estrés en las personas mayores (Krause 2004, 2007).

En otro estudio, Korte, Cappeliez, Bohlmeijer y Westerhof (2012) sugieren que los recuerdos negativos reactivan la angustia psicológica y disminuyen los recursos psicológicos, significado en la vida y sensación de dominio, entre los adultos mayores con síntomas depresivos leves a moderados.

Diferentes estudios han demostrado un fuerte vínculo entre el propósito de vida y la salud física y mental (Czekierda, Banik, Park y Luszczynska, 2017; Gław, Kable, Hazelton y Inder, 2017) incluso en poblaciones de personas mayores (Hupkens, Machielse, Goumans y Derkx, 2018) y con enfermedad de Alzheimer (Dewitte, Vandenbulcke y Dezutter, 2019).

Bohlmeijer, Westerhof y Emmerik (2008) en un estudio cuasi-experimental, investigan el sentido de vida en comunidad con una intervención que combina reminiscencia y terapia narrativa de integración. Participaron 106 personas con sintomatología depresiva; tras la intervención, se encontró una mejora significativa en el sentido de vida, disminución de evaluación negativa, aumento de evaluación positiva de las relaciones sociales, evaluación más positiva del pasado y evaluación menos negativa del futuro. Estos hallazgos son más evidentes en mujeres que en hombres.

MacKinlay y Trevitt (2010) evalúan la eficacia de la reminiscencia como método para hallar el sentido de vida en personas mayores en residencias. La reminiscencia ayuda a los participantes a hallar sentido a la vida en el presente, y desarrollar estrategias para aceptar los cambios de la vida posterior, incluidas las pérdidas de relaciones significativas y aumento de la discapacidad; ofrece a las personas mayores la oportunidad de hablar de sus miedos, esperanzas, y lo que esperan a medida que llegan al final de su vida.

Los estudios empíricos demuestran que las intervenciones en reminiscencia pueden mejorar el dominio y el significado de vida (MacKinlay y Trevitt, 2010; González, Mayordomo, Torres, Sales y Meléndez, 2015; Ching, Ya, Chia y Hsiu, 2020), mediando en los síntomas depresivos (Westerhof et ál., 2010; Korte, Cappeliez, Bohlmeijer y Westerhof, 2012), siendo una buena herramienta para trabajar el propósito de vida.

Capítulo III

Terapias farmacológicas y terapias no farmacológicas en personas mayores

El incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional, lleva a la aparición de enfermedades crónicas, siendo necesario abordar diferentes terapias en el proceso normal y patológico de las personas mayores. En este último, se desarrollan enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer.

Al diagnosticar clínicamente una enfermedad, podemos intervenir a dos niveles: el primero, con *terapia farmacológica* (TF, a partir de ahora) tratando con sustancias químicas, es decir, con fármacos; el segundo, con *terapia no farmacológica* (TNF, a partir de ahora) siendo esta una intervención no química. En ambos casos, palían los síntomas de la enfermedad e incluso ralentizan su progresión.

1. Terapias farmacológicas en personas mayores

Las personas mayores son el grupo poblacional que recibe más prescripciones farmacológicas debido a las patologías crónicas. Según Salgueiro et ál. (2018) las personas mayores son la población que consume el mayor número de medicamentos debido a que poseen un gran número de comorbilidades.

Es común que estén expuestos a medicamentos inapropiados, lo que a la vez aumenta el riesgo de sufrir problemas relacionados con estos; por otro lado, el proceso de envejecimiento trae consigo un sinnúmero de cambios fisiológicos que generan alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas que afectan la capacidad de respuesta a las terapias farmacológicas (Jiménez, 2015).

A partir de los 75 años de edad, las personas mayores, hacen uso continuo de al menos tres fármacos. Los medicamentos más consumidos son antihipertensivos, diuréticos, analgésicos, antiinflamatorios, ansiolíticos y vitamínicos; son muy comunes la sobredosis o prescripciones inadecuadas, así como la automedicación y la falta de adherencia al tratamiento. Algunas de las dolencias con más prevalencia en las personas mayores, como alteraciones cardíacas y Parkinson, necesitan de tratamientos con fármacos que presentan

un estrecho margen entre la dosis terapéutica y tóxica. Las interacciones medicamentosas incrementan considerablemente los riesgos en esas personas (Filié et ál., 2009).

1.1. Psicofármacos

Los *psicofármacos* son sustancias o agentes químicos que actúan en el sistema nervioso central y pueden alterar nuestro nivel de consciencia, estado de ánimo, percepción, pensamiento o conducta (Torales y Arce, 2017).

La utilización de psicofármacos y en dosis concretas, durante algún tiempo pueden ser aconsejables, aunque hemos de ser muy prudentes con su utilización porque pueden provocar efectos adversos para la salud.

En contexto de pandemia por la COVID-19, la población está experimentando reacciones intensas principalmente por miedo al contagio (Zhou, 2020), cuarentenas (Brooks et ál., 2020; Xiao, 2020), pérdida de seres queridos (Wang et ál., 2020) o crisis económica (Dávila y González, 2009) lo que lleva a potenciales cambios en los patrones de consumo de psicofármacos, analgésicos y uso de drogas depresoras, estimulantes o perturbadoras del sistema nervioso central “para aliviar el displacer” (Pascale, 2020) siendo las mujeres el grupo que más psicofármacos consume.

Entre los efectos adversos del aumento de consumo de psicofármacos se encuentran: aumento del riesgo de sangrado gastrointestinal, reducción de la densidad mineral ósea, aumento de la tensión arterial, sedación diurna, disminución de reflejos, caídas y fracturas en personas mayores, así como mayor riesgo de trastornos de memoria que pueden cursar en demencia (Fraile y Verdú, 2012). El consumo de psicofármacos presenta anualmente unos 713 casos de muertes “accidentales” en España (Jiménez, 2020).

En los años 50, época en la que no existían fármacos destinados al tratamiento de síntomas psiquiátricos graves, surgen los *neurolépticos o antipsicóticos de primera generación*. Trataban enfermedades mentales como esquizofrenia o síndromes maníaco-

depresivos (García-Anaya, Apiquian y Fresán, 2001). Estos antipsicóticos, son los que posteriormente se denominarían *típicos* y se caracterizan por su eficacia en síntomas psicóticos positivos como delirios o alucinaciones, pero no son tan eficaces en síntomas negativos como depresión o apatía. La evidencia científica está demostrando los efectos adversos extrapiramidales relacionados con el movimiento y el control muscular, inquietud o temblores, entre otros (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza, 2017).

Sesenta años después llegan los *antipsicóticos de segunda generación* o los *antipsicóticos atípicos* para dar respuesta a los efectos adversos de los antipsicóticos típicos. Se ha demostrado su eficacia tanto en síntomas positivos como en síntomas negativos; las investigaciones les atribuyen menos efectos adversos que a los típicos, aunque no están exentos de ellos (Bermejo y Rodicio, 2007).

Esta medicación diseñada para trastornos psiquiátricos es la que se prescribe a personas mayores con deterioro cognitivo o demencia, no existiendo evidencia científica suficiente que demuestre su efectividad en este colectivo (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza, 2017) por ello, se aboga por un uso más racional de neurolépticos típicos y atípicos, especialmente en personas con demencia.

En España, el porcentaje del uso de antipsicóticos en personas mayores institucionalizados es del 25% (Olazarán et ál., 2016).

En el siglo XX, la industria farmacéutica se interesa por la depresión, lanzándose en el año 1953 el primer fármaco de acción *antidepresiva*, llamado Iproniazida® y que se utilizó en personas afectadas por tuberculosis. En la misma década, surgen también los antidepresivos tricíclicos, el primero de ellos fue la Imipramina®. En los años 80, surgen los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina que a día de hoy, siguen siendo los fármacos de elección recomendados, aunque varios estudios indican que no son tan eficaces como se espera (Lobo y Serrano, 2005).

El consumo de *antidepresivos* en España y en otros países se ha disparado desde su aparición (Hemels, Koren y Einarrson, 2002). Se pautan sin tener un diagnóstico de síndrome depresivo mayor y son las mujeres quienes tienen más problemas de depresión, aumentando el consumo de antidepresivos.

Actualmente y debido a la *fatiga pandémica* descrito por la OMS, como “respuesta natural y esperada a una crisis de salud pública prolongada, especialmente ante la gravedad y escalada de la COVID-19, en la que se han implementado medidas invasivas con un impacto sin precedentes en la vida diaria de todos los ciudadanos, incluyendo aquellos que no han sido afectados directamente por el virus”, existe una tendencia al alza en la demanda de productos antidepresivos (Gómez, Matarín y García, 2021).

Junto a los antidepresivos, durante la pandemia se ha analizado el consumo de otros fármacos indicados para “calmar el sistema nervioso” como pueden ser los somníferos aumentando igualmente su consumo. De este modo, si bien la demanda de estos fármacos sigue al alza, durante la primera ola fue especialmente significativa y como hemos visto en el caso de otros psicofármacos, estos también los consumen más las mujeres que los hombres (Tendencias Cofares, 2020).

Por lo general, las *benzodiazepinas* se prescriben para tratar problemas derivados del sueño y ansiedad. Al igual que sucede con los antidepresivos y los somníferos, la prescripción y consumo de estos fármacos se ha incrementado exponencialmente en las últimas décadas.

En España, el consumo de benzodiazepinas en personas mayores continúa aumentando (Rojas-Jara et ál., 2019). Estos datos son especialmente preocupantes en este colectivo ya que sus efectos, entre ellos, los adversos, permanecen durante más tiempo en el organismo provocando somnolencia, ataxia, vértigos o caídas, entre otros (Rojas-Jara, Calquin, González, Santander y Vázquez, 2019).

El estudio del balance riesgo-beneficio de su uso en personas mayores hace que cada día más autores y protocolos desaconsejen su uso a largo plazo dada su elevada acumulación en el organismo, tolerancia y grado de adicción que provocan (Baldwin, Woods, Lawson y Taylor, 2011 y Olazarán et ál., 2016).

En el caso de las personas institucionalizadas es importante conocer su historia y saber si previamente al ingreso presentaban problemas del sueño, además de analizar correctamente la situación en la que la persona se encuentra, realizándose con ello una evaluación multidisciplinar completa para en última instancia proceder a la prescripción si se precisa. Existen diferencias en el consumo, siendo las mujeres las que más consumen este psicofármaco (Martínez-Cengotitabengoa et ál., 2018).

En personas infectadas por el virus de la COVID-19, el uso de benzodiazepinas es peligroso salvo que la infección sea comórbida con sospecha de *delirium tremens* ya que favorece la depresión respiratoria; puede incrementar el deterioro cognitivo, riesgo de caídas y fracturas de cadera (Di Giacomo, Bellelli, Peschi, Scarpetta, Colmegna, de Girolamo y Clerici, 2020).

Los *inhibidores de la acetilcolinesterasa* y la *Memantina*® son los únicos tratamientos que han demostrado un cierto grado de mejoría en la sintomatología de las personas que sufren Alzheimer (Dyer, Harrison, Laver, Whitehead y Crotty, 2018). Surgen como respuesta a una larga investigación en torno a la posible restitución de la pérdida de neuronas colinérgicas que experimentan las personas con esta enfermedad. Existen diferencias de género, siendo las mujeres quienes más padecen Alzheimer u otro tipo de demencia.

Están especialmente indicados para personas con enfermedad de Alzheimer en fases leve y moderada. Los más representativos de este grupo son el Donepezilo®, la Rivastigmina® y la Galantamina®.

La Memantina® se considera el único fármaco que puede resultar útil en fases moderadas y graves de la enfermedad de Alzheimer. Está especialmente indicada en casos de agitación en fases avanzadas de demencia (Dillon et ál., 2013). A nivel cognitivo, este fármaco también tiene modestos beneficios al igual que los Inhibidores de la acetilcolinesterasa pero se consideran efectivos en la agitación (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Tipton y Wszolek (2020) afirman que la Memantina® podría tener una acción contra el virus SARS-CoV-2 facilitando su eliminación, aunque desconocen si pudiera ser un tratamiento antiviral eficaz pudiendo desempeñar un papel importante en la prevención y/o tratamiento agudo de la COVID-19, requiriendo más investigación.

Las personas mayores con demencias avanzadas han sufrido el gran impacto de la pandemia siendo el grupo de más fallecimientos. Reyes et ál. (2020) analizan la letalidad en una cohorte de personas afectadas por la COVID-19 con demencia degenerativa, siendo significativamente mayor en comparación con otras personas con edades medias y comorbilidades similares.

Existe una heterogénea variedad de fármacos *antiepilépticos* a los que en las últimas décadas se les atribuyen otras propiedades además de las antiepilépticas. Concretamente, el Depakine® se ha utilizado como estabilizador del estado de ánimo y se ha comprobado la efectividad ante la presencia de algunos SPCD en población geriátrica (Ettinger y Argoff, 2007).

En general, resultan ser fármacos bien tolerados por el organismo, con pocos efectos adversos que revierten al retirar el tratamiento (Codesal-Julián et ál., 2010).

Se consideraría de primera elección en personas con diagnóstico de demencia, ICTUS o cardiopatía, entre otras.

Hasta el momento no existen reportes detallados de la coexistencia de estado epiléptico convulsivo en personas con COVID-19. El principal reto es el manejo de las interacciones entre los medicamentos anticrisis y los antivirales (Kinney, Brigo y Kaplan, 2020).

1.2. Polifarmacia

Los adultos mayores son importantes consumidores de fármacos. Un tercio de las prescripciones de medicamentos se realizan en esta población (Salech et ál., 2016).

Revisiones sistemáticas han demostrado una importante relación entre el uso de medicamentos y mayor riesgo de presentar desenlaces negativos relevantes para la calidad de vida como son: hospitalizaciones, pérdida de funcionalidad, y aumento de mortalidad (Salech, Palma y Garrido, 2016).

El incremento del riesgo en esta población, tiene un origen multifactorial. Las personas mayores presentan cambios fisiológicos que determinan alteraciones en los procesos farmacocinéticos y farmacodinámicos de muchos medicamentos que son frecuentemente prescritos. Esta población tiene además una alta prevalencia de polipatología, polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados (Salech, Palma y Garrido, 2016).

La *polifarmacia* corresponde al uso concomitante en el tiempo de varios fármacos. No existe consenso sobre cuántos fármacos deben ser utilizados en forma simultánea y se pueden encontrar en la literatura definiciones que van desde los 2 a los 9 fármacos, siendo 5 el de uso más habitualmente aceptado en la práctica clínica (Shan y Hajjar, 2012).

En este contexto, algunos autores han definido la polifarmacia desde el aspecto de la medicación innecesaria más que a través del número de prescripciones (Shan y Hajjar, 2012).

La polifarmacia es clínicamente relevante pues se asocia con mayor riesgo de desarrollar síndromes geriátricos: caídas, delirium, deterioro cognitivo, incontinencia, entre otros eventos adversos y repercuten en la pérdida de funcionalidad empeorando la calidad de vida (Davies y O'Mahony, 2015). Existen diferencias de género, siendo las mujeres quienes más fármacos consumen, especialmente psicotrópicos. Por este motivo encontramos datos que indican que el 85% de las personas mayores se encuentran polimedicadas (Gómez-Aguirre et ál., 2017) y que al contrario de lo que podríamos pensar, esta polifarmacia no se relaciona con mayores índices de supervivencia, sino más bien al contrario, estas personas se encuentran más expuestas a factores negativos como caídas, pérdida de peso, deterioro cognitivo y funcional y mayor probabilidad de hospitalización (Gómez-Aguirre et ál., 2017).

Se considera imprescindible una buena prescripción basada en que existan indicaciones para su empleo, que se revisen las características individuales de cada persona para saber que existe una buena tolerancia, que se valore siempre bien el coste-beneficio y que se revisen periódicamente (Gómez-Aguirre et ál., 2017).

La OMS (2017) propuso un reto al que tituló “Medicación sin daños” (Sheikh, Dhingra-Kumar, Kelley, Kieny y Donaldson, 2017) con el objetivo de aunar opiniones de expertos, protocolos y consensos que guiasen a los profesionales en su práctica profesional. Esta guía aconseja en mayor medida las TNF como primera línea de intervención a la hora de actuar ante la presencia de SPCD (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza, 2017; Azón et ál, 2016) dando especial relevancia a las TNF que trataremos a continuación.

Pinazo-Clapés, Pinazo-Hernandis, y Sales (2020) demostraron que un programa de formación y educación a profesionales de centros residenciales redujo la aparición de problemas de conducta asociados a demencia, disminuyendo la prescripción y consumo de

psicotrópicos en personas mayores; los efectos se mantuvieron en el tiempo, siendo este modelo necesario en la situación provocada por la COVID-19.

2. Terapias no farmacológicas en personas mayores

Las TNF son intervenciones no químicas, teóricamente sustentadas, focalizadas y replicables, realizadas sobre la persona enferma o la persona cuidadora y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante (Olazarán y Clare, 2010). También suelen 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 incremento de la calidad de vida y bienestar personal.

Desde su aparición en la década de los años 60, las TNF han ido evolucionando tanto en sus diseños y metodología como en relación a la definición de objetivos y técnicas a aplicar para la consecución de los mismos (Matilla-Mora et ál., 2016).

Una importante evolución en este tipo de terapias se produce a partir de finales de la década de los 80, 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 (Matilla-Mora et ál., 2016).

Según Ranieri (2018) como resultados a estas intervenciones, se obtienen un mayor nivel de autonomía personal, potenciación de las capacidades y habilidades (cognitivas, funcionales y sociales) todavía preservadas, enlentecimiento del proceso de deterioro, así como con el fortalecimiento de la autoestima y mejora del estado psicoafectivo.

Están teniendo una alta aceptación y expansión en todo el mundo debido a los efectos positivos que tienen tanto en personas mayores sanas, como en patológicas.

Durante los últimos años, como consecuencia del crecimiento de la población mayor, 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 a la persona mayor (Uribe et ál., 2010).

Tal y como señalan Olazarán et ál. (2010) entre las principales limitaciones que este tipo de intervenciones han mostrado se encuentran 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 TNF podrían ser la terapia de primera elección para modificar conductas y cogniciones concretas.

Sikkes et ál. (2020) revisan el rigor metodológico de las TNF e identifican las lagunas metodológicas proporcionando futuras líneas de investigación, subrayando la importancia de protocolos específicos.

García-Alberca (2015) afirma que las TNF deben ser consideradas como una primera opción para el tratamiento de los síntomas asociados a la demencia (alteraciones de conducta, desorientación), y no únicamente considerarlas para intervenir en aspectos funcionales y cognitivos. Además, van a repercutir positivamente en la autoconfianza y bienestar psicológico de las personas con demencia, aliviando también la carga de los cuidadores.

Cualquier TNF ha de tener en cuenta las características de la persona a la que se dirige (ACP). Lee, Lee, y Kim (2020) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis con el objetivo de revisar las intervenciones centradas en la persona utilizadas en contexto

de atención a personas con demencia: reminiscencia, musicoterapia, terapias cognitivas y estimulación sensorial, y examinar su eficacia. Se mostró efectos inmediatos en la reducción de SPCD y mejora de la función cognitiva considerando estas intervenciones muy adecuadas en la atención en personas con demencia.

Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán (2015) realizan una clasificación de las TNF y diferencian en TNF *recomendadas en la persona* y las TNF *recomendadas en el cuidador*.

En las TNF *recomendadas en la persona* distinguen: estimulación cognitiva, estimulación cognitiva enriquecida, entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria (ABVD, a partir de ahora), intervenciones conductuales, entrenamiento cognitivo, rehabilitación cognitiva, musicoterapia, reminiscencia y ejercicio físico y en las TNF *recomendadas en el cuidador* diferencian: educación y asesoramiento del familiar cuidador, asesoramiento de la persona con demencia y el familiar cuidador, entrenamiento del cuidador profesional y programas para reducir sujeciones físicas y sujeciones químicas (Tabla 1).

Clasificación TNF (Fuente: Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015)

TNF recomendadas para la persona
Estimulación cognitiva
Estimulación cognitiva enriquecida
Entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria
Intervenciones conductuales
Entrenamiento cognitivo
Rehabilitación cognitiva
Musicoterapia
Reminiscencia
Ejercicio físico
TNF recomendadas para el cuidador
Educación y asesoramiento del familiar cuidador
Asesoramiento de la persona con demencia y el familiar cuidador
Entrenamiento del cuidador profesional
Programas para reducir sujeciones físicas y sujeciones químicas

En nuestro trabajo y centrándonos en las TNF *recomendadas en la persona*, tenemos en cuenta la clasificación de Sánchez et ál. (2015) añadiendo la *orientación a la*

realidad, arteterapia y mindfulness, al considerar que estas últimas intervenciones son actuales, novedosas y beneficiosas para las personas mayores.

A continuación, desarrollamos las TNF *recomendadas en la persona* dedicando el capítulo V a la terapia de reminiscencia como terapia de estudio e intervención en este proyecto de investigación.

2.1. Terapias no farmacológicas recomendadas para la persona

Posiblemente una de las intervenciones que mayor repercusión han tenido es la denominada *estimulación cognitiva*. La estimulación cognitiva es un conjunto de técnicas y estrategias destinadas a facilitar la práctica de las capacidades y funciones a través de sesiones concretas diseñadas previamente (Muñoz et ál., 2009).

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 incremento 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 (Sierra, Pérez y Quianella, 2019).

En última instancia, la finalidad de la estimulación cognitiva es favorecer la participación activa, desempeño autónomo y funcional de las personas mayores en las actividades que desempeñan normalmente o en otras nuevas que deseen aprender, impactando positivamente en su calidad de vida (Rozo, Rodríguez, Montenegro, y Dorado, 2016). Se caracteriza por ser un tipo de intervención inespecífica que abarca numerosas actividades y pone el énfasis en la interacción social (Raggi, Tasca y Ferri, 2017).

Las intervenciones se hacen a través de sesiones grupales que estimulan las distintas áreas cognitivas: memoria, orientación espacial y temporal, praxis, capacidad visual,

lenguaje, entre otras y presentan beneficios que los tratamientos farmacológicos no tienen: mejorar la sociabilización de las personas al trabajar en sesiones grupales con otros compañeros, ser totalmente personalizables y poder adaptarse a gustos y necesidades de cada persona, disminuir costos de la enfermedad y evitar efectos adversos de los fármacos entre otros (Ballard et ál., 2017). Por estos motivos se consideran útiles incluso en fases previas al deterioro (Carballo, Arroyo, Portero y de León, 2013).

Estas intervenciones son especialmente efectivas en personas que se encuentren entre los estadios cuatro y seis de la Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg (Reisberg, Ferris, de Leon, Crook, 1982), es decir, entre fases de deterioro moderado a grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Una variedad de la estimulación cognitiva es la *estimulación cognitiva enriquecida*. Este programa, tal cual su nombre indica, enriquece los programas tradicionales de estimulación cognitiva ya que no solo aborda las capacidades cognitivas sino que también, otras variables: afectividad, funcionalidad, conducta, o la esfera psicosocial, por lo tanto, las sesiones serán de estimulación cognitiva con la particularidad que combina con otro tipo de actividades como pueden ser: ejercicio físico, ABVD y reminiscencia, entre otras.

En este caso la efectividad aumenta en personas entre los estadios tres a cinco de la escala GDS, es decir, en fases de leve a moderado-grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Es relevante comentar que las investigaciones no han encontrado evidencia de que las funciones cognitivas se recuperen con estas intervenciones, sin embargo, ralentizan el progreso del deterioro cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer.

El *entrenamiento cognitivo* es otra de las técnicas más utilizadas, que se basa en el aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas específicas, por ejemplo, asociación de

colores y frutas a través de la elaboración de relaciones semánticas por parte del paciente. Esta técnica consiste en la repetición de actividades relacionadas con dominios cognitivos específicos (Raggi, Tasca y Ferri, 2017) y sostiene que ejercitando las distintas capacidades cognitivas (como las funciones ejecutivas, el lenguaje o la memoria), se consigue una mejoría general. Para ello, los programas de entrenamiento cognitivo se basan en un análisis detallado de las capacidades cognitivas, combinando técnicas clásicas de entrenamiento, aprendizaje y rehabilitación cognitiva (Fernandes-Lopes y Argimon, 2016).

En la actualidad, se han desarrollado programas para ser utilizados en ordenador y dispositivos electrónicos (tabletas); se dirigen a entrenar diferentes capacidades cognitivas mediante juegos diseñados con objetivos específicos. Existen numerosos estudios que comprueban la eficacia del entrenamiento cognitivo, tanto en la modalidad lápiz y papel, como a través de ordenador (Raggi, Tasca y Ferri, 2017) para mejorar habilidades cognitivas específicas: razonamiento, velocidad de procesamiento y memoria, tanto en personas con envejecimiento normal como patológico (Engvig et ál. 2010; Mendoza, Del Valle, Rioja, Gómez y Hornero, 2018).

A pesar de la evidencia científica respecto a la posible mejora de distintas funciones cognitivas derivada del uso de diferentes programas de entrenamiento cognitivo, es necesario establecer cuál es la cantidad de tiempo de entrenamiento óptima para obtener beneficios en personas mayores y son necesarios más estudios clínicos que comprueben los beneficios de los programas informáticos de entrenamiento cognitivo (Shah et ál., 2017).

Esta intervención se realiza a través de sesiones individuales o grupales con apoyo terapéutico y son especialmente efectivas en personas con un deterioro de tres a cuatro en la escala GDS, es decir un deterioro entre leve y moderado (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

La *orientación a la realidad* es una técnica que se utiliza especialmente en personas mayores que sufren confusión y alteraciones de la orientación y la memoria, debido al deterioro cognitivo asociado a la edad o a la demencia. Tiene como objetivo compensar o reaprender datos sobre sí mismos y sobre su entorno mediante la estimulación constante del paciente con información veraz sobre el mundo que le rodea.

Folsom (1968) la definió 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.

Esta intervención permite conservar las capacidades cognitivas preservadas, evitar el avance del deterioro cognitivo, mantener un nivel de funcionalidad necesario para realizar las ABVD, y prevenir la discapacidad al favorecer el rol de persona mayor activa en enfermos de Alzheimer (Aldeano, 2014). A esto he de añadir, que no solamente se producen efectos positivos a nivel cognitivo y funcional, sino también a nivel conductual, remitiendo la sintomatología ansiosa y cuadros de alteración de conducta.

Se puede realizar a través de sesiones individuales o grupales y es especialmente recomendable en personas con un deterioro de tres a cinco en la escala GDS, es decir entre un defecto cognitivo leve y moderado-grave.

La *rehabilitación cognitiva* se basa en el principio de neuroplasticidad, es decir, en reaprender una capacidad deteriorada como consecuencia de una enfermedad o accidente a través de rehabilitación; se dedica de modo específico a recuperar habilidades deficitarias, tanto cognitivas como ABVD y ha mostrado especial eficacia en personas con daño cerebral de origen vascular o traumáticos (Raggi, Tasca y Ferri, 2017).

Rodríguez, Brito y Sotuyo (2017) afirman que modifica positivamente el estado mental, mejora los síntomas depresivos y valores de atención, lenguaje y memoria, presentando una participación más activa en personas con Alzheimer.

Las sesiones deben ser individualizadas ya que hace falta una buena evaluación e intervención, concretamente en las funciones deterioradas que se propongan recuperar (Fernandes-Lopes y Argimon, 2016). Están recomendadas especialmente para personas que tienen algún tipo de deterioro cognitivo por patología o lesión.

Esta técnica resulta más interesante para trabajar la autonomía en ABVD en personas con un deterioro de tres a cuatro en la escala GDS, es decir, un deterioro cognitivo leve a moderado (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Muchos trabajos refieren que para conseguir una intervención óptima es imprescindible estudiar minuciosamente sus causas o determinantes (Kales, Gitlin y Lyketsos, 2015; Oliveira et ál., 2015).

La *intervención conductual* se basa en analizar los antecedentes, consecuencias y todo lo que puede afectar a los comportamientos de las personas para poder trabajar posteriormente en ello. En el caso de las personas con deterioro cognitivo, es fundamental la colaboración de sus principales cuidadores ya que ellos serán quienes nos proporcionarán parte de la información que requerimos. Cada vez más autores, basándonos en el modelo de ACP, reivindican que se les pregunten a ellos, ya que en muchas ocasiones van a ser capaces de expresar emociones o necesidades (Mitty y Flores, 2007).

Es común, en guías de manejo de alteraciones conductuales, que nos encontremos ante episodios de agitación o agresividad en personas con deterioro cognitivo moderado o grave que han perdido la capacidad de expresarse correctamente, y donde en vez de haber una conducta agresiva *per se*, hay un dolor físico que no puede ser expresado y comunicado, de forma que en este caso, sería importante realizar una completa evaluación del dolor y probar con un tratamiento analgésico en vez de optar directamente por el uso de neurolepticos (Dyer, Harrison, Laver, Whitehead y Crotty, 2018; Pinazo, 2019).

La intervención conductual es muy apropiada en problemas del sueño en el ámbito residencial, ya que podemos evaluar si estos problemas se deben a factores externos (ruidos, temperatura, interrupciones del sueño por parte del personal auxiliar al realizar las rondas nocturnas), factores psicosociales (problemas familiares, preocupaciones) o conductuales (si dormita durante el día cambiando el ciclo sueño-vigilia), entre otros.

Se realiza a través de sesiones individuales y es altamente recomendable en los estadios cuatro a seis de la escala GDS, es decir, en fases de deterioro moderado a grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

A finales de los años 60 y principios de los 70, aparece el concepto de *actividades de la vida diaria* (AVD) como mecanismo para el análisis de trastornos que no son atribuibles a una patología específica pero que hacen que aumente el riesgo de dependencia. Se pueden definir como actividades primarias encaminadas al autocuidado y movilidad, que dotan de autonomía e independencia para vivir sin precisar ayuda continua de otros (Meléndez, Tomás, y Navarro, 2011).

El hecho de trabajar con situaciones cotidianas que debido al deterioro comienzan a resultar desafiantes, dan resultados positivos y útiles para la persona, reforzando el sentimiento de autoeficacia (Gajardo y Aravena, 2016).

La intervención se puede realizar a través de sesiones individuales o grupales y se recomiendan en personas en estadios de tres a seis de la escala GDS, es decir, en las fases que van de deterioro leve a grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

El *ejercicio físico* se considera una buena opción de intervención que complementa a los tratamientos farmacológicos. Forbes et ál. (2015) entienden que el ejercicio físico son movimientos planificados, estructurados y definidos que se producen a través de actividad muscular y fomentan el gasto de energía, aunque cada vez más estudios sugieren que el tipo de actividad física que es beneficioso para la salud es el ejercicio aeróbico moderado

(Angevare et ál., 2008; Groot et ál., 2016) y que un ejercicio más intenso no produciría efectos beneficiosos adicionales (Groot et ál., 2016).

Algunos estudios han demostrado que la actividad física podría retrasar el inicio de la demencia en personas sanas e incluso retrasar el deterioro cognitivo en personas con diagnóstico de demencia inicial (García-Molina, Carbonell y Delgado, 2010; Groot et ál., 2016; Rodakowski, Saghafi, Butters y Skidmore, 2015). Se ha demostrado que algunas capacidades cognitivas mejoran más que otras gracias a esta actividad, por ejemplo, en la velocidad de procesamiento, atención visual y auditiva (Angevaren, Aufdemkampe, Verhaar, Aleman y Vanhees, 2008). Además de esta mejoría cognitiva, también se contempla que el ejercicio físico fomenta la capacidad funcional de las personas con demencia, que este beneficio es independiente del tipo de demencia y mejora el bienestar y la salud mental (Groot et ál., 2016; Yujia, Rong, Hua, y Xin, 2021).

Hay revisiones que afirman que el ejercicio físico moderado y adaptado a esta población se asocia a un menor riesgo de mortalidad por los efectos positivos a nivel cardiovascular; se asocia a menor riesgo de caídas y a nivel psicosocial previene el aislamiento, sintomatología depresiva y trastornos derivados de la ansiedad (García-Molina, Carbonell y Delgado, 2010) por lo que influye en el sentimiento de autoeficacia y calidad de vida, siendo una terapia de muy bajo coste.

El estudio de un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos, demuestra mejoría en la expansibilidad torácica, dominio psicológico, salud física y relaciones sociales en personas mayores (García, Ramirez, Ypia, y Tonguino-Rosero, 2016).

Según Benítez (2014) el uso de la *Videoconsola Nintendo Wii* se muestra efectiva en la mejora de las capacidades físicas y cognitivas, así como en la mejora de los niveles de depresión y riesgo de caídas en personas mayores sanas, acercando a los sujetos a altos niveles de autonomía e independencia. En personas con enfermedad de Alzheimer, el

desarrollo de la tarea mantiene las puntuaciones en las escalas cognitivas así como en las capacidades físicas, deteniendo el curso de la enfermedad y disminuyendo el riesgo de caídas.

En general, la literatura apoya que esta intervención resulta especialmente positiva a nivel cognitivo y funcional en personas con un deterioro entre los estadios tres y siete de la escala GDS, es decir, entre fases de deterioro leve y muy grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015) y se puede realizar en sesiones individuales o grupales.

La *arteterapia* ofrece un escenario basado en el proceso creativo y este hecho en sí mismo, ubica a la persona en la acción siendo este el principal objetivo del proceso arteterapéutico en la adultez mayor, es decir, la búsqueda de la no pasividad por parte del adulto; es importante sobre todo porque a causa del deterioro y desarrollo de enfermedades la tendencia es hacia la pasividad conllevando pérdida de deseo hacia las cosas de la vida (Dufournel, 2019).

Glozman et ál. (2014) señalan que la intervención de arteterapia en personas mayores puede dirigirse hacia la activación de recursos personales, generando un espacio que permite reflexionar sobre sí mismo y generar cierta tolerancia a la incertidumbre que supone la muerte.

El arte como terapia ayuda a la persona mayor a encontrar un espacio donde puede reconocer sus capacidades, permitiéndole conectar con la vitalidad; asimismo, la naturaleza de este espacio facilita la conexión con emociones y sensaciones agradables y satisfactorias, ayudando a conectar con el sentido de estar vivo (Castro, 2019).

Esta intervención se puede realizar en sesiones individuales o grupales y está indicada en personas entre los estadios dos y cuatro de la escala GDS, es decir, entre disminución cognitiva muy leve a moderado.

La *música* es capaz de producir un impacto en la conducta humana, individual o colectiva (Freeman, Wallin, Merker, y Brown, 2000) y de expresar sentimientos, circunstancias, pensamientos o ideas (Rousseau, 2007).

En el año 1996, la Federación Mundial de la Psicoterapia definió esta técnica como «la utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos significativos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas» (Gómez-Romero et ál., 2017).

Los estudios realizados tienen como objetivo evaluar el efecto de la *musicoterapia* como TNF sobre los síntomas principales y que más limitan la calidad de vida de las personas con Alzheimer; síntomas cognitivos (memoria, lenguaje y atención) y conductuales (depresión, ansiedad y agitación), no obstante, los síntomas más evaluados han sido los síntomas conductuales y emocionales (Ray y Mittelman, 2017). Entre los síntomas cognitivos: función cognitiva global (Narme et ál., 2014), memoria (Irish et ál., 2006) y lenguaje (Dassa y Amir, 2014) han sido los dominios más estudiados y otros: calidad de vida (Gallego y García, 2017), autopercepción (Arroyo-Anlló, Díaz y Gil, 2013), participación y capacidad de comunicación (Cevasco, 2010), así como el impacto social, también ha sido objeto de algunos estudios (Lancioni et ál., 2015).

Las sesiones de musicoterapia se realizan tanto individualmente como en grupos, y está destinada a mejorar el conocimiento del entorno, promover la atención, mejorar la comunicación, la afectividad y la conducta. Está especialmente indicada en personas con un deterioro de tres a siete de la escala GDS, es decir en fases que vayan desde un deterioro

leve hasta muy grave y tiene mayor repercusión en el tratamiento de demencias (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

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 (Visted, Vøllestad, y Nielsen, 2015). El *mindfulness* se refiere al proceso que conduce a un estado mental caracterizado por la conciencia sin prejuicios en el presente momento, incluyendo las propias sensaciones, pensamientos, estados corporales, conciencia, medio ambiente y fomentando al mismo tiempo la apertura, curiosidad y aceptación (Bishop et ál., 2004).

En el *mindfulness* se busca la conciencia o atención plena 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, 2014).

Mejora la capacidad de afrontamiento y adaptación a situaciones estresantes (Weinstein, Brown y Ryan, 2009). 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), quienes mostraron su utilidad para mejorar la resiliencia, las estrategias de afrontamiento y reducir los niveles de ansiedad y estrés en las personas mayores.

Esta terapia se puede realizar a través de sesiones individuales o grupales y está indicada en personas con un deterioro de dos a cuatro de la escala GDS, es decir en fases que vayan desde un deterioro leve a moderado.

Los inicios de la *reminiscencia* se remontan al trabajo de Butler (1963), "Life Review" que propuso la idea de que la *revisión de vida* (RV, a partir de ahora), es un proceso normativo que todas las personas sufren cuando se dan cuenta que su vida está

llegando a su final; más tarde señaló el beneficio de esta revisión en la adaptación al envejecimiento, promoviendo la integridad e identidad personal.

El repaso de vida deja de verse como algo negativo que vaya a empeorar el estado anímico de la persona mayor y comienza a plantearse la revisión de vida como una oportunidad útil y de ajuste en esta etapa (Woods, O'Philbin, Farrell, Spector y Orrell, 2018).

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 (Carmona, Hernández y Álvarez-Merino, 2017). 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).

Hoy en día, la reminiscencia incorpora la tecnología como evocador de memorias ofreciendo un formato más cercano a la realidad presentando múltiples estímulos al mismo tiempo. Con la ayuda de la tecnología, los participantes son capaces de experimentar las experiencias más sensoriales, cognitivas y emocionales (Haron, Sabri, y Jamil, 2014). Existen estudios que incluyen pantalla táctil, historias de vida digitales y vídeos de internet para el trabajo en reminiscencias (Marin, Seiciu, Popescu, Bighea, y Berteanu, 2015). *You Tube* puede ser un instrumento útil para desarrollar sesiones de reminiscencia personalizada al permitir utilizar vídeos de lugares conocidos para favorecer la reminiscencia (O'Rourke, Tobin, O'Callaghan, Bowman y Collins, 2011).

Los estudios sobre la terapia de reminiscencia con realidad virtual (RVT, a partir de ahora) son todavía muy escasos, pero sugieren resultados bastante positivos mejorando

la apatía, ansiedad y alteraciones de conducta, entre otros (Díaz y Lozano, 2018; Coelho et ál., 2020; Niki et ál., 2020; Saredakis et ál., 2021 y Webber, Baker y Waycott, 2021). Chapoulie, Guerchouche, Petit, Chaurasia, Robert, y Drettakis (2014) utilizaron la RVT como estímulo en la terapia de reminiscencia con 13 personas mayores sanas y Benoit et ál. (2015) realizaron un estudio sobre el uso de la RVT con 18 personas mayores con una edad media de 68,2 años, observando que en ningún caso los participantes manifestaron síntomas de *cíbermareo*, y que la exploración de ambientes conocidos a través de la RVT favorecía la evocación de recuerdos autobiográficos en mayor medida que simplemente mirar a una pantalla gris o un ambiente virtual desconocido.

La RVT se está aplicando también en múltiples aspectos de la salud ofreciendo interesantes resultados en personas con demencia (García, Kartolo y Methot-Curtis, 2012 y Coelho et ál., 2020). García et ál. (2012) enfatizan la posibilidad de evaluar aspectos como el impacto del tono de voz (disociado de la expresión facial) del interlocutor sobre las personas, tarea que resultaría difícil en una interacción real.

Coelho et ál. (2020) utilizaron cascos de RVT en personas con demencia que visualizaban vídeos significativos 360°, no presentando SPCD durante las sesiones, detectándose puntualmente algunos casos de fatiga visual menor, dolor de cabeza, ansiedad e irritabilidad. Se concluyó que promover las reminiscencias con auriculares de RVT es una experiencia segura y atractiva para las personas con demencia, sin embargo, se requiere más investigación para comprender mejor el valor añadido de la RVT en la terapia de reminiscencia.

La literatura científica apoya la utilidad de estas sesiones. Algunos trabajos han demostrado beneficios en sintomatología depresiva (Bailey, Stevens, LaRocca y Scogin, 2017; Van Bogaert et ál., 2016; Liu y Li, 2021; Zhao, 2021 y Ameri, Nobahar, Ghorbani, Bazghalee, Sotodeh-Asl y Babamohamadi, 2021), bienestar psicológico (González,

Mayordomo, Torres, Sales y Meléndez, 2015; Ildarabadi et ál., 2020; Tam, Poon, Mahendran, Kua y Wu, 2020), comunicación e interacción social (Cha, 2016), actitud hacia el envejecimiento (Siverová y Bužgová, 2018), satisfacción con la vida (Liao, Bluck y Glück, 2021) y disminución de la agitación y ansiedad (Rodríguez, Galán, Flores, Jordán y Montes, 2016; Liu y Li, 2021 y Zhao, 2021); Liu y Li, 2021 y Zhao, 2021).

También se han encontrado resultados que la recomiendan para la mejora del funcionamiento cognitivo (Cho, 2016; Lök, Bademli y Selçuk-Tosun, 2019; Ameri, Nobahar, Ghorbani, Bazghalee, Sotodeh-Asl, y Babamohamadi, 2021), aunque en muchos casos son menos significativos que en el caso de la afectividad.

Se puede realizar a través de sesiones individuales o grupales, ha de tener en cuenta la historia de vida, vivencias personales y recuerdos significativos ya que son los que mayor contenido emocional van a suscitar (Woods, O'Philbin, Farrell, Spector y Orrell, 2018). Está indicada para personas con un deterioro de dos a cinco de la escala GDS, es decir en fases de deterioro leve a moderado-grave.

3. Terapia farmacológica vs. Terapia no farmacológica

Según Teruel (2011) el uso conjunto de TF y TNF es común en la práctica clínica aún a pesar de que en la investigación los efectos de tal combinación son bastante escasos; con poca fundamentación sistemática y empírica de los resultados. Esto puede deberse a que en las TF, resulta relativamente fácil la adquisición y administración del fármaco que aminora en poco tiempo los síntomas de una dolencia o enfermedad; en las TNF requieren de mucho más tiempo, compromiso y motivación por parte del paciente, y la aparición de sus beneficios se produce más lentamente. A pesar de ello, las TNF cuentan con ventajas que las hacen atractivas como intervención, carecen de efectos secundarios y son más perdurables y eficaces para prevenir recaídas que las TF (Cordero y Yubero, 2016).

La investigación sobre la efectividad de las TNF en el contexto de intervención en demencia, se fundamenta en la alta peligrosidad de los fármacos debido a los efectos secundarios: somnolencias, caídas, e incidencia que tienen en el bienestar y calidad de vida (Henskens et ál., 2019). A pesar de ello existe escasa consistencia en los resultados que fundamentan la efectividad de las TNF en demencia al compararlas con las TF (Jin y Liu, 2019).

Jin y Liu (2019) en un estudio de meta-análisis evaluaron la efectividad y seguridad de diversas TF y TNF para el tratamiento de los SPCD. En TF se incluyeron: antipsicóticos, antidepresivos, nootrópicos o potenciadores cognitivos, benzodiazepinas y anticonvulsivos y en TNF: terapia de reminiscencia, terapia de validación, aromaterapia y práctica de ejercicio físico, entre otras y concluyeron que las TNF deberían recomendarse como segunda opción tras las intervenciones farmacológicas. En esta línea, Scott et ál. (2019) revisaron 13 estudios que trataban de medir los efectos de las TNF en la funcionalidad divididas en cuatro grupos: terapia de actividad física, terapia ocupacional, terapia multicomponente e intervención en estimulación cognitiva. Concluyeron que no había evidencia replicable que demostrase la efectividad de estas terapias en reducir el deterioro de la funcionalidad de las personas que padecen demencia.

Por el contrario, Dyer, Harrison, Laver, Whitehead y Crotty (2018) en un meta-análisis de revisión de revisiones sistemáticas centradas en TF y TNF afirman que, aunque algunas intervenciones farmacológicas resultan eficaces en el tratamiento de la demencia, las TNF basadas en el estudio multidimensional de la conducta deberían usarse como primera línea de tratamiento siempre que sea posible debido a la falta de efectos secundarios asociados.

Según Carballo et ál. (2013) la aplicación de TNF es el mejor complemento a las TF ya que suponen mejora del estado general del envejecimiento, calidad de vida, motivación, conducta, ansiedad y depresión.

En resumen, en este capítulo hemos visto dos tipos de terapias de intervención en el tratamiento de las diferentes patologías en personas mayores: las TF y más concretamente, los psicofármacos y las TNF (estimulación cognitiva, entrenamiento cognitivo, orientación a la realidad, rehabilitación cognitiva, intervención conductual, entrenamiento en actividades de la vida diaria, ejercicio aeróbico, arteterapia, mindfulness y reminiscencia). La literatura apuesta por la combinación de ambas intervenciones.

Capítulo IV

Historia de vida, revisión de vida y memorias

1. Historia de vida en personas mayores

Desde la década de los años 70 hasta la actualidad, las ciencias del envejecimiento han dejado atrás las teorías normativas y universalistas sobre el envejecimiento, dando paso a nuevas investigaciones basadas en la subjetividad y la significación de la experiencia vivida de cada persona en el contexto de su trayectoria vital.

Desde entonces, los *relatos de vida* son objeto de estudio constituyendo una herramienta indispensable en la humanización de los cuidados, así como en la escucha y acompañamiento de personas que viven experiencias de malestar emocional o situaciones de crisis en sus trayectorias vitales (Martínez, 2019).

Según Bonafont (2020) el enfoque biográfico se sitúa en la intersección entre lo social y lo psicológico. Sostiene que los individuos se mueven entre la acción de los determinantes sociales y la capacidad del propio sujeto para modificar el curso de su historia y otorgarle sentido. Suscribe una visión emancipadora de la persona para situarse como sujeto, reconociendo sus determinismos, ampliando su margen de libertad para tomar decisiones y situarse subjetivamente de forma activa y satisfactoria ante las circunstancias y avatares de la vida.

En la práctica gerontológica, conocer la biografía de la persona permite aproximarnos a cómo se ha ido construyendo la singularidad de un individuo a lo largo del tiempo y nos remite a un proceso contextualizado donde están implicadas las relaciones personales, el contexto social e histórico y la cultura, pero también el significado de la experiencia (Muchnik, 2005).

El estudio de las representaciones culturales sobre el ciclo de vida, desde un punto de vista antropológico, adquirió relevancia con autores como Erik Erikson.

Erikson (1993, 1985) elabora la *Teoría de las edades de la vida* partiendo de trabajos etnográficos de antropólogos y elabora un modelo psicosocial y antropológico de

desarrollo humano en el que sostiene la idea que la construcción de la *identidad* es un proceso que dura toda la vida. La teoría de Erikson destaca porque es una de las primeras que aborda el concepto de “desarrollo” desde una perspectiva que incluye todo el ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte. Prevalece la dimensión subjetiva de la persona vinculando la identidad al contexto social en el que se desarrolla, destacando la importancia de la confianza básica, hacia sí mismo y hacia los otros, como una de las cualidades humanas fundamentales para el desarrollo individual.

En la literatura científica, es uno de los primeros autores que introduce el concepto de *identidad* en las ciencias humanas (Kaufmann, 2004).

La idea principal de Erikson (1950) es que la vida humana tiene como finalidad construir la *integridad* del “YO”, generando un sentido de coherencia, confianza y construcción de la propia identidad a pesar de las crisis, dificultades o contingencias que se experimentan a lo largo del ciclo vital; por el contrario, el fracaso o ineficacia, puede conducir a la *desesperanza*.

Según Erikson, las personas desarrollan su personalidad más allá de la adolescencia, atravesando una serie de crisis psicosociales a lo largo de la vida. Cada crisis aparece en diferentes etapas de la vida, de forma cronológica, debiendo afrontar cada una de ellas para su desarrollo. Si no afronta una de las crisis, no podrá abordar satisfactoriamente la siguiente, y como consecuencia, no desarrollará un proceso madurativo exitoso (Tabla 2).

Tabla 2

Etapas del Desarrollo Psicosocial de Erikson (1993, 1995)

Etapas	Crisis Psicosocial	Fuerza Básica
Infancia	Confianza vs. desconfianza	Esperanza
Niñez temprana	Autonomía vs. vergüenza	Voluntad
Edad del juego	Iniciativa vs. culpa	Finalidad
Edad escolar	Laboriosidad vs. inferioridad	Competencia
Adolescencia	Identidad vs. difusión identidad	Fidelidad
Juventud	Intimidad vs. aislamiento	Amor
Adulterez	Generatividad vs. estancamiento	Cuidado
Vejez	Integridad vs. desesperación	Sabiduría

De las ocho fases o crisis, son de interés para nuestro estudio, la séptima y octava, describiéndolas a continuación:

7. Generatividad vs. estancamiento: esta etapa engloba desde los cuarenta hasta los sesenta años aproximadamente. La persona madura trata de encontrar un equilibrio entre la productividad y el estancamiento de la productividad. Se encarga de la crianza de sus hijos, productividad laboral, participación social, y es ante todo una preocupación de enseñanzas a las generaciones futuras, trata de cubrir esa necesidad de ayudar a los que nos necesitan para su futuro; si la persona no consigue desarrollar la generatividad, deviene en una actividad constante sin rumbo, cubrir su tiempo con actividades sin finalidad, que le lleva a un estancamiento y a cuestionar los “¿por qué?” y “¿para qué?”.

8. *Integridad vs. desesperación*: esta fase comprende desde los sesenta años hasta la muerte. Las personas tratan de dar coherencia y sentido a su vida, desarrollan la integridad vital. En esta etapa de la madurez tardía, la persona se enfrenta a una serie de cambios tanto físicos, productivos y sociales, al igual que ven la necesidad de afrontar las preocupaciones relativas a la muerte. Tras haber desarrollado con éxito las etapas anteriores, la persona hace una revisión de toda su vida pasada, examinando sus logros y aceptando o tratando de asumir sus fracasos y pérdidas, lo que le otorgará una seguridad y tranquilidad que según Erikson, son la base de la sabiduría. Si la persona adulta no desarrolla la integridad y ve su propia vida como improductiva, no aceptando hechos del pasado, sintiéndose culpable y frustrada ante fracasos pasados, sufrirá desesperación y frustración, generadores de malestar incluso llegando a experimentar depresión: “La desesperanza expresa el sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto para intentar empezar una nueva vida y emprender vías alternativas...” (Erikson, 2000, p. 116).

Las ocho etapas de Erikson fueron revisadas y ampliadas posteriormente (Erikson, 2000) añadiendo un noveno estadio. En este último estadio las personas mayores de 80 años se enfrentan a desarrollar la *Gerotrascendencia*, como una meta final propia de la madurez y la sabiduría, cargada de aspectos espirituales y trascendentales para la persona.

Para Erikson (1982) durante la vejez las personas se implican con mayor frecuencia en el recuerdo de acontecimientos pasados y en la elaboración de una historia vital que en la construcción de lo que queda por venir. Contempla la vejez como una etapa en la que nos enfrentamos a la tarea de reflexionar y aceptar todas aquellas experiencias del pasado

tanto positivas como negativas sobre nuestra vida e integrar toda nuestra experiencia en un todo con sentido para así alcanzar la sabiduría. A esta tarea evolutiva la denominó *integridad*. Lograr la integridad implica alcanzar la aceptación del ciclo de la propia vida como algo insustituible aun asumiendo que existen otros modos de vida; la persona que logra desarrollar la integridad, adquiere una *identidad yoica* y asume y acepta su modo de vivir sin temor a nada. La persona adquiere sabiduría, acepta su pasado, dota de mayor significado a su vida, y se enfrenta al futuro con mayor serenidad y satisfacción vital.

Tal y como afirma Erikson, si no se desarrolla la integridad, las personas aumentan su temor ante la muerte, por lo tanto, para que las personas mayores maduren con éxito, deben desarrollar las cualidades que conllevan a la integridad yoica. Estudios avalan que las conductas generativas durante la mediana edad, correlacionan con niveles más altos de integridad yoica en edades tardías (James y Zarreth, 2006; Torges, Stewart y Duncan, 2008). Cuando la integridad no se logra o se pierde, aparece un estado que Erikson denomina *desesperanza*, fruto de emociones contenidas durante la existencia; rabia, odio, culpabilidad y vergüenza, entre otras y expresa la vivencia de que el tiempo es limitado e imposibilita poder reorganizar la propia vida de forma satisfactoria. La persona tiene dificultades para aceptar los acontecimientos y afrontar las pérdidas que puede llevar el proceso de envejecimiento.

En la vejez, las personas no adquieren solo sentimientos de desesperanza y de integridad, sino que integran todos estos sentimientos en una compleja y dinámica comprensión del mundo. El nivel en que las personas mayores se adentran en la experiencia de hacer balance entre integridad y desesperación, depende de las propias experiencias pasadas y de cómo resolvieron los anteriores estadios. La experiencia vital que ha vivido cada persona promueve que tenga más voluntad de enfrentarse durante la vejez, a recordar y revisar su vida pasada, es decir, a desarrollar un mayor nivel de integridad del yo. De este

modo, las personas que aceptan sucesos pasados, dejan de sentir estrés emocional o angustia con sus recuerdos y favorecen la satisfacción vital.

Afonso, Bueno, Loureiro y Pereira (2011) analizan el impacto de un programa de reminiscencia en el bienestar psicológico y la integridad del ego de las personas mayores con sintomatología depresiva. Participan 90 personas mayores de 65 años en un diseño cuasiexperimental con evaluaciones previas y posteriores que se asignan a uno de los tres grupos; grupo experimental (sesiones de reminiscencia), grupo control (sin intervención) y grupo control-placebo (sesiones de relajación semanales). Los resultados indican que solo el grupo experimental aumenta significativamente en bienestar psicológico general e integridad del ego. Esto sugiere que la promoción de terapia en reminiscencias instrumentales e integradoras es una herramienta terapéutica importante para el bienestar psicológico e integridad en personas mayores con sintomatología depresiva.

Meléndez, Delhom, y Satorres (2020) en un estudio a 325 adultos mayores sanos analizan la relación entre las estrategias de afrontamiento y la edad con las dimensiones de integridad y desesperación. La integridad muestra relaciones significativas y positivas con las estrategias reevaluación positiva, focalización en solución de problemas y género, y negativa con la búsqueda de apoyo; la desesperación muestra relaciones positivas con la autofocalización negativa. Concluyen que las estrategias orientadas al problema facilitan la consecución de la integridad facilitando el proceso adaptativo, mientras que algunas estrategias orientadas a la emoción son desadaptativas y fomentan la desesperación.

En otra investigación, Dezutter, Toussaint y Leijssen (2016) investigan la relación entre el perdón y los síntomas depresivos en personas de edad avanzada; exploran si la tarea de desarrollo de integridad/desesperación subyace en esta relación. Ambos objetivos se estudian en una muestra de personas mayores que viven en comunidad y en residencias; obtienen que el perdón y la depresión se asocian negativamente tanto en personas mayores

que residen en comunidad como en residencias. La tarea de desarrollar la integridad y evitar la desesperación demuestra ser un mediador significativo en esta relación. Desde la perspectiva de vida, muestran que la tarea de desarrollo de encontrar el equilibrio entre integridad y desesperación es un mecanismo intrapersonal importante a través del cual el perdón se relaciona con síntomas depresivos en personas mayores que viven en la comunidad y residencias.

Cetinkol, Bastug, y Kizil (2020) estudian la relación entre la aceptación del pasado, desesperanza, ansiedad por la muerte y síntomas depresivos en 100 personas mayores. Concluyen que la aceptación del pasado parece ser importante para la integridad del ego en las personas mayores.

A partir de la teoría psicosocial de Erikson, el concepto de coherencia, integridad y sabiduría, han cobrado importancia en el estudio del envejecimiento, por su relación con el *envejecimiento exitoso*.

Heredia (2020) realiza el estudio que evalúa la relación entre el sentido de coherencia y el envejecimiento exitoso en 116 adultos mayores entre 60 y 90 años, evidencia que la ausencia de enfermedad orgánica no es determinante para lograr un envejecimiento exitoso o poseer un alto sentido de coherencia y concluye que los adultos mayores que presentan una alta motivación y se orientan de forma positiva a la vida tienden a mostrar una adecuada adaptación a los cambios propios de la vejez, manteniendo conciencia de su condición fisiológica para dar respuestas, afianzando su compromiso con la vida sujeta a una conducta flexible y creativa.

En conclusión, y en palabras de Erikson (1980, p. 241), “Sólo el individuo que en alguna forma ha cuidado de cosas y personas y se ha adaptado a los triunfos y desilusiones inherentes al hecho de ser generador de otros seres humanos, o el generador de productos e ideas, puede madurar gradualmente el fruto de estas etapas”.

1.1. El Yo narrativo y la vejez

Los *relatos* son narrativas que se expresan tal y como la persona lo ha vivido, lo recuerda y lo explica, de manera que puede formar parte, o no, de su “historia real”, una forma de inteligibilidad en que el sujeto se comprende a sí mismo y el mundo social en el que habita (Delory-Momberger, 2015). Construidos a partir de elaboraciones narrativas particulares de la propia vida así como la experiencia vital de los macro sistemas socio-antropológicos (González, Fonseca y Jiménez, 2006); refuerzan la identidad y empoderamiento de quien lo relata.

En la construcción del relato hay un acto creativo que va más allá de la secuencia evocación-repetición, en tanto que la persona intenta dar sentido y significado a su vida. Implica un modo particular de recordar en la que están implicados, además de la memoria, otros procesos cognitivos que desvelan ciertos componentes emocionales, con más o menos intensidad (Lamas Rojas y Lamas Lara, 2006).

El *relato de vida* ofrece la oportunidad de revisar, reflexionar e interrogarse a sí mismo sobre los factores sociales que han influido en su vida y comprender los elementos del pasado que se repiten en la actualidad a nivel emocional o de respuesta ante situaciones que presentan similitudes con episodios del pasado. Permite vislumbrar cómo las personas se convierten en sujetos en un contexto histórico, cultural y social mediante los procesos de socialización (Burrick, 2010).

La intervención mediante el relato de vida, se ha convertido en un método específico de acompañamiento y apoyo para afrontar situaciones de incertidumbre, vulnerabilidad o sufrimiento (Bonafont, 2017; Martorell, 2015).

El enfoque biográfico permite aproximarnos a la subjetividad de la persona, sus representaciones simbólicas y significados, mediante la relación de confianza, observación y escucha, observando cómo se define a sí misma, cómo se manifiesta y desarrolla su

singularidad en el transcurso del tiempo, cómo afronta los cambios y los resignifica integrándolos a la propia historia, facilitando la construcción de sentido en la continuidad de su recorrido vital.

Los relatos de episodios biográficos o las narrativas, se vinculan a recuerdos y reminiscencias que tienen carácter retrospectivo y rememorativo en un movimiento dinámico, un vaivén entre experiencia, revisión y reflexión, entre las partes y la globalidad, entre el tiempo pasado y el tiempo presente o el futuro. Los consideramos narrativas que se estructuran en una secuencia de hechos que reflejan valores, intenciones particulares de un pasado recordado y reactualizado en el presente, un presente que se está experimentando y un futuro esperado que se organiza de acuerdo con las comprensiones socialmente construidas en el tiempo y el espacio (Villar, 2006).

La *narración* permite revisar y procesar los cambios que se han producido en el transcurso de la vida. Las experiencias vividas, los espacios habitados, las relaciones y los vínculos que se han creado, las elecciones que se han hecho, todo ello es necesario para que la función narrativa pueda otorgar significado (Torradabella y Tejero, 2010).

La persona que narra se explica a sí misma y en la medida que lo hace, realiza una actividad mental que le permite conectar con sus recuerdos, decisiones, aprendizajes, emociones y significados; ordenar y organizar la información y transmitirla a otra persona de manera inteligible mediante la palabra. Puede también, constituir una actividad reflexiva cuando dicha actividad le permite actualizar sus experiencias pasadas en el momento presente a partir de la relectura, revisión y re-significación de los episodios relatados (Bonafont, 2017).

El enfoque narrativo y el estudio de las historias vitales han cobrado especial relevancia para la Gerontología, dando sentido de identidad y coherencia en las personas mayores, constituyendo un momento intrínseco de reflexión (Pellegrino, 2017). Se centra

en el punto de vista de la persona que envejece y ofrece la posibilidad de valorar la experiencia vital como fuente de desarrollo personal y como uno de los principales, sino el principal, legado a futuras generaciones (Villar, 2006).

1.2. Historia de vida y atención centrada en la persona

Prat (2004) define la historia de vida (HV, a partir de ahora) como un trabajo exhaustivo sobre la vida del individuo, para el que se utilizan narraciones biográficas diversas y otro tipo de documentos o materiales de apoyo (cartas, diarios...), con el objetivo de obtener una historia lo más objetiva posible. Rodríguez (2013), da un paso más allá a esta definición relacionando la HV con la atención centrada en la persona (ACP, a partir de ahora), considerando esta unión (HV-ACP), una metodología cualitativa que permite conocer y comprender a las personas que necesitan atención y cuidados y, desde esta comprensión, realizar intervenciones y acompañar a personas, prestando apoyos desde una perspectiva humanista, mediante la elaboración participada, compartida y consensuada del *Plan Personalizado de Atención y Apoyo al Proyecto de Vida (PAyPV)*.

Collière (1996) define los *cuidados* como acciones que promueven la vida o acompañan a una muerte digna, fomentando todo aquello que estimula el impulso, deseo y sentido de vivir de la persona facilitando la comunicación, movilizándolo fortalezas, capacidades existentes o restantes, reforzando o estimulando recursos internos o de entorno, movilizándolo la voluntad para reajustarse a situaciones que requieren un replanteamiento de la propia vida y cotidianidad acompañando a morir dignamente, diferenciándolos de aquellas intervenciones que tienen como finalidad la curación.

En la ACP, el paradigma del curso de la vida proporciona un marco metodológico referencial que resalta la importancia del enfoque biográfico y la HV para tener una visión más amplia y comprensiva de la singularidad de cada persona, partiendo de la idea de que cualquier actividad humana está anclada en la experiencia vivida en un marco de

historicidad y de temporalidad; contribuye a deconstruir las visiones homogeneizadoras y por lo tanto, simplificadoras, de las personas mayores.

La HV-ACP es un proceso gradual, progresivo, abierto, interactivo y dinámico enmarcado en la relación de confianza vinculante que permite un abordaje más comprensivo y efectivo, así como acompañamiento de la persona a lo largo del tiempo que dura la relación; permite la elaboración y actualización continuada de los planes de atención personalizados conforme a los acuerdos establecidos, que deben ser permanentemente revisados y reajustados en función de las circunstancias cambiantes y la voluntad de la persona. Sigue una lógica relacional y de apoyos fundamentada en los derechos de la persona, fortalezas y deseos para alcanzar el máximo bienestar posible.

Es una herramienta indispensable de acompañamiento y de respeto a la autonomía y dignidad que se basa en la capacidad humana de utilizar el lenguaje para ordenar y expresar las experiencias humanas desde una perspectiva subjetiva y experiencial. Plantea importantes ventajas en el desarrollo de diferentes etapas de la investigación cualitativa (Abrantes, 2013; Acevedo, 2013).

En la práctica cotidiana en los servicios, el enfoque biográfico y la HV son pilares básicos para la elaboración de planes personalizados de cuidados y apoyos, ya que comporten una fuente de conocimiento y de aproximación comprensiva de la persona teniendo en cuenta la globalidad de su recorrido vital y, en cierta forma, en la construcción progresiva de su identidad (Rodríguez, 2013; Villar y Serrat, 2017).

En conclusión, el enfoque biográfico que promueve la ACP no es meramente una exposición descriptiva de datos biográficos de la persona, sino que adquiere un valor comunicativo, relacional y de acompañamiento para reforzar la autonomía y la identidad personal, contribuyendo a su empoderamiento, siendo una herramienta indispensable para elaborar y proponer planes de atención que sean personalizados y en los que se integren los

apoyos que resulten más adecuados para que la persona pueda continuar desarrollando y controlando su propio proyecto de vida.

1.3. *Identidad e historias vitales*

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1950) sobre la concepción de la construcción de la *identidad* en el transcurso del ciclo vital, abrió nuevos campos de investigación, siendo los procesos de transición en la vida y los acontecimientos sociales e individuales, los que marcan el paso de una etapa a otra y constituyen eventos de gran significado en su construcción en los sujetos. Se trata de procesos que implican la asunción de nuevas habilidades, modificaciones en la representación de sí mismo, cambios en las relaciones con el entorno significativo y nuevas formas de posicionamiento respecto al orden social en que está ubicado (Sepúlveda, 2010).

En el marco de la Psicología social, sin duda, es Henri Tajfel (1981) con la *Teoría de la identidad social*, el claro precursor del estudio de la identidad social y también las posteriores derivaciones de la misma cristalizadas en la *Teoría de la Autocategorización* (Turner, 1999; Turner y Reynolds, 2001). Mientras la primera se centra en procesos intergrupales y en la idea de que las relaciones entre los grupos surgen de la interacción entre procesos psicológicos y la realidad social, la segunda teoría amplía su ámbito para incluir la explicación de los procesos intragrupal de formación de grupo, cohesión, influencia o polarización (Huici y Gómez, 2004). En este marco, la identidad social de cada persona puede explicarse como el resultado propio, único, de procesos de autoorganización en los que cogniciones y emociones se van construyendo mutua y sucesivamente, de modo que se establecen restricciones recíprocas y que funcionan a modo de sistemas dinámicos (Lisbona, 2010).

Para De Gaulejac (2013), la identidad es un punto en la intersección entre dos irreductibles: el psíquico, que se fundamenta en el deseo de ser, y el social, que fundamenta

la existencia individual a partir del lugar que ocupa en la sociedad. Es una construcción mental que puede expresarse con las palabras y el discurso que producen los propios sujetos.

Cada persona se define a sí misma por características comunes a todos los seres humanos, pero también a través de características que le singularizan y distinguen de los otros. En consecuencia, el término identidad toma el sentido en una dialéctica entre similitud y diferencia, entre singularidad y alteridad, entre individualidad y colectividad (De Gaulejac, 2011).

La identidad es una construcción inacabada que está abierta a continuidades y discontinuidades en un marco de temporalidad, y en interacción con las contingencias y acontecimientos vitales y las personas de su entorno (Güelman y Borda, 2014). En este sentido, es esencial la agencia humana o autonomía personal en la construcción de la propia trayectoria vital, lo que da cuenta de la gran heterogeneidad y variabilidad de las experiencias personales observables ante un mismo hecho y contexto social (Martínez, Morgante y Remorini, 2010). No existe como realidad objetiva, se trata de una ficción, una ilusión retórica que se activa cada vez que uno piensa en sí mismo como sujeto y se reinventa mediante el relato autobiográfico que construye la propia imagen en la práctica discursiva dando una visión global del pasado, buscando coherencia y sentido (Vargas-Thils, 2013; De Gaulejac, 2013).

El concepto de *identidad narrativa* parte de la *Teoría General del Relato*, propuesta por Paul Ricoeur (1999) que describe la función narrativa y la temporalidad de la vida humana. La persona es su historia y a través del relato de la propia vida, reconfigura el pasado, inacabado y en proceso de interpretación para generar nuevos sentidos, de forma que la HV se convierte en una historia narrada construyendo su identidad narrativa.

Nuestra HV permite integrar significados sobre nosotros mismos y, de acuerdo con McAdams (2001) dota de significado a los cambios que hemos experimentado ofreciendo un sentido de unidad -viéndose como un todo coherente en el espacio y en el tiempo- y de propósito -viéndose nuestra vida como una progresión lógica desde el pasado y orientada hacia un futuro deseado-; es decir, la HV recoge todas aquellas experiencias que, por algún motivo u otro, consideramos significativas en nuestra trayectoria vital y les da unidad y propósito convirtiéndose en nuestra identidad.

Una HV va más allá de la recuperación de información desde nuestra memoria autobiográfica. Implica una forma particular de recordar que además de la memoria, están implicados otros procesos cognitivos, despertando un componente emocional. Según Staudinger (2001) este proceso de reflexión vital implica el análisis de nuestra experiencia, llevando a cabo operaciones como organizar los recuerdos, agrupar los recuerdos en categorías o en función de la temática vital, abstraer metáforas o lecciones de los acontecimientos de la vida y comparar nuestra trayectoria vital con las de otras personas o con ciertos patrones culturales, permitiendo evaluar nuestros logros y posibles carencias. Son procesos complejos y costosos, y por ello no suceden frecuentemente en nuestra vida.

Los procesos de reflexión vital y la elaboración de HV, pueden ser una fuente de desarrollo ya que nos aportan estabilidad y seguridad, siendo una guía que optimiza el comportamiento, permitiéndonos gestionar mejor nuestros recursos para alcanzar las metas.

En el marco de la relación interpersonal, la narración de la propia vida se debe tener en cuenta para fortalecer y reconocer la identidad de la persona en un entorno de escucha y acompañamiento. La narración conforma una actividad reflexiva para recuperar, revisar y reapropiarse subjetivamente de las vivencias y experiencias relevantes de la trayectoria de vida en el curso del tiempo. La escucha de los relatos de vida ofrece un espacio en que la persona puede repensar, revivir, resentir y resignificar sus experiencias y vivencias de

acuerdo a sus representaciones y significados, valores éticos y morales, relaciones o vínculos, así como a la interpretación que hacen de su historia y del mundo en el que habitan (Bonafont, 2020).

Actualmente las historias de vida no solo se narran, sino que también se comparten en *libros de historia de vida*, utilizándose especialmente en personas con demencia como parte de la ACP, y aunque la literatura demuestra asociaciones entre el hecho de realizar el libro de vida y mayor bienestar, se sabe poco sobre este proceso y cómo lo experimentan las personas con demencia. El uso de la tecnología para este fin sigue creciendo aunque también con muchas incógnitas que requerirán más investigación (Sweeney, Wolverson y Clarke, 2020).

2. Revisión de vida en personas mayores

El término de *revisión de vida* (RV, a partir de ahora) fue propuesto en los años 60 por Butler, que lo define como “el retorno progresivo a la conciencia de recuerdos y conflictos pasados no resueltos, para su reevaluación y resolución (Butler, 1963). En coherencia con las ideas de Erikson, este proceso de revisión, tiene lugar de manera espontánea y normativa en los últimos años de vida, implicándose en ella, especialmente las personas mayores y aquellas que contemplan próximo el final de su vida; sienten la necesidad de reexaminar y reinterpretar sus experiencias vitales pasadas, siendo el medio para desarrollar la *integridad*. Esta tarea no siempre aparece o no siempre puede llevarse a cabo de manera satisfactoria.

Algunos autores consideran que la HV y la RV, son sinónimos (Pineau, Le Grand, citados por Burrick, 2010) inscribiéndose en un mismo concepto, mientras que otros (Lainé, Le Grand, citados por Burrick, 2010) consideran que la RV es una reconstrucción narrativa de la propia vida o de una parte de la misma, y que la HV tiene que ver con la elaboración de este material mediante la identificación de las estructuras y las atribuciones de sentido.

La RV convierte la expresión de vida, convirtiéndose en historia fruto del análisis, reflexión y construcción de una totalidad inteligible (Burrick, 2010; Neiwiadomski y De Villers, 2002). El valor de los recuerdos y de las historias vitales han llevado al desarrollo de intervenciones terapéuticas, destacando entre ellas, la RV.

La mayor parte de las teorías asumen la RV como un proceso evolutivo central y de tipo terapéutico que puede realizarse a cualquier edad, aunque existe un consenso general de que a partir de la adultez media y la vejez, es el período donde las personas se implican más en este proceso.

Las personas revisan experiencias pasadas y conflictos no resueltos, para tratar de solucionarlos si es posible y adquirir serenidad y sabiduría. Si no es capaz de elaborar un sentido coherente de su pasado y aceptarlo en los términos en los que ocurrió, puede experimentar grandes sentimientos de culpa que desembocan en estados ansiosos o depresivos. El objetivo de la revisión vital es hacer posible la reconciliación con el pasado; tras el proceso de revisión, cuando la reconciliación se ha logrado y los conflictos se han solucionado, la persona se encontraría dispuesta a aceptar con serenidad el fin de la vida (Serrano, Latorre, Gatz y Montañés, 2005).

Los momentos vividos en el pasado están vinculados a emociones que pueden ser agradables (emociones positivas) o desagradables (emociones negativas). Las personas deprimidas recuerdan más sucesos negativos de sus vidas e intensifican su valencia, mientras que aquellas no deprimidas recuerdan más sucesos positivos, los intensifican e incluso disminuyen la carga emocional de los sucesos negativos, quizás como mecanismo adaptativo que controlan para sentirse mejor (Afonso y Bueno, 2010; Subramaniam, Woods y Whitaker, 2014; Lopes, Afonso, y Ribeiro, 2016).

Diversas técnicas de RV se utilizan como terapia en personas mayores que presentan sintomatología depresiva y depresión (Chan et ál., 2014; Gonçalves,

Albuquerque y Paul 2009; Hsieh et ál., 2010), incluso con resultados comparables a los obtenidos con tratamiento farmacológico y otras terapias psicológicas. También mejoran el autoconcepto, satisfacción vital, autoeficacia en situaciones de afrontamiento y disminuyen la ansiedad (Gil et ál, 2019; Kim y Lee, 2019; Fernández, Ros, Escribano, y Serrano, 2020; Park, Lee, Yang, Song y Hong, 2019).

En la actualidad, cada vez son más populares las sesiones grupales en lugar de las individuales en donde cada participante revisa su vida ante otros, revisión que es apoyada por los demás beneficiándose del grupo y al mismo tiempo, facilitada por las experiencias vitales del resto del grupo (Siverová y Bužgová, 2018; Lök, Bademli y Selçuk-Tosun, 2019; Gil, Costa, Parola, Cardoso, Almeida y Apóstolo, 2019).

2.1. Revisión de vida en positivo (REVISEP)

El recuerdo de los sucesos vividos y la memoria autobiográfica (MA, a partir de ahora), están estrechamente relacionados. Según Williams, Conway y Cohen (2008) la MA tiene cuatro funciones importantes en la vida cotidiana en el plano de la cognición e identidad personal. Mantiene y crea la representación del *yo*, enfrenta los retos cotidianos jugando un papel decisivo en nuestra salud mental, proyecta hacia el futuro basándose en el cúmulo de experiencias del pasado y tiene una función social o comunicativa.

En este contexto, cobran especial importancia los constructos de reminiscencia y RV por estar ligados a funciones de la memoria autobiográfica. *Reminiscencia* es el proceso cognitivo que permite la recuperación o la representación en la memoria sobre algún dato, información o situación apreciada con anterioridad. *RV* es el análisis y evaluación de distintos eventos vividos produciendo diferentes sentimientos; si la representación es muy potente, pueden revivir emociones.

En los últimos años, ha surgido una línea de investigación centrada en la MA de recuerdos específicos positivos denominada *Terapia de Revisión de Vida basada en*

Sucesos Específicos Positivos (REVISEP). Surge de la psicología positiva, y se utiliza para mejorar el estado de ánimo y satisfacción vital en personas mayores que padecen depresión.

Se trata de un programa estructurado que se realiza en 4 sesiones de aproximadamente una hora de duración durante 4 semanas y guía a la persona hacia recuerdos autobiográficos específicos y positivos considerando todo su ciclo vital; infancia, adolescencia, madurez y senectud, de duración muy variada como días, horas o minutos, e incluye la reminiscencia y la RV (Haight y Webster, 1995 en Vázquez y Hervás, 2009; Serrano, 2002; Serrano, Latorre y Montañés, 2005).

Tabla 3

Ejemplos de preguntas incluidas en REVISEP

Preguntas dirigidas a recuperar eventos específicos positivos (ejemplos)

Niñez:

¿Cuál es el instante o situación más agradable que recuerdas de tu vida siendo niño/a? Puedes volver tan atrás como quieras.

Cuéntame algo que hiciera un día tu padre/madre que viviste con mucha alegría siendo muy joven.

Adolescencia:

¿Qué otro recuerdo destacarías del comienzo de esta época, la adolescencia y que siempre lo has recordado por ser irreplicable por lo bien que lo pasaste?

¿Qué día recuerdas con tus abuelos siendo un muchacho adolescente que puedes recordar como un momento de máxima felicidad o ilusión?

Edad Adulta:

¿Recuerdas algún instante en que te sentiste muy feliz participando en algún acto religioso o estando en la iglesia como adulto/a?

¿Cuál es el momento que recuerdas con mayor felicidad al lado de tu mujer?

Resumen de Vida:

En general, ¿qué clase de vida crees que has tenido? Describe un momento que quieras, y recuerdes como el más feliz de tu vida. El primero que recuerdes.

¿Qué es lo más importante que consideras haber hecho en tu vida y ello te llena de felicidad a día de hoy?

Serrano et ál. (2012) examinan la eficacia de una intervención REVISEP en un grupo de personas mayores con depresión. Del mismo modo aleatorizan la muestra configurando un grupo control (recibe terapia de apoyo como condición placebo) y un

grupo experimental (recibe terapia REVISEP). Los resultados muestran que en ambos casos se produce disminución de la depresión sin diferencias significativas entre ellos, sin embargo, el grupo experimental manifiesta mayor aumento en la producción de recuerdos específicos, siendo las personas que más disminuyen la depresión.

Las investigaciones en REVISEP en personas mayores han ido creciendo en los últimos años y muestran su eficacia en el aumento del afecto positivo, autoestima, satisfacción vital, bienestar emocional, reducción de la desesperanza y sintomatología depresiva (Pereyra, Perea, Blanco, Hervás, y Avia, 2012; Etchemendy, Baños, Botella, Castilla, 2010; Trentini, 2015).

Actualmente este tipo de terapias de intervención no farmacológicas están recibiendo gran atención en el ámbito gerontológico como terapia para la depresión, así como los programas de reminiscencia, cada vez más utilizados en centros de día y residencias para personas mayores, ofreciendo mayor evidencia científica (Hsieh et ál., 2010; Gil et ál., 2019; Kim y Lee, 2019; Fernández, Ros, Escribano, y Serrano, 2020; Park, Lee, Yang, Song y Hong, 2019).

2.2. *Revisión de vida vs. Reminiscencia*

Uno de los autores más importantes en relación con la *terapia de reminiscencia* es Webster (1997) quien la define como “el recuerdo e interpretación presente de acontecimientos vitales que experimentamos en algún momento de nuestro pasado, generalmente de nuestro pasado lejano”.

La reminiscencia es una actividad psíquica universal necesaria en el envejecimiento y en la vejez. Permite recordar pensando o relatando hechos, actos o vivencias del pasado; favorece la integración del pasado con el presente, brinda continuidad, refuerza la identidad, aumenta la autoestima y permite la resignificación (Westerhof, Bohlmeijer y Webster, 2010).

Cortés (2016) la define como el gesto o huella que nos remite a situaciones de nuestro pasado a través de objetos y sensaciones, que permite congelar un instante y salvaguardar los recuerdos de la fugacidad de la memoria.

A menudo se utilizan como sinónimos los conceptos de reminiscencia y RV, pero no lo son. La causa de la confusión es la ausencia de claridad conceptual. Ambas intervenciones hacen uso de la memoria y el recuerdo, recogen material mnésico triste y/o alegre, se aplican principalmente en personas mayores y tienen una función terapéutica, pero cada una tiene objetivos distintos. Por un lado, la RV lleva a realizar un análisis crítico de las propias vidas recorriendo toda la historia vital para así facilitar la combinación de las experiencias, por otro, la reminiscencia busca crear experiencias que ayudan a mejorar la calidad de vida de la persona mayor.

En la siguiente tabla (Tabla 4), se muestran las diferencias y similitudes de ambas técnicas más detalladamente sirviendo así para despejar las dudas sobre esa confusión conceptual existente (Burnside y Haight, 1992).

Tabla 4

Comparación Reminiscencia y Revisión de Vida (Burnside y Haight, 1992)

INTERVENCIÓN REMINISCENCIA	INTERVENCIÓN REVISIÓN DE VIDA
Objetivos	Objetivos
Incrementar la socialización Mejorar las habilidades de comunicación Proporcionar placer Mejorar la confianza en sí mismo Obtener información Incrementar el confort Aumentar el Rapport	Integridad
Rol del Clínico	Rol del Clínico
No suele redefinir No investiga Postura Informal No presiona al insight Compasivo	Redefine los eventos Aceptando Valorando Empático
Proceso	Proceso
Libre o estructurado Abierta a la espontaneidad No está enfocada en un tema particular Puede o no tener un enfoque cronológico Ambiente relajante Enfocada en costumbres placenteras Enfocada en recuerdos positivos Evaluación realizada por el propio integrante Integración realizada por el propio integrante	Estructurado Enfocada en temas Enfoque cronológico de todas las etapas vitales Interna Trabajo Integrador La repetición sirve como catarsis Resignificar sucesos individuales
Resultados	Resultados
Disminuye el aislamiento Aumenta la autoestima Aumenta las relaciones de confianza y amistad Permite contemplar el legado personal Aumenta la conectividad Aumenta la socialización	Integridad Aumenta el bienestar Sabiduría Paz Aumenta la autoestima Disminuye la depresión Aumenta la satisfacción con la vida

Algunos autores han demostrado beneficios de la terapia de reminiscencia en personas mayores: aceptación de la muerte (Georgemiller y Maloney, 1984), mejora del funcionamiento cognitivo (Lök, Bademli y Selçuk-Tosun, 2019), aumento del significado de la vida (Bohlmeijer, Westerhof y Emmerik, 2008), reducción de la depresión (Duru y

Kapucu, 2016), integridad del yo (Meléndez, Fortuna, Sales y Mayordomo, 2015), siendo una adecuada intervención para esta población.

3. Memoria y recuerdos de vida

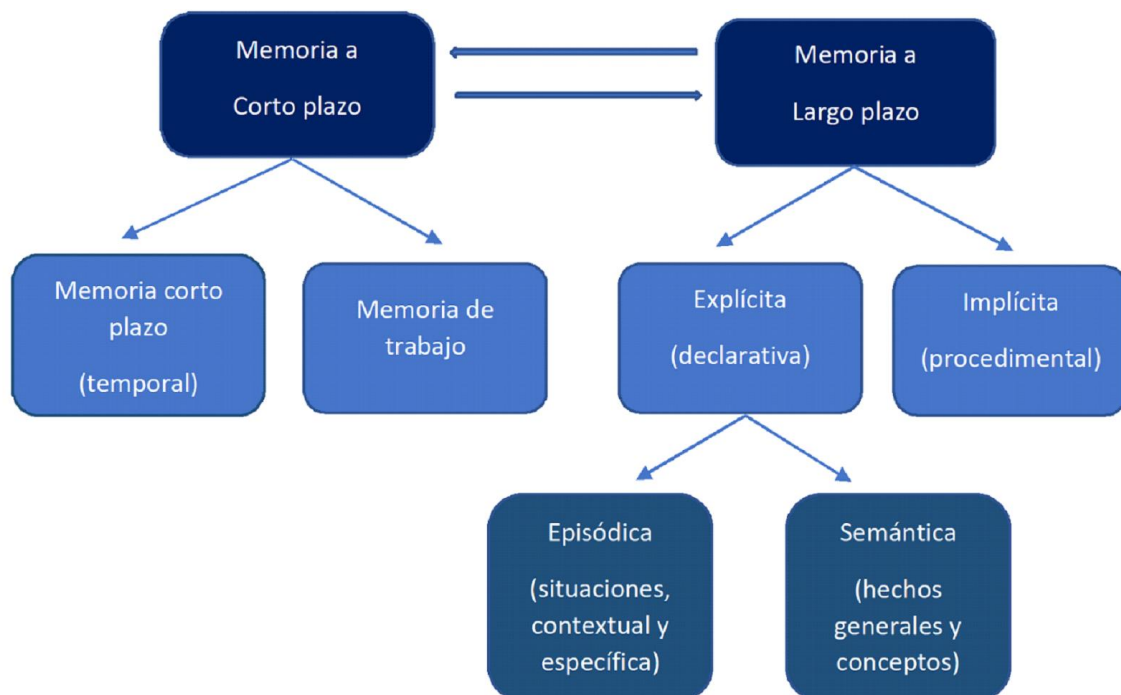
Existe una íntima relación entre la memoria y los recuerdos de vida; la *memoria* es un proceso psicológico que se plantea como la capacidad de adquirir, almacenar y recuperar información, siendo los *recuerdos de vida* los que modelan las acciones, dirigen y permiten fortalecer la identidad, siendo el ser humano el total de sus recuerdos.

La psicología cognitiva es la precursora del estudio de la memoria desde hace más de un siglo y desde entonces se habla de diferentes tipos de sistemas, fases o almacenes de memoria; Atkinson y Shiffrin (1968) plantean divisiones tripartitas, Perlmutter y Hall (1992) distinguen entre capacidades y contenidos, Schacter y Tulving (1994) organizan la memoria en diferentes sistemas principales con diferencias importantes entre ellos, Baddeley (1999) indica que la memoria es un sistema unitario aunque complejo y Casanova et ál. (2004) consideran que debe quedar atrás el concepto de memoria al entenderse como una impresión de huellas que se conservan y se reaniman o reproducen de acuerdo con la necesidad.

La memoria humana es un complejo sistema cognitivo que hace referencia a diferentes almacenes (sensorial, corto plazo y largo plazo), fases (codificación, almacenamiento y recuperación) y sistemas de control que se despliega en el tiempo en una serie de escalones sucesivos y que se organiza en diferentes niveles. La memoria se refiere a las experiencias e información que recordamos y proceso de retención de las experiencias aprendidas estando por tanto involucrada en todas las actividades mentales (Ruiz-Vargas, 2010). En la Figura 4, se detalla la taxonomía del sistema de memoria para una mayor comprensión.

Figura 4

Taxonomía del sistema de memoria (Fuente: Ruiz-Vargas, 2010)



3.1. Memoria episódica

La *memoria episódica* es un sistema de memoria explícita y declarativa responsable de codificar, almacenar y recuperar eventos que se experimentan de manera directa y personal, y que están vinculados con un contexto espacio temporal específico (Tulving, 2002).

La habilidad para recordar nuestras propias experiencias, se denomina memoria episódica y si bien a más edad hay más episodios de vida, el recuerdo de los mismos disminuye significativamente con la edad (Vázquez, 2016) y una de las principales hipótesis propuestas para explicar el deterioro de este tipo de memoria es que se debe a la reducción de recursos atencionales e incapacidad para asignarlos eficientemente durante la adquisición o recuperación de información episódica (Trejo-Morales y Cansino, 2011).

Mías, Bastida, Del Boca y Legeren (2017) en un estudio sobre las edades críticas en el declive de distintas funciones neurocognitivas en adultos jóvenes y mayores,

concluyen que a los 65 años hay un declive significativo de la memoria episódica verbal y de fluidez verbal.

La memoria episódica es uno de los tipos de memoria que presentan mayores patrones de deterioro en el envejecimiento; su declive se asocia a enfermedades neurodegenerativas como EA y demencias en general, siendo de especial relevancia la evaluación y detección precoz del DCL.

Mandich, Custodio, y Sánchez (2016) evalúan la memoria episódica verbal y los errores en la misma en personas que consultan por quejas de memoria y temor a padecer Alzheimer. En este estudio de tipo observacional y transversal, se estudian 50 sujetos (63 años), derivados a evaluación neuropsicológica para realizar monitoreo de las funciones cognitivas. La metodología utilizada es exploratoria/descriptiva y en relación al funcionamiento cognitivo: el 2% no presenta ningún tipo de déficit ni errores, el 8% no presenta déficit cognitivo pero presenta errores y el 30% presenta perfil subcortical con errores, siendo el error más frecuente la confabulación. Ningún paciente presenta déficit de aprendizaje y no se observa rendimiento asociado a EA, pero es alarmante la presencia de errores lo que amerita el seguimiento de las personas que los presentan para actuar preventivamente.

Las personas mayores que presentan deterioro cognitivo pueden beneficiarse del entrenamiento cognitivo mejorando el funcionamiento de la memoria episódica (Calvo, 2018), ralentizando la progresión del deterioro.

3.2. Memoria autobiográfica

La influencia de la psicología del desarrollo se observa en la exploración de los recuerdos a lo largo del ciclo vital, enfatizando la relación existente entre tiempo, persona, contexto y recuerdo. La importancia del *self* o sí mismo y la *identidad* son aspectos centrales desde el punto de vista de esta disciplina considerándose aportes claves de esta

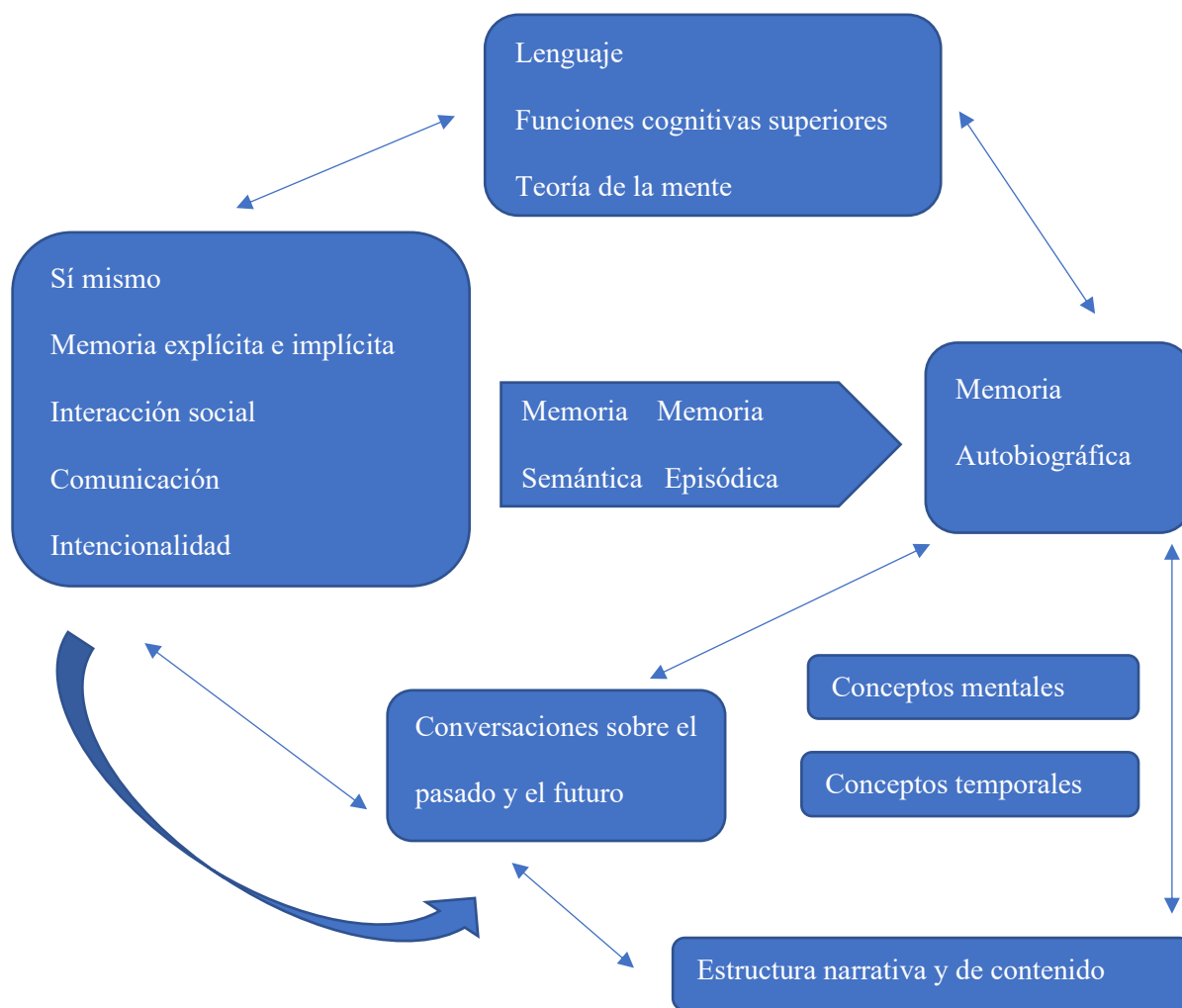
línea teórica, así como de la psicología social y de la personalidad, las cuales también subrayan el *sentido de continuidad* asociado a la memoria autobiográfica.

Existe un tipo de memoria más compleja que la memoria episódica y remite constantemente al pasado personal, la *memoria autobiográfica*, mediante la que traemos al presente situaciones de nuestra vida pasada, experiencias íntimas, situaciones que han tenido mayor relevancia en nuestra historia vital. La memoria autobiográfica es la memoria de los sucesos de la propia vida, donde se entrecruzan aspectos vinculados a la cognición en general con los relativos a la persona, la emoción y a los significados. Esta perspectiva recupera el rol de la persona como central y significado en todo proceso de recordar (ACP).

Para Nelson y Fivush (2004) la memoria autobiográfica es un sistema que depende de otros sistemas mnésicos humanos pero que no es estrictamente episódico ni semántico. En la siguiente figura (Figura 5), se muestra una ilustración donde se explica el funcionamiento de la memoria autobiográfica y sus componentes.

Figura 5

Componentes de la Memoria Autobiográfica (Fuente: Nelson y Fivush, 2004)



Sustrato neuroanatómico y neurofuncional

Beltrán-Jaimes, Moreno-López, Polo-Díaz, Zapata-Zabala y Acosta-Barreto (2012) afirman que la memoria autobiográfica implica dos tipos de conocimiento acerca de uno mismo; el componente *episódico*, formado por eventos personales y específicos situados en un tiempo y espacio; el componente *semántico*, almacena conocimientos generales del pasado como nombres, direcciones o eventos generales.

La memoria autobiográfica es la forma específicamente humana de la memoria que va más allá del recuerdo de los acontecimientos experimentados, para integrar la

perspectiva, la interpretación y la evaluación del sí mismo y el tiempo para crear una historia personal (Fivush, 2011).

Las pérdidas de memoria autobiográfica afectan a los componentes centrales de la sensación subjetiva de la identidad y el sentimiento de ser integrado en la línea de tiempo de la vida (Seidl, Lueken, Thomann, Geider y, Schröder, 2011). El componente semántico de la memoria autobiográfica se encuentra relativamente mantenido en las demencias aún en etapas avanzadas, sobre todo en la enfermedad de Alzheimer (Braconi, 2020) si bien, cuando ésta se deteriora el sujeto pierde el sentido de identidad siendo, por tanto, determinante mantenerla el mayor tiempo posible.

En un estudio realizado por Seidl et ál. (2011) que investiga la relación entre la memoria autobiográfica semántica y episódica, se evidencia que los recuerdos episódicos, especialmente la riqueza de detalles, se deterioran temprano en el curso de la demencia tipo Alzheimer, mientras que los recuerdos semánticos se salvan hasta etapas moderadas de la enfermedad, lo que indica una disociación entre el tipo semántico y episódico.

En otro estudio, Chamorro (2019) investiga si el bienestar de las personas mayores aumenta al recibir entrenamiento en memoria autobiográfica, gratitud, perdón y sentido del humor. Los resultados muestran un aumento significativo de la felicidad subjetiva, satisfacción con la vida, autoaceptación, dominio del entorno, crecimiento personal, propósito de vida, recuerdos específicos positivos y gratitud, así como reducción significativa de depresión. Los efectos se mantienen a lo largo del tiempo aunque no del mismo modo en todas las variables. En concreto, los efectos de la intervención se mantienen hasta transcurrido un año de la misma excepto en el caso de la autoaceptación y propósito de vida en las que dicho efecto desaparece a los tres meses y en felicidad subjetiva y dominio del entorno que solo se mantiene hasta los seis meses.

Según Salazar-Villanea (2020) la intervención con reminiscencias favorece el recuerdo y mantenimiento de la memoria autobiográfica a través de la narración en un contexto social de la propia vida. Del mismo modo, la intervención en reminiscencias mejora significativamente la memoria autobiográfica en personas mayores con demencia (Cotelli, Manenti y Zanetti, 2012).

Meléndez, Torres, Redondo, Mayordomo y Sales (2017), examinan los efectos de la intervención en reminiscencia sobre la memoria autobiográfica total, episódica y semántica en un grupo de personas mayores con deterioro cognitivo leve amnésico y en un grupo con enfermedad de Alzheimer. Los resultados muestran que la intervención en reminiscencia aumenta la memoria autobiográfica en ambos grupos, manteniéndose los buenos resultados en la medida de seguimiento.

Lopes, Afonso y Ribeiro (2016) analizan el impacto de un programa en reminiscencia en personas mayores con deterioro cognitivo que viven en residencias en las dimensiones de cognición, memoria autobiográfica, estado de ánimo, comportamiento y ansiedad. El grupo que recibe intervención obtiene mejores resultados en cognición, ansiedad y depresión, mayor número de eventos autobiográficos recuperados y especificidad de recuerdos evocados, más recuerdos con valencia positiva, menor tiempo de latencia para recordar eventos y menores eventos repetitivos negativos. El estudio apoya el valor potencial de la TR para mejorar la recuperación de la memoria autobiográfica. La TR puede ser útil para mantener o mejorar la función cognitiva, disminuir la ansiedad y controlar los síntomas depresivos y las alteraciones de conducta.

La estimulación de la memoria autobiográfica resulta una herramienta terapéutica eficaz a través de la terapia de reminiscencia, al servir de puente entre el pasado y el presente, donde la persona se reencuentra con su pasado para comprender su estado

presente e intentar establecer metas futuras a partir de la observación de su recorrido autobiográfico, favoreciendo el sentido de identidad e integridad.

3.3. Memoria autobiográfica y emociones.

Las emociones son centrales para el funcionamiento humano ya que guían los pensamientos y las acciones desde los primeros días de vida (Frijda, 1988). Sentirse emocionalmente bien y satisfecho con la vida es un factor esencial de cualquier etapa del ciclo vital ya que un estado de ánimo positivo es clave para afrontar cualquier tipo de problema o adversidad. Esta importancia crece en la vejez donde las emociones constituyen un aspecto fundamental ya que forman parte del desarrollo de la integridad y ayuda a las personas a enfrentarse a la última etapa de vida de una manera positiva.

Existen grandes diferencias individuales pero en general la investigación muestra que niveles altos de bienestar afectivo y de estabilidad emocional son la norma y no la excepción en el envejecimiento (García, 2017; Miro, 2018). Pillemer, Goldsmith, Panter y White (1988) son de los primeros autores que relacionan empíricamente la memoria autobiográfica y emociones, señalando que uno de los mejores predictores para generar recuerdos autobiográficos claros y concisos es la intensidad emocional que se vivencia en el momento en el que tiene lugar el recuerdo. La mayor parte de la literatura ha defendido que cualquier teoría razonable sobre la memoria autobiográfica debe explicar cómo las emociones afectan y se relacionan con los recuerdos personales (López, 2016; Gómez, 2017).

Sánchez et ál., (2015) desarrollan un programa de intervención para mejorar las competencias de memoria autobiográfica de las personas mayores en el desempeño cotidiano, haciendo hincapié en la memorización de emociones positivas. Concluyen que las personas mayores tras la intervención, desarrollan competencias de sesgos positivos en el recuerdo autobiográfico. Subrayan la importancia de reescribir las experiencias

personales positivas en el envejecimiento, magnificando las estrategias señaladas por la Psicología Positiva como más efectivas para lograr felicidad y bienestar.

En resumen, en este capítulo hemos visto cómo las historias vitales cobran especial relevancia en los últimos años siendo las responsables de la concepción de nuestra identidad. Autores, como Erikson dan relevancia a las historias vitales especialmente en la vejez. El valor de los recuerdos e historias vitales llevan al desarrollo de intervenciones terapéuticas, destacando entre ellas, la revisión de vida, permitiendo la reconciliación con el pasado y desarrollar la integridad. La memoria juega un papel relevante, siendo la episódica, la responsable de recordar nuestras experiencias con componente emocional y la autobiográfica la que permite trabajar con la reminiscencia. En el próximo capítulo abordaremos en profundidad la intervención en terapia de reminiscencia conociendo su origen, tipos, funciones y programas de los últimos años.

Capítulo V

Terapia de reminiscencia en personas mayores

1. Origen y definición de la reminiscencia

Desde hace 50 años, las investigaciones sobre el envejecimiento dan relevancia a la subjetividad y significación de las experiencias de vida siendo los *relatos de vida* objeto de estudio, ofreciendo a la persona la oportunidad de revisar y reflexionar sobre su vida (Burrick, 2010). La intervención mediante el *relato de vida*, se ha convertido en un método específico de acompañamiento y apoyo para afrontar situaciones de incertidumbre, vulnerabilidad o sufrimiento (Bonafont, 2017; Martorell, 2015).

La *narración* permite revisar y procesar los cambios que se han producido en el transcurso de la vida; experiencias, espacios habitados, relaciones, vínculos y elecciones, siendo necesario para que la función narrativa pueda otorgar significado (Torradabella y Tejero, 2010). La persona que narra se explica a sí misma y realiza la actividad mental que permite conectar con los recuerdos, decisiones, aprendizajes, emociones y significados; ordenar, organizar y transmitir la información a otra persona de manera inteligible mediante la palabra. Puede también, constituir una actividad reflexiva cuando dicha actividad permite actualizar las experiencias pasadas en el momento presente a partir de la relectura, revisión y re-significación de los episodios relatados (Bonafont, 2017).

La *identidad narrativa* describe la función narrativa y la temporalidad de la vida humana, la persona es su historia y a través del relato de la propia vida, reconfigura el pasado, inacabado y en proceso de interpretación para generar nuevos sentidos, de forma que la HV se convierte en una historia narrada construyendo su identidad narrativa.

El *enfoque narrativo y el estudio de las historias vitales* han cobrado especial relevancia para la Gerontología, dando sentido de *identidad y coherencia* en las personas mayores, constituyendo un momento intrínseco de reflexión (Pellegrino, 2017).

Autores, como Erikson (1982), dan relevancia a las *historias vitales* especialmente en la vejez; el valor de los recuerdos y de las historias vitales llevan al desarrollo de

intervenciones terapéuticas, destacando entre ellas *la revisión de vida y reminiscencia* permitiendo la reflexión y aceptación de las experiencias del pasado y desarrollar la *integridad* para alcanzar la sabiduría. La persona acepta su pasado, dota de mayor significado a su vida, y se enfrenta al futuro con mayor serenidad y satisfacción vital.

La *reminiscencia*, es definida por Butler (1963) como “una experiencia interna de la persona mayor que revisita su propia vida desde el presente” (Butler, 1963, pág. 135) y dio lugar al uso de la terapia en reminiscencia como intervención, siendo uno de los autores más relevantes Webster, quien la define como “el recuerdo e interpretación presente de acontecimientos vitales que experimentamos en algún momento de nuestro pasado, generalmente de nuestro pasado lejano” (Webster, 1997, pág. 82).

La reminiscencia es una actividad psíquica universal necesaria en el envejecimiento y en la vejez. Permite recordar pensando o relatando hechos, actos o vivencias del pasado; favorece la integración del pasado con el presente; brinda continuidad; refuerza la identidad. Aumenta la autoestima y permite la resignificación (Westerhof, Bohlmeijer y Webster, 2010).

Cortés (2016), la define como la huella que nos remite a situaciones de nuestro pasado a través de objetos y sensaciones, que permite congelar un instante y salvaguardar los recuerdos de la fugacidad de la memoria.

2. Tipos y funciones de la reminiscencia

Autores como McMahon y Rhudick (1964) y LoGerfo (1981) han intentado clasificar diferentes tipos de reminiscencia a través de formas de codificación cualitativas de narrativas o análisis cuantitativos de datos obtenidos de cuestionarios (Webster, Bohlmeijer, y Westerhof, 2010). Sin embargo, estas clasificaciones no se basan en criterios claros y es por ello, por lo que se mantuvo la necesidad de desarrollar una clasificación basada en paradigmas concretos, siendo la clasificación de Wong y Watt (1991), la más

aceptada, proponiendo seis tipos diferentes de reminiscencia; *integrativa*, *instrumental*, *transmisión*, *escapista*, *obsesiva* y *narrativa*, cumpliendo diferentes funciones y mostrando relaciones tanto positivas como negativas con el envejecimiento satisfactorio. A estos seis tipos, posteriormente se añadió *preparación para la muerte e intimidad* (Webster, 1993).

2.1. Reminiscencia integrativa

La *reminiscencia integrativa* es un proceso que promueve la aceptación de uno mismo y de los otros, y trata de aceptar acontecimientos del pasado, conciliar la discrepancia entre el ideal y la realidad, 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, 1995; Watt y Cappeliez, 2000).

Proporciona la oportunidad de realizar 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 Abramson, 1988). Compensa las experiencias negativas con logros conseguidos, minimizando sus efectos ofreciendo recursos para evitar la frustración y depresión.

La intervención en reminiscencia integrativa se lleva a cabo con reestructuración cognitiva y de atribución, utilizando estrategias que reducen creencias negativas sobre uno mismo y el futuro proporcionando la oportunidad de que la persona se autoevalúe indagando en detalles de su historia de vida llevando a interpretaciones más equilibradas y adaptativas de los hitos del pasado. Ayuda a crear historias más positivas a través de la reinterpretación e integración en la propia historia; se relaciona con la *salud mental*, al mejorar los síntomas depresivos de las personas mayores (Lopes, Afonso y Ribeiro 2016; Van Bogaert et ál., 2016; Duru y Kapucu, 2016), mejorando a su vez otras variables relacionadas con el envejecimiento óptimo como *bienestar*, *satisfacción* (González,

Mayordomo, Torres, Sales y Meléndez, 2015) y *significado de vida* (Bohlmeijer, Westerhof y Emmerik-de Jong, 2008).

2.2. Reminiscencia instrumental

La *reminiscencia instrumental* consiste en recordar episodios o situaciones del pasado y valorar estrategias de afrontamiento que conllevan resolver una situación o problema, con el fin de poder utilizarlas en situaciones futuras, minimizando emociones negativas, reforzando la autoestima, creencias de eficacia y control interno; contribuye a la percepción subjetiva de competencia y continuidad (Lieberman y Tobin, 1983). Estas evaluaciones orientadas al desafío llevan a las personas a tomar soluciones activas y centradas en el problema que pueden modificar las situaciones y conseguir una correcta adaptación (Fry, 1993). Por el contrario, 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 (Woodward y Wallston, 1987).

La *reminiscencia instrumental* es una herramienta potencialmente eficiente para afrontar situaciones adversas, que permite mejorar la capacidad adaptativa y resiliencia de las personas mayores (Meléndez, Fortuna, Sales, y Mayordomo, 2015).

2.3. Reminiscencia transmisora

La *reminiscencia transmisora* consiste en recordar con el objetivo de transmitir e informar a generaciones más jóvenes el legado personal de experiencias y sucesos pasados; busca referencias a la cultura y prácticas de una época pasada, valores tradicionales, sabiduría y experiencia adquirida a través del pasado con el propósito de enseñar o simplemente comunicar. Se caracteriza por compartir valores tradicionales y herencias culturales, así como sabiduría y experiencias personales.

Las personas a partir de la segunda mitad de vida tienen la necesidad de dejar huella inculcando valores e ideas importantes (Butler, 1981). McMahon y Rhudick (1964) observaron que la reminiscencia transmisora tiene un efecto positivo en la adaptación, ya que proporciona una valiosa función social y mayor autoestima.

2.4. Reminiscencia escapista

La *reminiscencia escapista* o evasiva, también se conoce como reminiscencia defensiva (LoGerfo, 1981) y es aquella a través de la cual la persona se evade de la situación actual y tiende a glorificar el pasado y despreciar el presente. La persona se jacta de los logros del pasado, exagera sobre su felicidad del pasado o revela el deseo de regresar a esos tiempos. Aunque este tipo de reminiscencia no es positiva ya que la persona desconecta de la realidad llevándola a un estado de inadaptación, algunos autores mencionan como efecto positivo la protección de la autoestima frente a la pérdida (Lieberman y Tobin, 1983).

2.5. Reminiscencia obsesiva

La *reminiscencia obsesiva* se caracteriza por la rumiación persistente sobre acontecimientos pasados no placenteros. A menudo se acompaña de sentimientos de culpabilidad, amargura, vergüenza y desesperanza e indica o refleja rencor o desacuerdo. 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.

2.6. Reminiscencia narrativa

La *reminiscencia narrativa* se caracteriza por describir y narrar episodios del pasado relatándolos de forma positiva, adornándolos con la intención de proporcionar información autobiográfica o proporcionar anécdotas por el simple hecho de darlas a conocer, sin pretender interpretar ni evaluar (Wong y Watt, 1991).

Webster (1993), plantea debilidades a la clasificación de Wong y Watt (1991) y propone otra clasificación a través del análisis factorial exploratorio desarrollando la *Reminiscence Functions Scale (RFS)* como medida cuantitativa de frecuencia en la que utilizamos el recuerdo para diferentes propósitos u objetivos.

La escala está compuesta por 43 ítems distribuidos en 8 dimensiones relacionados con los descritos por Watt y Wong (1991), aunque añadió dos nuevos factores; *preparación para la muerte y mantenimiento de la intimidad*. Las ocho dimensiones propuestas por Webster (1993), son: *revivir la amargura* (renacimiento y rumiación de los recuerdos sobre circunstancias de vida difíciles, pérdida de oportunidades y desgracias); *reducción del aburrimiento* (los recuerdos llenan el vacío de estimulación o falta de interés); *conversación* (comunicación de recuerdos personales sin intención instructiva o evaluación como forma de deber y compromiso social), *preparación para la muerte* (recuerdos del pasado para fomentar una actitud de aceptación ante la muerte), *identidad* (utilizan los recuerdos personales en búsqueda de coherencia, valor, significado de la vida y consolidación del sentido de sí mismo), *mantenimiento de la intimidad* (recuerdos íntimos que mantienen viva la memoria de personas significativas de las que nos encontramos separados principalmente por muerte), *solución de problemas* (enlace con el pasado para identificar situaciones anteriores y aplicar técnicas de afrontamiento a los desafíos actuales), y *enseñar / informar* (compartir recuerdos para transmitir una lección de vida y compartir ideologías personales).

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

A modo de resumen (Tabla 5), se recoge una síntesis de los tipos de reminiscencia y función (Tomada de Webster, 1993, 1997).

Tabla 5

Tipos de Reminiscencia y su función (Fuente: Webster, 1993, 1997)

Wong y Watt (1991)	Webster (1993, 1997)	Funciones de la Reminiscencia
Instrumental	Resolución de problemas	Aprovecha las experiencias vividas para resolver y afrontar problemas actuales
Integrativa	Identidad	Da sentido la relación de la persona con su pasado
	Preparación para la muerte	Connota cierta espiritualidad frente al tema de la muerte y del más allá con serenidad
	Mantenimiento intimidad	Representaciones cognitivas y emocionales de las personas importantes de nuestra vida, que ya no están, principalmente por fallecimiento
Escapista	Reducción aburrimiento	Se utiliza la fantasía de algunos recuerdos para poder “escapar” de la situación actual en la que se encuentra la persona
Obsesiva	Amargura/Renacimiento	Se observan ciertos problemas individuales para integrar situaciones problemáticas pasadas
Transmisiva	Enseñar/Informar	La persona transmite a generaciones más jóvenes acontecimientos y valores perdurables en el tiempo
Narrativa	Conversación	Descripción de hechos pasados con el objeto de ofrecer información biográfica, así como el placer de narrarlos

Las funciones de la reminiscencia son relevantes en la vejez y por ello autores como Hofer, Busch, Au, Poláčková, Tavel, y Tsien (2020), afirman que la función de *enseñar/informar* y *preparar para la muerte* se asocian de manera positiva con el comportamiento generativo facilitando el bienestar que, a su vez, está relacionado con el significado y sentido de vida. Pensar en la muerte puede motivar a conductas generativas porque el comportamiento generativo ofrece la oportunidad de dejar un legado que trasciende.

3. Programas de intervención con terapia de reminiscencia

Diferentes trabajos de terapia de reminiscencia han sido publicados en los últimos años. Las variables analizadas, el tamaño del grupo, la frecuencia de las sesiones es muy dispar. La mayor parte se realizan en centros residenciales, cuentan con grupo experimental y control y los participantes presentan algún grado de deterioro cognitivo.

La mayor parte de las investigaciones en reminiscencia estudian los efectos de la intervención en *depresión* y *función cognitiva*, sin embargo, muy pocas lo hacen en variables *adaptativas*: afrontamiento, bienestar psicológico, sentido de vida, satisfacción con la vida, integridad, entre otras.

Son muy interesantes los resultados logrados por las intervenciones al mejorar la función cognitiva, estado de ánimo, propósito de vida, integridad y afrontamiento.

Respecto a los grupos de intervención, son más frecuentes los que cuentan entre *cinco y veinte participantes*, se componen entre *seis y ocho sesiones* realizadas *una vez por semana* y con una duración entre *cuarenta y cinco y sesenta minutos* (Tabla 6).

Tabla 6

Resumen de las características de los estudios en Reminiscencia

Número de sesiones	6-8
Frecuencia	Semanal
Duración	45-60 minutos
Tamaño del grupo	Pequeño (5-20 participantes)
Perfil participantes	Principalmente con deterioro cognitivo
Tipo de estudio	Cuasi-experimental Pre-intervención/Post-intervención Grupo Control y Grupo Tratamiento
Variables a estudiar	Función cognitiva Ansiedad Depresión Satisfacción con la vida Memoria autobiográfica Afrontamiento Autoestima Propósito de vida Satisfacción con la vida Interacción social Integridad Bienestar psicológico Sentido de vida

Cada vez más, la reminiscencia tiene mayor relevancia en el ámbito científico presentando el interés de los investigadores que comparten sus avances en *The European Reminiscence Network*, permitiendo conocer proyectos internacionales de 16 países europeos y asociados en EE.UU., Canadá, América Latina, Australia y Oriente. En los últimos años, la investigación se ha centrado en áreas particulares; trabajo intercultural e intergeneracional, reminiscencia en el cuidado de la demencia y el papel del teatro y las artes visuales en el trabajo de reminiscencia (Red Europea de Reminiscencia, 2021).

En resumen, en este capítulo hemos conocido el origen, definición, tipos y funciones de la reminiscencia destacando la clasificación de Wong y Watt (1991) y Webster (1993, 1997) y además hemos analizado las características de los estudios más relevantes en los últimos años, confirmando las ideas de Butler (1963) al considerar la reminiscencia una herramienta eficiente que mejora las habilidades cognitivas (Lök, Bademli y Selçuk-Tosun, 2019), síntomas depresivos y ansiedad (Duru y Kapucu, 2016, Lopes, Afonso y

Ribeiro, 2016; Park, Lee, Yang, Song y Hong, 2019; Liu y Li, 2021) y favorece la integridad del yo (Meléndez, Fortuna, Sales y Mayordomo, 2015, Bohlmeijer, Westerhof y Emmerik-de Jong, 2008) mediante recuerdos de integración, siendo el momento actual idóneo para su investigación, especialmente en centros residenciales y en mujeres debido a la situación de pandemia que vivimos.

METODOLOGÍA

Capítulo VI

Método

1. Objetivos y Método

1.1. *Objetivos de los estudios*

Estudio 1: Análisis del impacto del periodo de confinamiento causado por la COVID-19 en una muestra de personas mayores que viven en residencias.

OG 1. Analizar el impacto del periodo de confinamiento en el estado de ánimo, cognitivo, funcional y de salud en una muestra de personas mayores que viven en residencias.

OG 2. Conocer y describir el estado emocional y clínico tras un periodo de confinamiento, en una muestra de personas mayores que viven en residencias.

OE 2.1. Valorar los psicofármacos que consumen las personas mayores de la muestra.

OE 2.2. Enumerar y cuantificar las enfermedades y la comorbilidad en las personas mayores de la muestra.

OE 2.3. Valorar la percepción de dolor físico en las personas mayores de la muestra.

OE 2.4. Analizar la afectividad positiva y negativa en las personas mayores de la muestra.

OE 2.5. Estudiar la satisfacción con la vida en las personas mayores de la muestra.

OE 2.6. Estimar la capacidad de afrontamiento en las personas mayores de la muestra.

OE 2.7. Conocer los tipos de memorias en las personas mayores de la muestra.

OE 2.8. Estudiar la integridad en las personas mayores de la muestra.

OE 2.9. Analizar el sentido de vida en las personas mayores de la muestra.

OE 2.10. Conocer el grado de soledad en las personas mayores de la muestra.

OE 2.11. Valorar el sentido de coherencia en las personas mayores de la muestra.

OG 3. Analizar las relaciones existentes entre las diferentes variables de salud y psicofuncionales tras un periodo de confinamiento, en una muestra de personas mayores que viven en residencias.

OE 3.1. Analizar las relaciones entre el estado cognitivo, funcional y social (soledad).

OE 3.2. Estudiar las relaciones entre el estado funcional y el índice de caídas, estado nutricional y soledad.

OE 3.3. Valorar, por un lado, las relaciones entre ansiedad y afectividad, soledad, satisfacción con la vida, percepción de dolor; por otro, las relaciones entre depresión y afectividad, soledad y percepción de dolor.

OE 3.4. Establecer relaciones entre la afectividad (positiva y negativa) y, percepción de dolor, y por otro, satisfacción con la vida, reminiscencias, integridad, propósito y sentido de la vida, soledad, y sentido de coherencia.

OE 3.5. Analizar las relaciones existentes entre satisfacción con la vida, reminiscencias, integridad, propósito y sentido de la vida, soledad y sentido de coherencia.

OE 3.6. Estudiar las relaciones existentes entre reminiscencias y afrontamiento, integridad, propósito y sentido de vida, soledad, y sentido de coherencia.

OE 3.7. Analizar las relaciones entre integridad y propósito y sentido de la vida, soledad, y sentido de coherencia.

OE 3.8. Analizar las relaciones entre soledad y propósito y sentido de vida y sentido de coherencia.

OE 3.9. Analizar las relaciones entre sentido de coherencia y propósito y sentido de vida.

OG 4. Conocer y describir las condiciones de vida tras un periodo de confinamiento en una muestra de personas mayores que viven en residencias.

OE 4.1. Estudiar la duración y el lugar donde se ha llevado a cabo el confinamiento.

OE 4.2. Analizar las condiciones sociales en las que se ha llevado a cabo el confinamiento.

OE 4.3. Valorar la influencia de los medios de comunicación en las residencias donde se ha llevado a cabo el confinamiento.

OE 4.4. Analizar las actividades realizadas durante este periodo (actividades de ocio y terapéuticas).

OE 4.5. Valorar las posibles reacciones emocionales, comportamentales e incidencias de salud durante este periodo.

OE 4.6. Analizar si ha habido aislamiento preventivo, motivo y duración del mismo.

Estudio 2: Análisis de la eficacia de intervención en reminiscencia integrativa en mujeres mayores que viven en residencias.

OG 5. Analizar la eficacia de una intervención psicosocial a partir de un *Programa de Reminiscencia Integrativa en un grupo de mujeres mayores* que viven en residencias.

OE 5.1. Analizar el efecto de intervención en reminiscencias en las diferentes variables psicofuncionales: cognitivas, depresión y ansiedad, y si dichos efectos se mantienen en el tiempo.

OE 5.2. Analizar el efecto de la intervención en reminiscencias en las diferentes variables psicológicas y adaptativas: afectividad, satisfacción con la vida,

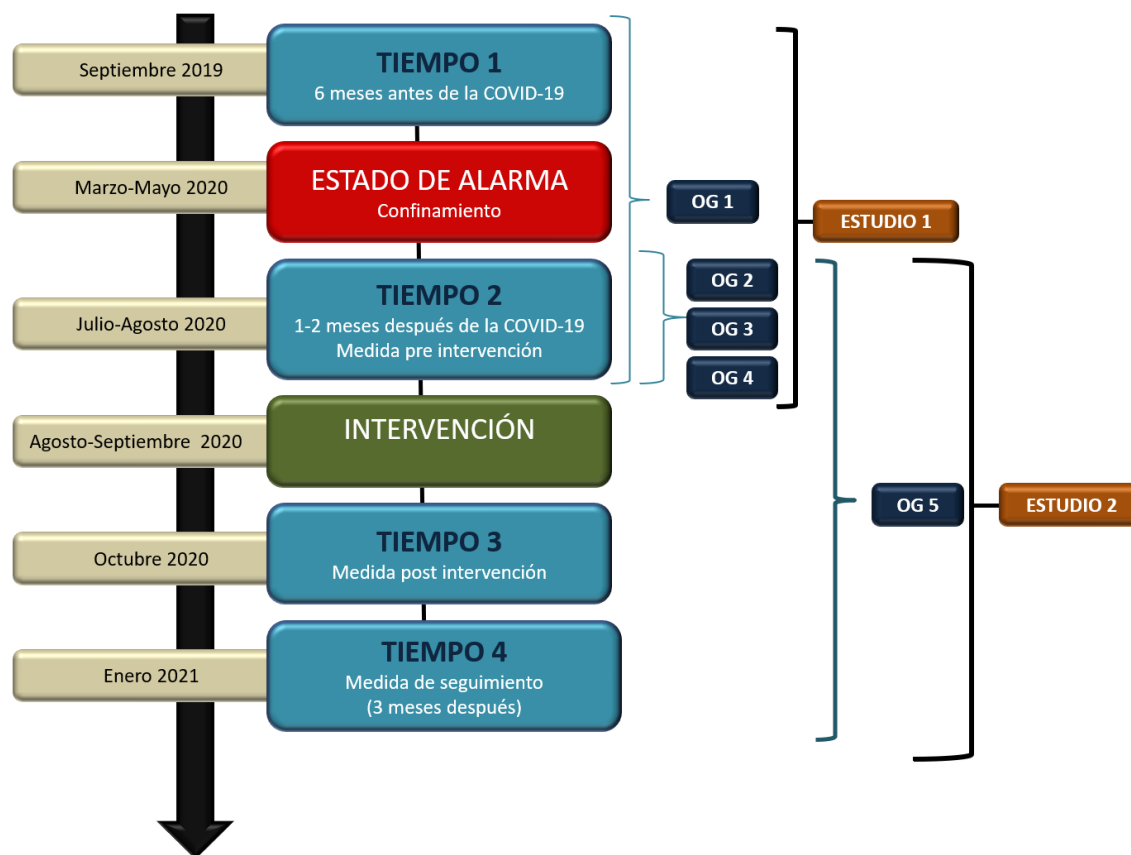
afrontamiento, en los usos del recuerdo/reminiscencias, integridad, sentido de vida, percepción de soledad y sentido de coherencias tras la aplicación de la intervención.

2.2. Método de los estudios

La presente investigación se divide en dos estudios que detallamos a continuación en la siguiente Figura 6.

Figura 6

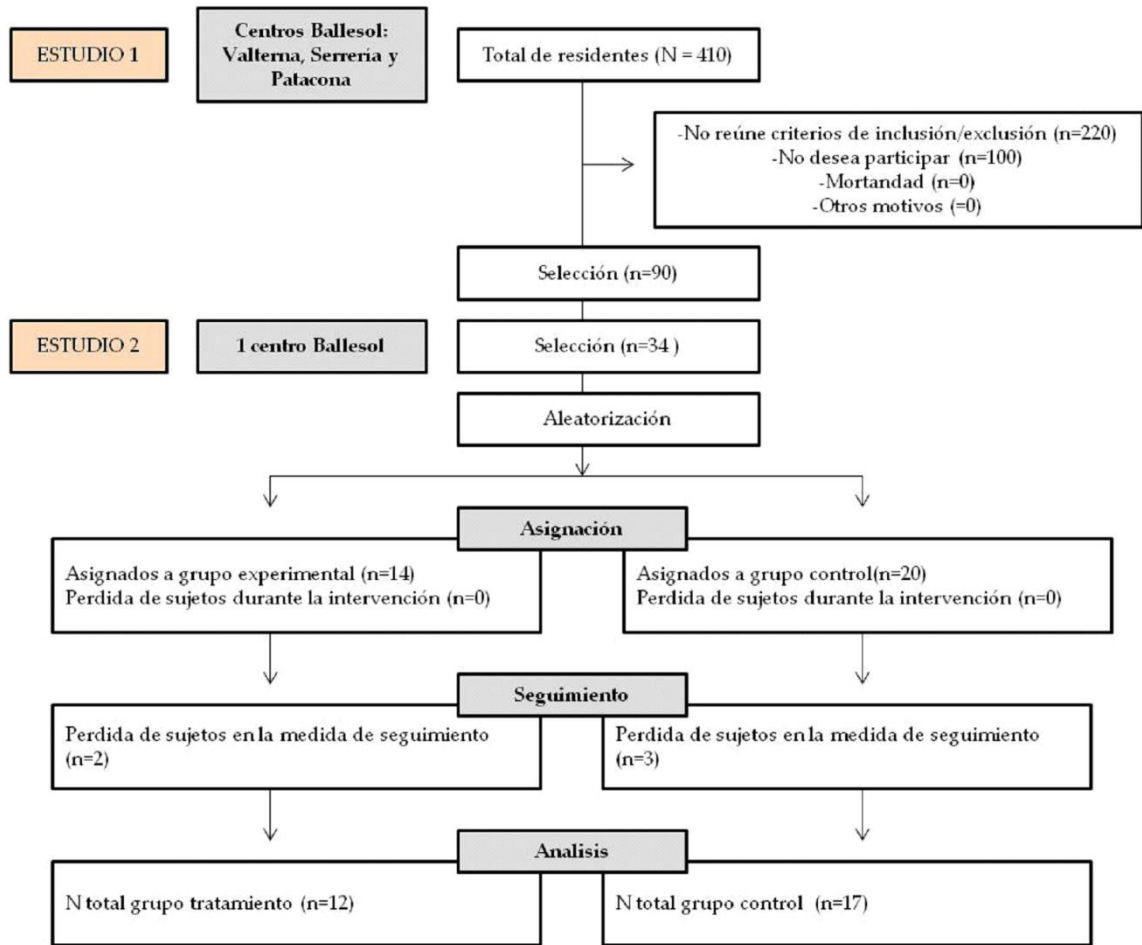
Esquema general de los estudios, objetivos y tiempos



A continuación, en la Figura 7, se muestra el diagrama CONSORT de la selección de la muestra en el Estudio 1 y el Estudio 2.

Figura 7

Diagrama CONSORT de los estudios



2. Procedimiento

La investigación respeta los Principios Éticos de la Declaración de Helsinky y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales. También la investigadora y autora de esta tesis, firmó un Contrato de Protección de Datos Personales con Intercentros Balesol, S.A.

Tras el primer contacto con los residentes candidatos a formar parte del Proyecto, se les informó de que su participación era libre y gratuita, y que los datos serían tratados de forma anónima y confidencial, y exclusivamente con fines de investigación, autorizando la misma con la firma del consentimiento informado.

Se realizó una valoración integral de las 90 personas mayores seleccionadas. Es importante comentar que los Centros Ballesol por normativa, solicitan previo al ingreso, un informe médico del residente. Los datos se vuelcan en el programa de gestión médica de Ballesol, disponiendo así de diagnósticos médicos y tratamientos farmacológicos de todos ellos. Esta información se actualiza tras la valoración del médico del centro y en su caso, de especialistas, y se revisa cada 6 meses como máximo. Además de esa información, en la Base de Datos aparecen las variables sociodemográficas: edad, sexo, fecha de ingreso, entre otras, así como algunas de las pruebas, concretamente Mini-Mental State Examination (MMSE), Escala de ansiedad/depresión (GOLDBERG), Escala de Valoración Funcional (BARTHEL), Test de Evaluación de la Marcha y Equilibrio (TINETTI) y Test de estado nutricional (MNA). El equipo técnico (médicos, psicólogas, supervisoras, fisioterapeutas, enfermeras) y la autora de esta tesis (psicóloga), evalúan a través de pruebas específicas y objetivas, de forma individual, el área emocional, cognitiva, funcional y de salud. Los resultados se vuelcan en el programa interno de gestión médica Ballesol. Estas pruebas se describen en el apartado de *Instrumentos*.

Para la recogida de datos se creó una base de datos en el programa SPSS en la que se registraron y codificaron todas las variables.

3. Estudio 1

3.1. Descripción

En primer lugar, y para dar respuesta al OG 1 se analizó el impacto de la COVID-19, valorando el efecto del periodo de confinamiento en el estado de ánimo, estado cognitivo, estado funcional y la salud en una muestra total de 90 personas mayores que viven en residencias comparando dos medidas: 6 meses antes y después del estado de alarma (T1 y T2). En segundo lugar, se procedió al análisis descriptivo del estado emocional y clínico contemplando variables demográficas, emocionales, cognitivas,

funcionales y médicas, así como el análisis de las relaciones existentes entre dichas variables recogidas durante el T2. Se realizó en tres Centros Ballesol-Valencia (Valterna, Serrería y Patacona). Con esta parte del estudio se pretende dar respuesta al OG2 y OG3. A continuación, se describieron y analizaron las condiciones de vida durante un periodo de confinamiento tras decretarse el primer estado de alarma en marzo 2020 a consecuencia de la COVID-19 recogidas durante T2 y que dan respuesta al OG4.

3.2. *Participantes*

Se solicitó la autorización y se obtuvo el permiso del Director de Operaciones de la Zona Mediterráneo, del Director Médico de Ballesol, y de los Directores de los tres centros de Ballesol-Valencia (Valterna, Serrería y Patacona). Se recogieron los datos de 90 personas mayores institucionalizadas en los tres centros privados del Grupo Ballesol, S.A. Todas ellas firmaron el Consentimiento Informado.

Los criterios de inclusión fueron que: las personas mayores estuvieran ingresadas en el momento de realizar el estudio habiendo estado durante el estado de confinamiento en el centro residencial; mantuvieran conservadas las funciones cognitivas o presentaran deterioro cognitivo leve, es decir personas que tuvieran puntuaciones por encima de 23 en la escala de Mini-Mental State Examination (MMSE) y dispusieran del consentimiento informado firmado.

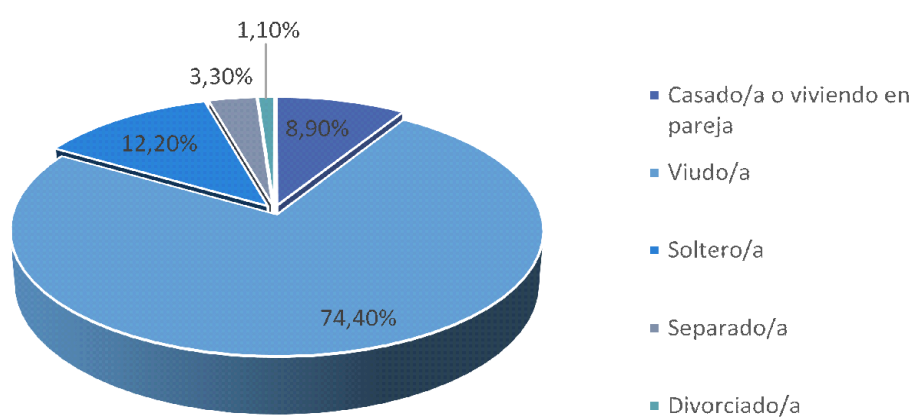
Los criterios de exclusión fueron: presentar enfermedades avanzadas con criterios de terminalidad (insuficiencia renal, cardíaca, respiratoria, neoplasias terminales o activas...), estancias temporales (que no permitieran realizar el seguimiento), presencia de déficits sensoriales (que impidieran la participación, evaluación y seguimiento) y presentar en el historial médico trastorno psiquiátrico grave.

La media de *edad* de la muestra total (N=90) es de 85,64 (DT=7,23). En relación al género, el 78,9% de la muestra son mujeres y el 21,1% son hombres.

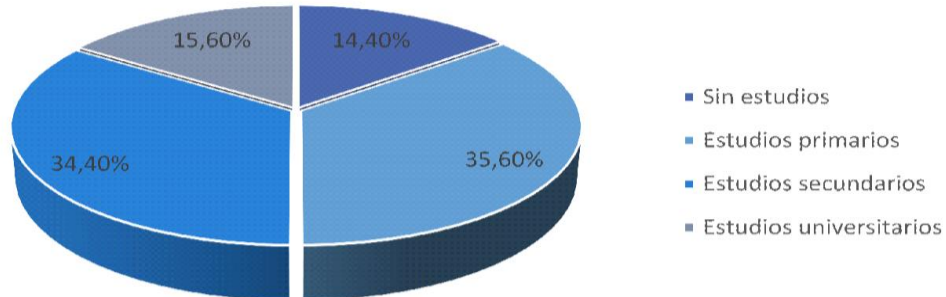
Respecto al *estado civil*, tal y como se puede observar en la Figura 8 donde se muestra los porcentajes de distribución, la mayor parte de la muestra son viudos/as, estado civil que es el más frecuente en general en los centros residenciales. Es importante comentar que existe un porcentaje (8,9%) que están casados o viviendo en pareja, siendo estos también residentes.

Figura 8

Estado civil (porcentajes)



En cuanto al *nivel de estudios*, en la Figura 9, se muestra los porcentajes de distribución de la muestra, donde se observa que la mayor parte de la muestra tiene estudios primarios (35,60%) y secundarios (34,40%), sin embargo, el 15,60% tiene estudios universitarios y el 14,40% no tiene estudios.

Figura 9*Nivel de estudios (porcentajes)*

En relación al *motivo de ingreso*, el 30% ingresó por voluntad propia. Muchas personas no desean vivir solas especialmente cuando enviudan, evitan ser una preocupación para los hijos y desean sentirse atendidos las 24 horas del día. Casi la mitad de los ingresos se realizan por presentar problemas de salud, el 12,2% ingresaron por voluntad ajena; el 48,9% por viudedad; el 7,8% por motivos de salud; y el resto, por acompañar a alguien, ingresando por acompañar a su pareja quien por razones de salud necesitan cuidados de profesionales y por otros motivos (una caída, por ejemplo).

Respecto a los *acontecimientos vitales estresantes vividos en el último año*, el 56,66% no presentó ningún acontecimiento vital estresante que le afectase de modo individual, en el último año. De los que sí sufrieron algún acontecimiento estresante, el 10% sufrió duelo, por la pérdida de la pareja, aunque también de hijos o hermanos; el 7,8% sufrió accidente (caídas); el 23,3% presentó enfermedad (ACV, EPOC, cáncer..., y fracturas secundarias a caídas), y el 2,22% otros (robo y maltrato familiar). El acontecimiento vital estresante más relevante en el último año fue padecer una enfermedad.

3.3. Instrumentos

Se administró un instrumento de evaluación a cada participante de modo individual y en formato papel, dividido en dos partes. La primera estaba compuesta por los cuestionarios relacionados con variables sociodemográficas, sanitarias, psicofuncionales y psicológicas (Anexo I) y cuya primera página estaba encabezada por el título “*Cuestionario Reminiscencia Integrativa en Personas Mayores que viven en Residencia en Tiempos de Pandemia*”; y la segunda relacionada con las condiciones de vida durante el periodo de confinamiento tras decretarse el primer estado de alarma en formato papel cuya primera página estaba encabezada por el título “*Condiciones de vida durante el confinamiento*” (Anexo II).

Las pruebas fueron administradas de forma individual por una psicóloga del centro en un despacho de la residencia. Las evaluaciones fueron divididas en dos sesiones, para evitar la fatiga y el consecuente sesgo de respuesta. La media de tiempo para la primera parte fue de 63 minutos y la segunda, de 95 minutos.

A continuación, en la Tabla 7 se muestra la distribución de las escalas en cada una de las sesiones.

Tabla 7

Distribución de escalas por sesión

Sesión de evaluación	Escalas	Tiempo de administración
1ª Evaluación	Datos sociodemográficos	5 min.
	Mini-Mental State Examination (MMSE)	15 min.
	Escala de ansiedad/depresión (GOLDBERG)	15 min.
	Escala de Valoración Funcional (BARTHEL)	10 min.
	Escala de afectividad (PANAS)	15 min.
	Escala de satisfacción con la vida (SWLS)	2 min.
	Escala evaluación del dolor (EVA)	1 min.
2ª Evaluación	Escala de afrontamiento (COPE-28)	15 min.
	Escala de reminiscencia (RFS)	20 min.
	Escala de integridad de Ryff (ESC-INT)	15 min.
	Escala de propósito de vida (PIL)	15 min.
	Escala de soledad (DJGLS)	10 min.
	Escala de sentido de coherencia (SOC-13)	10 min.
	Cuestionario condiciones de confinamiento	10 min

Procedemos a describir las diferentes *variables* estudiadas agrupadas en cuatro bloques: variables sociodemográficas, de salud, psicofuncionales y psicológicas.

a) Variables Sociodemográficas:

Edad. Fecha de nacimiento, medida en años de vida en el momento de inicio de la investigación.

Sexo. Con dos opciones de respuesta: Hombre/Mujer.

Estado civil. Con cuatro opciones de respuesta: casado/viviendo en pareja, viudo/a, soltero/a, separado/a o divorciado/a.

Nivel de estudios. Con cuatro opciones de respuesta: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios.

Motivo de ingreso. Con seis opciones de respuesta: voluntad propia, voluntad ajena (viudedad); voluntad ajena (no poder ser atendido/a en el domicilio), voluntad ajena (salud), voluntad ajena (acompañamiento a otro) y otros motivos.

Acontecimientos vitales estresantes en el último año. Con cuatro opciones de respuesta: duelo, accidente, enfermedad y otros.

b) Variables de salud:

Con el fin de conocer el estado de salud general de las personas que participaron en el Estudio, se ha evaluado: enfermedades crónicas, psicofármacos prescritos, polifarmacia, dolor, estado nutricional.

Enfermedades crónicas. El término *comorbilidad* fue introducido a la medicina por Alvan Feinstein (1970) al observar que los errores al clasificar y analizar las enfermedades habían llevado a muchas dificultades en los resultados en los estudios médicos. Por lo tanto, definió *comorbilidad* como la existencia de una entidad clínica adicional distinta que ocurre durante el curso clínico de un paciente con varias enfermedades que cursan simultáneamente y se relacionan.

El *Índice de Charlson (iCh)* se utiliza como variable de ajuste en modelos multivariados como indicador de comorbilidad. Es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a diez años, en función de la edad y comorbilidades de la persona. Además de preguntar por la edad, la prueba consta de 8 ítems (versión abreviada), que influyen en la esperanza de vida del sujeto. Inicialmente adaptado para evaluar la supervivencia al año, se adaptó posteriormente para evaluar la esperanza de vida a los 10 años (Whitmore et ál., 2013).

A cada *condición comórbida* se le asigna una puntuación dependiendo del riesgo de fallecer asociado a esta condición. Después, se suman las puntuaciones y se da una puntuación total que predice la mortalidad (Richards, Leitch, Horgan y McMillan, 2010).

Para nuestra investigación hemos utilizado el *Score de Charlson abreviado* por ser más práctico y tener la misma utilidad pronóstica a corto plazo que el score original, y consta de 8 comorbilidades. Se atribuye una puntuación de 1 a: *diabetes, enfermedad vascular cerebral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica, demencia, enfermedad arterial periférica* y 2 puntos para: *insuficiencia renal crónica y cáncer*. El resultado se obtiene al sumarlos todos. Se considera *ausencia de comorbilidad* entre 0 y 1 puntos; *baja comorbilidad* cuando el índice es de 2; y *alta comorbilidad* cuando el índice es igual o superior a 3.

Esta escala presenta coeficientes de correlación $>0,40$, buena fiabilidad test-retest y de moderada a buena validez interobservadores e intraobservadores. Correlaciona significativamente con mortalidad, discapacidad, reingresos y estancia media, e indica buena validez predictiva (De Groot, Beckerman, Lankhorst y Bouter, 2003).

Prescripción de psicofármacos. Es una variable con varias opciones de respuesta. Para el registro de esta variable hemos utilizado la clasificación que hicimos en el capítulo 3, que diferencia entre: *Neurolépticos típicos y atípicos; Antidepresivos; Benzodiacepinas; Otras drogas hipnóticas o sedantes o ansiolíticos; Inhibidores de la acetilcolinesterasa y memantina; Antiepilépticos* (Muñiz et ál., 2016).

Polifarmacia. El hecho de utilizar múltiples fármacos para tratar varias enfermedades o síntomas aumenta de forma considerable el riesgo de padecer efectos no deseados dañinos por parte del medicamento (antidepresivos, ansiolíticos, inductores del sueño...). Es una variable con dos opciones de respuesta: Sí/No, considerando polifarmacia el consumo de 5 ó más fármacos.

Dolor. La *Escala Visual Analógica (EVA)* mide la *intensidad del dolor* que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Se solicita a la persona que indique el dolor físico que ha experimentado en las últimos 24 horas. Consiste

en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el extremo izquierdo se ubica la “ausencia o menor intensidad” y en el derecho la “mayor intensidad”. Se pide a la persona que marque en la línea el punto que indique la intensidad sentida y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros. (Scott y Huskisson, 1979).

Los grados en los que se divide la escala EVA de dolor son los siguientes: un valor inferior a 4 en la EVA significa *dolor leve o leve-moderado*, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de *dolor moderado-grave*, y un valor superior a 6 implica la presencia de un *dolor muy intenso*.

Se aplica en 1 minuto y presenta buena confiabilidad Test-retest ($r= 0,94$ a $0,71$), correlaciones altas con otras medidas del dolor ($r= 0,62$ a $0,91$), sensible a los cambios asociados con el tratamiento; medida válida y fiable (Ubillos, García y Puente, 2019).

Estado nutricional. El *Mini Nutritional Assessment* (MNA) es una herramienta de cribado que ayuda a identificar a personas mayores *desnutridas* o en *riesgo de desnutrición*.

Consta de 18 ítems repartidos en cuatro secciones o subgrupos que incluyen el *cribado* y la *valoración*. Cada sección del MNA se describen seguidamente, incluyendo las puntuaciones para cada una de ellas:

a. *Medidas antropométricas*; índice de masa corporal (0, 1, 2, 3), circunferencia braquial (0,0, 0,5, 1,0), circunferencia de la pierna (0, 1) y pérdida reciente de peso durante los tres últimos meses (0, 1, 2, 3).

b. *Evaluación global*; vida independiente (0, 1), toma de medicación diaria (0, 1), stress psicológico o enfermedad aguda en los últimos tres meses (0, 1), movilidad (0, 1, 2), problemas neuropsicológicos (0, 1, 2) y lesiones o úlceras cutáneas (0, 1).

c. *Valoración dietética*; comidas/día (0, 1, 2), productos diarios de consumición (0,0, 0,5, 1,0), ingesta de frutas y verduras (0, 1), pérdida de apetito reciente (0, 1, 2), ingesta de líquidos (0,0, 0,5, 1,0) y forma de alimentarse (0, 1, 2).

d. *Evaluación subjetiva*; percepción de problemas nutricionales (0, 1, 2) y estado de salud comparándolo con personas de su misma edad (0,0, 0,5, 1,0) (Jürschik, 2007).

Si el *cribado* puntúa de 12 a 14 puntos, la persona evaluada se encuentra en una situación *normal*; si obtiene una puntuación igual o inferior a 11, debe realizarse además la *evaluación*.

Si la *evaluación* puntúa de 24 a 30 puntos, la persona evaluada *no presenta riesgo de malnutrición*; si obtiene una puntuación entre 17 y 23'5, presenta *riesgo de malnutrición* e inferior a 17, *malnutrición*.

Es un instrumento que se aplica en 10 minutos y ha demostrado tener una gran aceptación en la comunidad científica por ser sencillo de aplicar, no requerir exámenes de laboratorio y tener una adecuada correlación con marcadores bioquímicos de malnutrición; predice el pronóstico en personas hospitalizadas y valora los cambios producidos en el estado nutricional (López y Parada, 2015).

c) *Variables Psicofuncionales:*

Estado cognitivo. El *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et ál., 1975), es una prueba escrita que evalúa el estado cognitivo y presenta una puntuación total entre 0 y 30 puntos, obtenida a través de la suma directa de las puntuaciones que proporcionan los aciertos en la que puntuaciones inferiores indican problemas cognitivos más graves. Existen diferentes puntos de corte para detectar la presencia de *deterioro cognitivo leve* siendo; 23/26 (estudios primarios o más), 20/21 (sin estudios) y 17/18 (analfabeta). El punto de corte establecido para el MMSE define la función cognitiva *normal* y generalmente se fija en 26.

El MMSE se puede utilizar para clasificar la gravedad del déficit cognitivo, llevar un seguimiento de los cambios cognitivos a lo largo del tiempo y evaluar la respuesta a los diferentes tratamientos (Folstein, Folstein, McHung y Fanjiang, 2001).

Se considera una persona *normal* cuando obtiene una puntuación entre 27 y 30 puntos, *deterioro cognitivo leve* entre 21 y 26 puntos, *deterioro cognitivo moderado* entre 11 y 20 puntos; finalmente, *deterioro cognitivo severo* entre 0 y 10 puntos.

Se puede administrar en 15 minutos y valora diferentes áreas cognitivas; orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, denominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo.

Muestra una alta sensibilidad (87%), y una alta especificidad (82%) para detectar la demencia (Folstein et ál., 1975), aunque en población analfabeta puede disminuir la sensibilidad hasta un 69% (Wiley y Sons, 2016).

Estado anímico. La *Escala de Depresión y Ansiedad* (Goldberg, 1979), es un cuestionario hetero-administrado con dos subescalas, una de *ansiedad* y otra de *depresión*. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de *despistaje* para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 ó más en la subescala de ansiedad, 1 ó más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica, la validez predictiva de la subescala de ansiedad es pobre, y la capacidad discriminante de las dos subescalas es menor, por lo que se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 (Goldberg et ál., 1988).

Es un instrumento que se aplica en 15 minutos y muestra un valor predictivo positivo del 95%, alta sensibilidad (83%) y especificidad (81,8%).

Afectividad. La *Escala de Afectividad Positiva y Negativa* (PANAS) (Watson, Clark y Tellegen, 1988) es un instrumento de autoinforme cuya versión original consta de 20 reactivos que miden dos dimensiones; la *Afectividad o Emocionalidad Positiva* y la *Afectividad o Emocionalidad Negativa*.

La dimensión de *Afectividad o Emocionalidad Positiva*, se manifiesta por medio de la motivación, altos niveles de energía, deseo y sentimientos de dominio, logro o éxito, llevando a sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza, que comúnmente se relaciona con la extroversión, el optimismo y la capacidad de resiliencia. La dimensión de *Emocionalidad Negativa*, representa la dimensión de emocionalidad displacentera y el malestar; se evidencia por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y fracaso; quienes presentan alto afecto negativo experimentan constantemente desinterés, angustia, vergüenza, aburrimiento, tristeza, culpa y envidia.

La medición se realiza el mismo día, preguntando por las emociones sentidas en dos momentos temporales diferentes, en la última semana (estado) y generalmente (rasgo). Los ítems están en formato tipo Likert con cinco opciones de respuestas: *Muy poco o nada*, *Algo*, *Moderadamente*, *Bastante* y *Mucho*. Las puntuaciones en las subescalas oscilan entre 10 y 50, siendo el puntaje más bajo de 20 y el más alto de 100. Las altas puntuaciones en cada subescala nos indican elevado afecto positivo o negativo.

Es una de las más utilizadas para estudiar el afecto y su relación con diferentes áreas de funcionamiento de las personas, particularmente en lo relativo a la salud (Taylor, Davis y Zautra, 2020), siendo el afecto positivo un elemento protector y el afecto negativo factor de riesgo de enfermedades (Krijthe, Walter, Hofman, Hunink y Tiemeier, 2011).

Es un instrumento que se aplica en 15 minutos y la consistencia interna varía de 0,86 a 0,90 para el afecto positivo y de 0,84 a 0,87 para el afecto negativo (Watson et ál., 1988).

López-Gómez, Hervás y Vázquez (2015) realizaron una adaptación del PANAS a población española, con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas. Entre sus resultados destaca que encontraron correlaciones significativas, entre las subescalas del PANAS y otras medidas de afecto, depresión, ansiedad y bienestar. El alfa de Cronbach para este estudio fue de 0,88, para la subescala de afecto positivo, y de 0,76, para la subescala de afecto negativo.

Estado funcional. Esta variable se midió con el *Índice Barthel* (Mahoney y Barthel, 1965) y valora el nivel de independencia de la persona respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD); alimentación, aseo, capacidad para vestirse o la movilidad. Se trata de un cuestionario hetero-administrado, sencillo y rápido que consta de 10 ítems tipo Likert y cuyo rango de posibles valores está entre 0 y 100 (90 para personas limitadas en silla de ruedas). No es una escala continua, lo cual significa que una variación de 5 puntos en la zona alta de puntuación (más cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia). A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Para una mejor interpretación, sus resultados globales se agrupan en cuatro categorías de dependencia; *dependencia total*, menos de 20 puntos; *dependencia grave*, 20 a 30 puntos; *dependencia moderada*, 40 a 55 puntos y *dependencia leve* 60 puntos o más.

Es un instrumento que se aplica en 10 minutos siendo su reproducibilidad excelente con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intra-observador y mayores de 0.88 inter-observador. Tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz y gran

validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios y beneficio funcional en unidades de rehabilitación.

Marcha y Equilibrio. Estas variables se miden con el *Test de Evaluación de la Marcha y Equilibrio Tinetti* (Tinetti, Speechley y Ginter, 1988). Tiene como objetivo detectar precozmente el *riesgo de caídas* en personas mayores a un año vista. El valor predictivo positivo a la pregunta *¿Teme usted caerse?* es alrededor del 63% y aumenta al 87% en personas mayores frágiles.

Caminando el evaluador detrás de la persona mayor, se solicita que responda a las preguntas de la subescala de *marcha*. Para contestar la subescala de *equilibrio* el entrevistador permanece de pie junto a esta (enfrente y a la derecha). Se puntúa una vez la persona está sentada.

Los ítems que evalúan la *marcha* valoran el inicio de la marcha, postura del tronco al caminar, longitud, altura y simetría del paso. Los ítems que evalúan el *equilibrio* valoran el equilibrio en sedestación, al levantarse, con los ojos cerrados, tras un giro de 360 grados y al sentarse (Tinetti, Baker, Gottschalk, Garrett, McGeary, Pollack y Charpentier, 1997).

Los resultados globales se agrupan en tres categorías de afectación; *riesgo alto*, de 0 a 18 puntos, *riesgo medio*, de 19 a 24 puntos y *riesgo bajo* de 25 a 28 puntos, es decir, a menor puntuación, más riesgo de caídas.

Es un instrumento que se aplica entre 8 y 10 minutos siendo su reproducibilidad buena en el dominio *equilibrio* con coeficientes de correlación Kappa ponderado entre 0,3 y 0,5; muy buena para el dominio de *marcha* con coeficiente de correlación Kappa ponderado entre 0,6 y 0,8 (Guevara, 2011).

d) Variables Psicológicas:

Satisfacción con la vida. La *Escala de Satisfacción con la vida* (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), es un instrumento que evalúa el *bienestar subjetivo* y

mide la *satisfacción con la vida* a nivel global; se evidencia a través del juicio cognitivo que hace la persona sobre lo satisfecho que está de lo conseguido en la vida. Se compone de 5 ítems que evalúan el juicio acerca de qué tan satisfecho se está con la vida actual. Es una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta, que indagan el *desacuerdo* o *acuerdo* con la oración presentada. La puntuación oscila entre 5 y 35; altas puntuaciones sugieren alta presencia de satisfacción con la vida.

Para una mejor interpretación, los resultados globales se agrupan en cinco categorías de satisfacción: *altamente satisfechos*, 30 a 35 puntos (aman sus vidas y sienten que las cosas les van muy bien); *satisfechos*, 25 a 29 puntos (aman sus vidas y sienten que las cosas les van muy bien a pesar de tener identificadas áreas de insatisfacción); *ligeramente satisfechos*, 20 a 24 puntos (consideran que hay áreas de su vida que necesitan mejorar); *muy poco satisfechos*, 15 a 19 puntos (suelen tener problemas pequeños pero significantes en varias áreas de sus vidas); *insatisfechos*, 10 a 14 puntos (están significativamente insatisfechos con sus vidas) y *muy insatisfechos*, 5 a 9 puntos (suelen sentirse extremadamente infelices con su vida actual).

Es un instrumento que se aplica en 2 minutos. Presenta un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0,86. Funciona adecuadamente tomando en cuenta evidencias de validez concurrente con otras escalas que evalúan satisfacción con la vida, emociones positivas y negativas y personalidad.

El SWLS es recomendado como un complemento a las escalas que se centran en la psicopatología o el bienestar emocional porque evalúa el juicio evaluativo consciente de la vida de una persona, usando sus propios criterios.

Afrontamiento. La *Escala de Afrontamiento ante el Estrés (COPE-28)* (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), mide el estilo de afrontamiento de la persona agrupado en 14 subescalas: *Autodistracción* (concentrarse en otros proyectos intentando distraerse con

otras actividades para tratar de no concentrarse en el estresor), *Afrontamiento Activo* (iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor), *Negación* (negar la realidad del suceso estresante), *Uso de sustancias* (consumo de alcohol u otras sustancias con el fin de sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor), *Apoyo emocional* (conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión en otras personas), *Apoyo instrumental/social* (procurar ayuda, consejo, información de personas competentes acerca de lo que se debe hacer), *Desconexión conductual* (reducir los esfuerzos para lidiar con el estresor, pudiendo darse por vencido y no luchar más para lograr las metas en las que este interfiere), *Desahogo emocional* (tendencia a expresar o desahogar los sentimientos y emociones causados por el estresor, produciendo un aumento de la conciencia del propio malestar emocional), *Reinterpretación positiva* (buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer personalmente a partir de la situación), *Planificación* (planificar estrategias y dirección de acción para afrontar la situación estresante), *Humor* (hacer bromas o burlarse del estresor y reírse de la situación), *Aceptación* (aceptar la realidad del hecho que está ocurriendo), *Religión* (aumentar la participación en actividades religiosas en situaciones de estrés) y *Auto-inculpación* (culpabilizarse por lo sucedido).

Los encuestados califican en una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van desde *en absoluto* (0 puntos) a *mucho* (3 puntos), según su forma de pensar, sentir o comportarse ante los problemas o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés.

En la presente investigación, además de analizar sus correspondientes 14 dimensiones, y siguiendo la teoría de Lazarus y Folkman (Londoño, Marín y Giraldo, 2008), dividimos el proceso de afrontamiento en: *Afrontamiento activo* (esfuerzo para enfrentarse al problema de forma directa; comprende actividades que minimizan el impacto

de la situación crítica, regulación emocional, interpretación positiva o búsqueda de un significado) y *Afrontamiento pasivo* (formas de evitación ante la situación e implica falta de compromiso con la situación adversa).

Es un instrumento que se aplica en 15 minutos; presenta un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0,65, coeficiente aceptable para considerar fiables los resultados.

Reminiscencia. La *Escala Funciones de la Reminiscencia* (Webster,1993), es un instrumento que mide la cantidad de recuerdos en función de los objetivos. Está compuesta por 43 ítems que saturan en 8 dimensiones: *Revivir la amargura* (renacimiento y rumiación de los recuerdos sobre circunstancias de vida difíciles, pérdida de oportunidades y desgracias), *Reducción del aburrimiento* (los recuerdos llenan el vacío de estimulación o falta de interés), *Conversación* (comunicación de recuerdos personales sin intención instructiva o evaluación como forma de deber y compromiso social), *Preparación para la muerte* (recuerdos del pasado para fomentar una actitud de aceptación ante la muerte), *Identidad* (utilizan los recuerdos personales en la búsqueda de coherencia, valor, significado de la vida y consolidación del sentido de sí mismo), *Mantenimiento de la Intimidad* (recuerdos íntimos que mantienen viva la memoria de personas significativas de las que nos encontramos separados principalmente por muerte), *Solución de problemas* (enlace con el pasado para identificar situaciones anteriores y aplicar técnicas de afrontamiento a los desafíos actuales), y *Enseñar / Informar* (compartir recuerdos para transmitir una lección de vida y compartir ideologías personales). Las personas responden en una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta la frecuencia en la que se produce un tipo de recuerdo específico que va desde *nunca* utiliza el recuerdo del pasado con tal finalidad (1 punto) hasta lo hace *muy frecuentemente* (6 puntos), según su forma de pensar. Es un instrumento fácil de utilizar que se aplica en 20 minutos; presenta adecuados

índices de fiabilidad con una consistencia interna de los factores entre 0,79 y 0,89 (Webster, 1993). El trabajo de Robitaille et ál. (2010), mediante modelos confirmatorios con la escala de 43 ítems indican que la fiabilidad tanto para el modelo inicial como para el modelo final fueron altas para todos los componentes, con rangos entre 0,82 y 0,87 para el modelo inicial y entre 0,76 y 0,86 para el modelo final. Esta escala presenta un alfa de Cronbach para la escala total de 0,93.

Integridad. La *Escala de Integridad de Ryff y Heincke* (ESC-INT) (Ryff y Heincke, 1983), es un instrumento que evalúa la personalidad desde una perspectiva fenomenológica y evolutiva. Evalúa los logros y fracasos de la persona en su vida, es decir, hasta qué punto acepta su vida personal como propia y significativa. Está formada por 16 afirmaciones sobre pensamientos y sentimientos acerca de la vida de las personas y en la que el sujeto debe responder en qué medida las aplicaría a sí mismo en la presente etapa de su vida. Las respuestas se califican en una escala tipo Likert de 6 puntos que van desde *totalmente en desacuerdo* (1 punto) a *totalmente de acuerdo* (6 puntos). Según los autores, una *puntuación alta* implica que el sujeto está adaptado a sus triunfos y decepciones, que acepta su vida personal como la que es, acepta su vida pasada y ha resuelto los conflictos del pasado, manteniendo la sensación de haber tenido cuidado con las cosas. Por el contrario, una *puntuación baja* implica temer a la muerte, tener sentimientos de disgusto y desesperación con respecto a la vida pasada, de forma que se tenga la sensación de falta de tiempo para resolver conflictos abiertos y, además, estos sujetos no aceptan su vida anterior como algo significativo y apropiado, mostrándose decepcionados con las decisiones tomadas.

Es un instrumento que se aplica en 15 minutos; presenta un alfa de Cronbach para la escala total entre 0,77 y 0,84 (Afonso, Bueno, Loureiro y Pereira, 2011). En el presente estudio obtuvo un alfa de Cronbach de 0,91.

Propósito de vida. El *Test de Propósito de Vida* (PIL) (Crumbaugh y Maholick, 1964), evalúa el sentido de vida de acuerdo con criterios de Viktor Frankl (1946), que considera el *sentido de la vida* único y personal para cada individuo siendo cambiante a lo largo del ciclo vital. Está compuesto por 20 ítems que saturan en cuatro dimensiones (Noblejas, 1994): *Percepción de sentido* (motivos, razones y valoración de vivir la vida), *Experiencia de sentido* (percepción de la propia vida y vida cotidiana como plenas de cosas buenas), *Metas y tareas* (objetivos ligados a acciones concretas de la vida y percepción de responsabilidad personal) y *Dialéctica/destino y libertad* (tensión destino vs. libertad y afrontamiento de la muerte como acontecimiento incontrolable, impredecible e inevitable). Las personas contestan en una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta y puntuación máxima de 140 puntos. Un valor inferior a 90 puntos implica que la persona presenta *vacío existencial*, un valor entre 90 y 105 puntos *indefinición* con respecto al sentido de vida, y un valor superior a 105 puntos, *presencia de metas y sentido de vida*.

Es un instrumento que se aplica en 15 minutos; presenta un alfa de Cronbach de 0,92. Presenta buenas propiedades psicométricas en poblaciones hispano hablantes (Noblejas, 2000).

Soledad. La *Escala de Soledad de De Jong Gierveld* (dJGLS) (de Jong Gierveld y Kamphuis, 1985), se fundamenta en el modelo cognitivo de *soledad* que manifiesta que cuanto mayor es la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que efectivamente se tienen, mayor es la experiencia de soledad. Se basa en la conceptualización tridimensional de *soledad*: *Tipo de carencia*, la naturaleza y la intensidad de las relaciones que faltan al sujeto, *Perspectiva de tiempo*, soledad experimentada de forma temporal frente a la soledad inmutable y *Características emocionales*, falta de sentimientos positivos frente a la presencia de sentimientos negativos (Pinazo y Bellegarde, 2018).

Está compuesto por 11 ítems que refieren a si las personas experimentan situaciones donde el número de relaciones interpersonales es más pequeño del deseado o si se ha alcanzado el nivel deseado de intimidad. Presenta tres categorías de respuestas: *no* (1), *más o menos* (2) y *sí* (3). La puntuación de *soledad* se obtiene dicotomizando las respuestas y la puntuación final oscila entre 0 (No soledad) y 11 (Soledad extrema).

Es un instrumento que se aplica en 10 minutos; presenta buenas propiedades psicométricas, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 para la escala completa y 0,88 (subescala de soledad emocional) y 0,88 (subescala de soledad social). Existen evidencias de que se trata de un instrumento fiable y válido (Pinquart y Sörensen, 2001), especialmente en investigaciones con muestras de personas mayores (Penning, Liu y Chou, 2014). En este estudio obtuvo un alfa de Cronbach de la escala total de 0,86.

Sentido de coherencia. La *Escala de Sentido de Coherencia* (SOC-13) (Antonovsky, 1993), mide la capacidad que tiene la persona para percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible; está compuesta por tres componentes clave: *Comprensibilidad* (componente cognitivo; se refiere al grado en el que las personas tienen un sentido cognitivo de los estímulos con los que se encuentran en el presente y en el futuro y la habilidad de establecer conexiones lógicas y ordenadas en lo que sucede en el ambiente y creer que la vida es predecible), *Manejabilidad* (componente conductual o instrumental; hace referencia al grado en el que las personas entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del entorno se encuentran a su disposición; se relaciona con la autoeficacia y la competencia) y *Significatividad* (componente motivacional; es el valor otorgado por la persona a aquello que sucede; se refiere al deseo de la persona, a los valores, a las emociones, al sentimiento de que la vida merece la pena) (Rivera et ál., 2011). Es decir, por un lado la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; por otro, el mostrarse capaz para manejarla y, finalmente,

sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar.

Está compuesta por 13 ítems que consisten en afirmaciones o preguntas sobre comportamientos o sentimientos. Las personas contestan en una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta que refleja la frecuencia de dichos comportamientos y sentimientos o el posicionamiento ante ellos. La puntuación de *Sentido de coherencia* oscila entre 13 y 91 puntos.

Es un instrumento que se aplica en 10 minutos. Presenta un alfa de Cronbach de 0,84.

El vínculo entre el SOC-13, buena salud y ajuste psicológico ha sido ampliamente estudiado, reportando correlaciones positivas entre el sentido de coherencia y el bienestar general y psicológico, menor presencia de malestares psicosomáticos y síntomas depresivos (Vega, Frías y Del Pino, 2019).

4. Estudio 2

4.1. Descripción

Para el OG5 del estudio, se llevó a cabo un *Programa de Reminiscencia Integrativa con mujeres mayores* que viven en una Residencia Ballesol (Patacona) con la finalidad de mejorar variables psicológicas y emocionales relacionadas con el envejecimiento óptimo tras el periodo de confinamiento.

Se contó con una muestra total de 34 mujeres mayores institucionalizadas y se contemplaron variables sociodemográficas, emocionales, cognitivas, psicológicas, funcionales y sanitarias que fueron evaluadas antes de la intervención (T2) y después de la misma (T3) con una medida de seguimiento a los tres meses (T4). Se comparó el grupo experimental (14 mujeres mayores), con el grupo control (20 mujeres mayores).

4.2. Participantes

Tal y como se señalaba en la Figura 12, una vez obtenida la muestra total, se seleccionó de forma aleatoria uno de los centros Ballesol que estaba compuesto por 34 personas. Las personas fueron asignadas aleatoriamente a los grupos control (n=20) y grupo experimental (n=14).

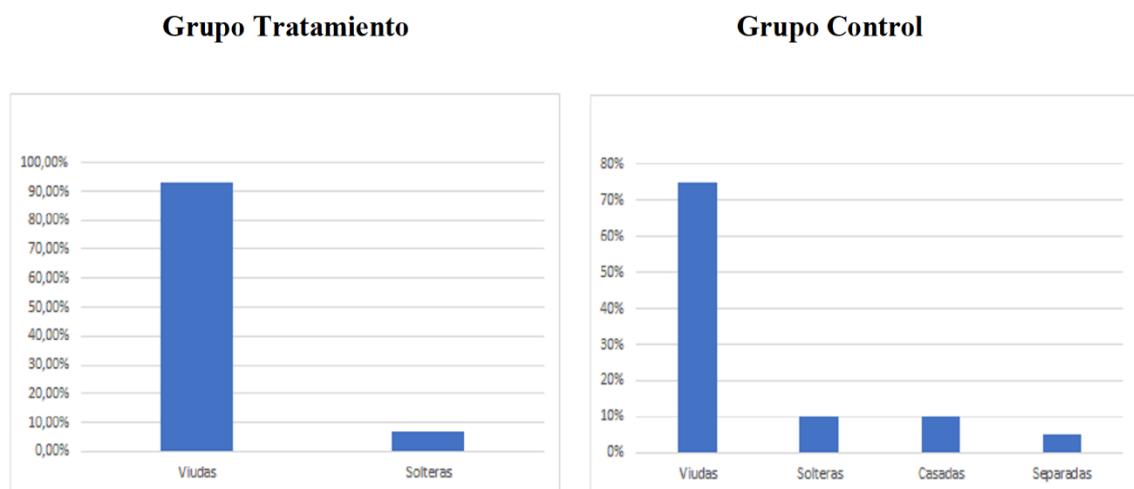
A continuación, se describen las características demográficas en relación al grupo tratamiento y grupo control.

Por lo que respecta al grupo tratamiento, la edad media fue de 88,36 (DT = 3,77), mientras la media de edad del grupo control fue de 87,20 (DT = 8,05). En relación al género, la muestra estaba formada en ambos casos (grupo tratamiento y grupo control) por mujeres ya que solo 2 hombres estuvieron interesados en participar en el estudio en el principio, pero al final no lo hicieron.

En cuanto al estado civil, en el grupo tratamiento un 92,9% eran viudas y un total de 7,1% estaban solteras mientras que en el grupo control el 75% eran viudas, un 10% solteras, un 10% casadas y un 5% separadas. En la Figura 10 se observa la distribución por grupo del estado civil.

Figura 10

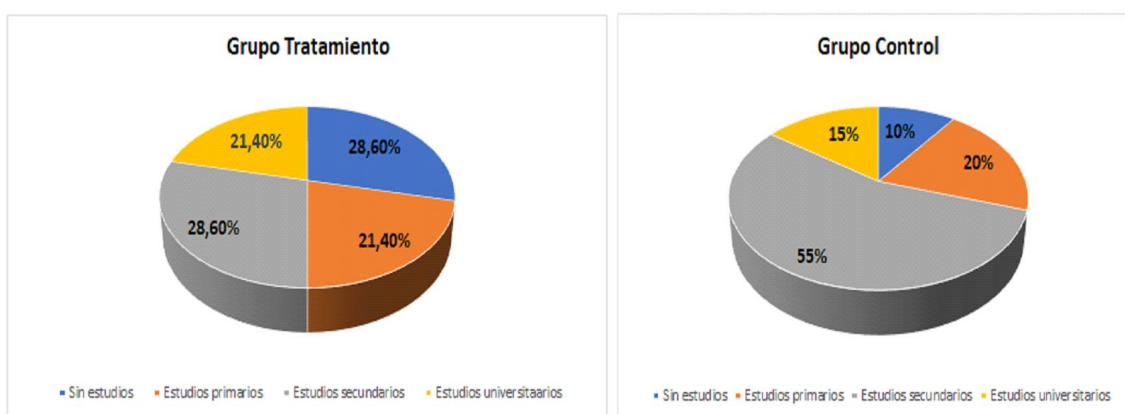
Porcentaje en los grupos tratamiento y control en función del estado civil



En cuanto al nivel de escolaridad, diferenciando por grupos: en el grupo tratamiento, un 28,6% sin estudios, un 21,4% estudios primarios, un 28,6% estudios secundarios y un 21,4% estudios universitarios; en el grupo control, un 10% sin estudios, un 20% estudios primarios, un 55% estudios secundarios y un 15% estudios universitarios (Figura 11).

Figura 11

Nivel de escolaridad en Grupo Control y Grupo Experimental (porcentajes)



Una vez descritos los grupos y de cara a analizar la homogeneidad de los mismos se establecieron comparaciones para la edad (88,36 vs. 87,20; $t(32) = 0,499$, $p = 0,621$), estado civil (Mann-Whitney $z = 138,5$, $p = 0,937$), nivel de escolaridad (Mann-Whitney $z = 117,5$, $p = 0,405$). Partiendo de estos resultados se puede afirmar que no existen diferencias entre los grupos en las variables sociodemográficas estudiadas.

4.3. Instrumentos

En el *Estudio 2* hemos utilizado los mismos instrumentos y considerado las mismas variables que en el *Estudio 1*.

Con el fin de resumir todo lo expuesto y sintetizar la información se presenta la siguiente Tabla 8.

Tabla 8

Esquema de las escalas, cuestionarios y sus dimensiones

Tipo de Variable	Escala/cuestionario	Dimensiones
Variables Sociodemográficas	Cuestionario ad hoc de variables sociodemográficos	
Variables Sanitarias	Enfermedades crónicas, comorbilidad e índice de Charlon Prescripción psicofármacos Escala EVA de dolor Mini Nutritional Assessment (MNA)	
Variables Psicofuncionales	Mini-Mental State Examination (MMSE)	
	Escala de Depresión y Ansiedad (Goldberg)	Subescala Ansiedad Subescala Depresión
	Índice Barthel	
	Test de Evaluación de la Marcha y Equilibrio Tinetti	
	Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS)	Afectividad Positiva Afectividad Negativa
Variables Psicológicas	Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)	
	Escala de Afrontamiento ante el Estrés (COPE-28)	Afrontamiento activo Planificación Apoyo instrumental social Uso apoyo emocional Autodistracción Desahogo Desconexión conductual Reinterpretación positiva Negación Aceptación Religión Uso sustancias Humor Autoinculpación
	Escala Funciones de la Reminiscencia (RFS)	Revivir amargura Identidad Resolución problemas Preparación muerte Reducción aburrimiento Mantenimiento intimidad Conversación Enseñar informar
	Escala de Integridad de Ryff y Heincke (ESC-INT)	
	Test de Propósito Vital (PIL)	Percepción de sentido Experiencia de sentido Metas y tareas Dialéctica/destino y libertad
	Escala de Soledad de De Jong Gierveld (DJGLS)	Soledad social Soledad emocional
	Escala de Sentido de Coherencia (SOC-13)	Comprensibilidad Manejabilidad Significancia

5. Descripción del programa de intervención

El *Programa de Intervención en Reminiscencia Integrativa en mujeres mayores* tiene como objetivos generales: favorecer estrategias de reminiscencia de integración e instrumental, recuperar y construir episodios de vida a través de eventos y recuerdos

autobiográficos positivos y negativos, fomentar la recuperación de recuerdos específicos y reconstruirlos dándoles un significado y sentido; comunicar y verbalizar sentimientos y experiencias de vida.

Las sesiones se adaptaron a la HV de las mujeres, sus vínculos con los cuidados, la maternidad, la crianza, entre otros. Las mujeres *cuidan* con mayor frecuencia que los hombres a los hijos, padres, pareja, suegros y nietos; existe una clara relación entre cuidados y género. Los importantes cambios sociales de los últimos años han provocado que las mujeres mayores que han cuidado siempre a otras personas sean la última “generación cuidadora”.

En sus vidas predominan *efectos culturales y sociales* que marcan la desigualdad de género. Según Hernández (2000), las mujeres han desarrollado un curso vital muy marcado por la tradición, por el sometimiento al padre y al marido; en síntesis, por la ausencia de poder. La sociedad asignó unos roles muy diferentes según el género, siendo las mujeres las encargadas del entorno doméstico: hijos, familia, hogar y los hombres de aportar el sustento económico trabajando fuera del hogar. Todas estas diferencias llevaron a restricciones sociales e infravaloración social en las mujeres. En la vejez, persisten las diferencias de género por tradición cultural, estilos de vida, intereses, normas sociales adquiridas y diferencias biológicas, y es por ello, por lo que los temas e hilo conductor de las sesiones estuvieron condicionados por los aspectos comentados.

En cada sesión se trabaja un tema distinto favoreciendo el recuerdo de distintas valencias emocionales: *experiencia óptima, momento más bajo, momento decisivo (punto de inflexión), recuerdo más temprano de infancia, recuerdo de adolescencia, recuerdo de adultez, personas significativas, guion de futuro y sentido de vida, presiones (estresores), problemas y soluciones, ideología (creencias y valores)*.

El programa consta de 1 sesión de *Presentación* y 10 sesiones de *Intervención*, realizadas en seis semanas (dos sesiones por semana), aproximadamente 90 minutos, con un grupo de 14 mujeres. Todas las sesiones a excepción de la *Presentación*, se dividen en

las siguientes partes: *bienvenida al grupo, presentación e introducción* (15 minutos), *reflexiones generales sobre el tema* (20 minutos), *realización ejercicio individual* (10 minutos), *puesta en común de ejercicios y reflexiones* (15 minutos), *realización dinámica grupal* (15 minutos), *conclusiones finales; propuestas para la siguiente sesión* (10 minutos) y *despedida* (5 minutos).

A continuación, se describen cada una de las sesiones, objetivos, dinámicas y recursos utilizados.

Sesión Presentación: Introducción y desglose del programa en reminiscencia.

Objetivos Específicos: Explicar el concepto de reminiscencia; conocer el programa; facilitar la primera toma de contacto entre la responsable del programa y las participantes creando sensación de pertenencia al grupo y confianza hacia la responsable.	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<p>Presentación de las participantes.</p> <p>Definir el concepto reminiscencia.</p> <p>Presentación de los talleres de reminiscencia.</p>	<p>a) Bienvenida al grupo, presentación e introducción:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Música ambiental de relajación. -Dinámica grupal de presentación de participantes y profesional. -Definición del concepto de <i>reminiscencia</i>. -Presentación de los talleres; 1º <i>experiencia óptima</i>, 2º momento más bajo, 3º <i>momento decisivo</i>, 4º <i>recuerdo más temprano</i>, 5º <i>recuerdo de la adolescencia</i>, 6º <i>recuerdo de la adultez</i>, 7º <i>personas significativas</i>, 8º <i>sentido de vida y guion de futuro</i>, 9º <i>estresores y soluciones</i>, 10º <i>ideología: creencias y valores</i>.
<p>Desarrollo: previo a dar la bienvenida al grupo y mientras las participantes se ubican en la sala, se presenta un vídeo con imágenes de paisajes y música de relajación. La responsable se reúne con las participantes para informar del inicio de la segunda parte de la investigación (tras el pase de cuestionarios) que consiste en asistir y participar semanalmente a los talleres de reminiscencia. Realización de dinámica grupal de presentación en la que se solicita el <i>nombre, color favorito y adjetivo</i> que define a cada una de las participantes y profesional.</p> <p>Presentación y desglose de cada una de las sesiones solicitando opinión y ofreciendo la opción de cambiar los temas si así lo solicitan. Recordamos que es importante mantener el compromiso de asistencia y puntualidad.</p>	
<p>Recursos: TV, portátil, puntero, Power-point (presentación, vídeo relajación), gel hidroalcohólico.</p>	

Sesión 1: Experiencia óptima.

Objetivos Específicos: recuperar recuerdos autobiográficos de acontecimientos positivos; reconstruir acontecimientos pasados; reinterpretar experiencias y emociones positivas; consolidar la identidad e integridad del yo evaluando los logros y dando sentido a la vida; fomentar la participación activa y la conversación promoviendo la sociabilidad y la apertura de las relaciones interpersonales; reforzar los vínculos sociales mediante la narrativa compartiendo vivencias y experiencias promoviendo la identidad personal y social.	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<p>Momento más feliz de vida.</p>	<p>a) Bienvenida al grupo, presentación e introducción:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Música ambiental de relajación. -Recordamos el contenido de las diez sesiones de reminiscencia y se presenta la sesión "experiencia óptima". <p>b) Reflexiones generales: se define el concepto de "felicidad" desde la filosofía y la religión, definiéndola también los participantes y comentando qué nos hace felices en el presente. Registro de respuestas.</p> <p>c) Ejercicio individual: escribir en una tarjeta el momento más feliz de nuestra vida pasada.</p> <p>d) Puesta en común de ejercicios y reflexiones: registro de los momentos más felices del pasado, realización de mural en función de las respuestas y reflexiones de cómo cambia nuestro concepto de felicidad a lo largo del ciclo vital (pasado y presente).</p> <p>e) Dinámica grupal: actividades de risoterapia.</p> <p>f) Conclusiones finales: conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes, se recuerda el tema de la siguiente sesión.</p> <p>g) Despedida: vídeo musical "Los del río" (Macarena).</p>
<p>Desarrollo: previo a dar la bienvenida al grupo y mientras las participantes se ubican en la sala, se presenta un vídeo con imágenes de paisajes y música de relajación; se recuerda los contenidos de las sesiones; reflexionamos sobre el concepto de "felicidad" con frases del <i>Buda Gautama</i> y <i>Aristóteles</i>, preguntándonos qué nos hace felices en el presente y qué nos hizo felices en el pasado valorando cómo cambia nuestro concepto de felicidad a lo largo de nuestra historia de vida; se escribe en una tarjeta el "momento más feliz de nuestra vida pasada" ("tuve a mi primera hija", "me casé", "nació mi primera nieta", "aprobé las oposiciones", "me enteré que iba a ser madre de gemelas", "el día de mi boda.."); se registra los momentos más felices del pasado; realización de mural en función de las respuestas y reflexiones de cómo cambia nuestro concepto de felicidad a lo largo del ciclo vital (pasado y presente); se realizan actividades de risoterapia diciendo nuestro nombre sin mostrar los dientes y saludando en situaciones concretas (<i>alegre, triste, con dolor físico, somnoliento, bailando, enfadado y borracho</i>); se realizan conclusiones generales del taller y nos despedimos a ritmo de "Los del Río" (<i>Macarena</i>) como elicitador de un momento feliz fomentando el canto y el baile.</p>	
<p>Recursos: TV, portátil, puntero, móvil (fotos), Power-point (presentación, vídeo relajación, vídeo "Los del río"), plantilla "momentos felices del presente y pasado", mural, láminas plastificadas para el mural (nacimiento, comunión, noviazgo, boda, otros), lámina plastificada "saludos", bolígrafos, tarjetas, celo, rotulador y gel hidroalcohólico.</p>	

Sesión 2: Momento más bajo.

<p>Objetivos Específicos: recuperar recuerdos autobiográficos de acontecimientos negativos; reinterpretar experiencias y emociones negativas; reconstruir acontecimientos pasados; normalizar los momentos negativos; consolidar la identidad e integridad del yo evaluando estrategias de afrontamiento que han permitido superar la situación; validar la figura de la <i>persona mayor</i> como sustentadora de experiencia y con conocimientos en estrategias de afrontamiento; incorporar la intervención basada en el perdón y las emociones; mantener la intimidad manteniendo viva la memoria de personas significativas de las que nos encontramos separados principalmente por fallecimiento; fomentar la participación activa; reforzar los vínculos sociales y relaciones de ayuda mutua.</p>	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<p>Momento más negativo de vida.</p>	<p>a) Bienvenida al grupo, presentación e introducción: -Música ambiental de relajación. -Recordamos las conclusiones de la sesión anterior (ejercicio de memoria). -Presentamos la sesión “momento más bajo”.</p> <p>b) Reflexiones generales: se expone y comenta casos de personajes famosos que pasaron por malos momentos y cómo afrontaron la situación (Nelson Mandela, Albert Einstein y Beethoven).</p> <p>c) Ejercicio individual: escribir en una tarjeta el momento más negativo de nuestra vida pasada.</p> <p>d) Puesta en común de ejercicios y reflexiones: se comenta al grupo la experiencia personal escrita y qué hicimos para superarla analizando los estilos de afrontamiento.</p> <p>e) Dinámica grupal: Decálogo “<i>la sabiduría de la experiencia: superando momentos difíciles</i>”.</p> <p>f) Conclusiones finales: conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes, se recuerda el tema de la siguiente sesión.</p> <p>g) Despedida: brindis con mistela a ritmo del “Dúo dinámico” (resistiré).</p>
<p>Desarrollo: se da la bienvenida al grupo visualizando un vídeo con música relajante; recordamos la sesión anterior realizando con esto un ejercicio de memoria; se presenta la sesión “momento más bajo” exponiendo casos de personajes famosos que vivieron situaciones difíciles afrontándose de forma adaptativa a la situación (<i>Nelson Mandela, que aprovechó los 27 años que estuvo encarcelado para formarse logrando ser presidente de Sudáfrica; Albert Einstein, que a pesar de ser expulsado del colegio por ser un “niño perezoso” y antisocial, creyó en él convirtiéndose en uno de los científicos más importantes del S.XX y Beethoven, que compuso sus mejores obras al quedarse sordo</i>); se realiza un ejercicio individual en el que se escribe y comparte con el grupo el momento más bajo de nuestra vida (“<i>la muerte de mi madre cuando tenía trece años</i>”, “<i>estuve en el hospital tratándome la enfermedad de la que aun no me he curado</i>”, “<i>la muerte de mi marido</i>”, “<i>el momento que supe que la enfermedad de mi padre no tenía cura</i>”, “<i>el día que murió mi hija mayor Ana</i>”, “<i>cuando mataron a mi hijo en un accidente de tráfico</i>...”) y qué hicimos para superarlo (“<i>recibir el apoyo de mi hermano</i>”, “<i>recibir el cariño de la familia</i>”, “<i>pensar que es ley de vida y solo me quedaba resignarme y aceptar la voluntad de Dios</i>”, “<i>no lo he superado, lo sobrellevo</i>”, “<i>recordando los momentos más bonitos con él</i>”, “<i>acercándome y encomendándome a Dios</i>”, “<i>siendo fuerte y saliendo con mis amigas que me apoyan</i>...”); se realiza un Decálogo de consejos y recomendaciones para superar los malos momentos; se realizan conclusiones generales de la sesión y nos despedimos brindando a ritmo del “<i>Dúo Dinámico</i>” (<i>Resistiré</i>) por nuestra resiliencia.</p>	
<p>Recursos: TV, portátil, puntero, móvil (fotos), Power-point (presentación, vídeo relajación, vídeo “Dúo dinámico”), bolígrafos, tarjetas, vasos, mistela, gel hidroalcohólico.</p>	

Sesión 3: Momento decisivo.

<p>Objetivos Específicos: fomentar la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos “momentos decisivos de vida”; reconstruir acontecimientos pasados y buscar un significado; consolidar la identidad, coherencia y atribución de significado a las experiencias; integridad del yo; mejorar las estrategias de afrontamiento y adaptación; fomentar la comunicación y verbalización de sentimientos y experiencias; mantener la intimidad manteniendo viva en la memoria personas significativas.</p>	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<p>Momento decisivo de vida.</p>	<p>a) Bienvenida al grupo, presentación e introducción: -Vídeo de Dolores Pradera (toda una vida). -Recordamos las conclusiones de la sesión anterior (ejercicio de memoria). -Presentamos la sesión “momento decisivo de vida”.</p> <p>b) Reflexiones generales: se exponen situaciones que fueron puntos de inflexión para la historia, sociedad y vida de personajes famosos, cambiando de una forma u otra a la sociedad y nuestro día a día.</p> <p>c) Ejercicio individual: escribir en una tarjeta el momento en el que hemos tenido que cambiar nuestra forma de vivir (estilo de vida, cambio de domicilio) o forma de entender la vida y que haya cambiado mi vida en un sentido u otro.</p> <p>d) Puesta en común de ejercicios y reflexiones: se comenta al grupo la experiencia personal escrita argumentando por qué nos cambió la vida realizando la profesional un mural con las respuestas.</p> <p>e) Dinámica grupal: Se presenta y analiza el vídeo de José Mújica, poniendo en valor los pequeños detalles de nuestro día a día que nos dan felicidad (una conversación, tomar un café con la compañera, recibir la llamada telefónica de nuestro hijo).</p> <p>f) Conclusiones finales: conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes, se recuerda el tema de la siguiente sesión.</p> <p>g) Despedida: vídeo de “Karina” (El baúl de los recuerdos) y chocolatina para endulzar los “tropezones” de la vida.</p>
<p>Desarrollo: se da la bienvenida al grupo visualizando un vídeo de Dolores Pradera (toda una vida) como vehículo para conectar con el taller de reminiscencia; recordamos la sesión anterior realizando con esto un ejercicio de memoria; se presenta la sesión “momento decisivo o punto de inflexión” incidiendo en que todos los cambios nos llevan a experimentar nuevas potencialidades y recursos que ayudan a adaptarnos; se ponen ejemplos de <i>momentos históricos y sociales, momentos personales de famosos e inventos</i> que de una forma u otra cambiaron a la sociedad y nuestro día a día (la muerte de Franco, la riada de Valencia el 14 de octubre de 1957, la boda de Leticia con el príncipe Felipe y el invento de la lavadora); se realiza un ejercicio individual en el que se escribe y comparte con el grupo el <i>momento decisivo</i> de nuestra vida (“<i>me casé y tuve mis tres hijos</i>”, “<i>fui a la universidad</i>”, “<i>murió mi hijo por cáncer</i>”, “<i>aprobé las oposiciones y me mandaron a un pueblo de la Sierra</i>”, “<i>nos trasladamos a Madrid al fallecer mi padre</i>”, “<i>ingresé en la residencia</i>”, “<i>me marché a Inglaterra a trabajar</i>”, “<i>falleció mi marido y me sentí muy sola</i>...”), plasmando las respuestas en un mural con láminas que representan estos momentos; se presenta y comenta el vídeo de José Mújica (guerrillero que estuvo encarcelado y que transformó el mundo siendo el presidente más pobre del mundo); se realizan conclusiones generales de la sesión y nos despedimos a ritmo de “Karina” (El baúl de los recuerdos) por ser una canción positiva y optimista con el futuro.</p>	
<p>Recursos: TV, portátil, puntero, móvil (fotos), Power-point (presentación, vídeo Dolores Pradera “toda una vida”, entrevista a Pepe Mújica “el valor de la vida”, vídeo Karina “el baúl de los recuerdos”), bolígrafos, tarjetas, cartulina ,celo, láminas “momentos decisivos”(coche para plasmar <i>el cambio residencia</i>, niño y adulto para el <i>cambio de rol</i>, anillo para <i>cambios de vínculos y compromisos</i>, libro para los <i>cambios históricos/sociales</i>, persona adulta sentada en un columpio para las <i>pérdidas de personas o vínculos</i>, persona mayor sentada en un banco para la <i>pérdida de rol profesional</i>, estetoscopio para la <i>pérdida de salud</i> y la última tarjeta con la palabra “otros” que abarca el resto de respuestas), chokolatinas, gel hidroalcohólico.</p>	

Sesión 4: Recuerdo más temprano.

<p>Objetivos Específicos: recuperar recuerdos autobiográficos y construcción de episodios de vida; reconstruir acontecimientos pasados y buscar un significado; consolidar la identidad, coherencia y atribución de significado a las experiencias; evocar emociones positivas o negativas e integrarlas en el presente, fomentar la comunicación y verbalización de sentimientos y experiencias; fomentar la participación activa con el grupo promoviendo la integridad, sociabilidad y apertura de las relaciones sociales; trabajar los juegos tradicionales de su época; compartir vivencias relacionadas con el juego.</p>	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<p>Recuerdo más temprano (infancia).</p>	<p>a) Bienvenida al grupo, presentación e introducción: -Vídeo “Valencia antigua y canciones infantiles valencianas”. -Recordamos las conclusiones de la sesión anterior (ejercicio de memoria). -Presentamos la sesión “recuerdo más temprano de la infancia”.</p> <p>b) Reflexiones generales: la profesional formula preguntas que el grupo contesta (¿cuál es el instante o la situación más agradable que recordáis de vuestra vida siendo niño/a?, ¿qué hizo vuestro padre/madre y que vivisteis con mucha alegría?, ¿alguien cercano os regaló algo que os hizo mucha ilusión?, ¿recordáis el día más divertido con algún juguete o juego favorito?, ¿algún día vuestros padres os llevaron a algún lugar para haceros feliz y os sentisteis muy bien?, ¿recordáis el beso o abrazo que os dio alguien muy querido para vosotros y que nunca habéis olvidado?).</p> <p>c) Ejercicio individual: escribir en una tarjeta un recuerdo de la infancia, ya sea positivo o negativo.</p> <p>d) Puesta en común de ejercicios y reflexiones: se comenta al grupo el recuerdo de infancia y la profesional registra y contabiliza los recuerdos positivos y negativos de infancia</p> <p>e) Dinámica grupal: Se representan escenas cotidianas relacionadas con la infancia (recreo en el colegio, en casa con la familia), disfrazándose las participantes para representar el papel (niñas, padre, madre, profesora).</p> <p>f) Conclusiones finales: conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes, se recuerda el tema de la siguiente sesión.</p> <p>g) Despedida: vídeo “los payasos de la tele” saboreando una piruleta.</p>
<p>Desarrollo: se da la bienvenida al grupo visualizando el vídeo de “Valencia antigua” acompañado de canciones infantiles valencianas como elicitador del tema a trabajar en la sesión; recordamos las conclusiones de la sesión anterior trabajando con ello la memoria; se presenta la sesión “recuerdo más temprano” comentando que por lo general recordamos esta etapa con nostalgia ya que existe la tendencia generalizada a creer que lo acaecido en los primeros años de vida, es mejor que el presente; el grupo contesta a las preguntas que formula la profesional relacionadas con la infancia, compartiendo y reflexionando estos momentos; se realiza un ejercicio individual en el que se escribe y comparte con el grupo un <i>recuerdo de la infancia</i>, fuera positivo o negativo (“una noche de Reyes”, “la feliz convivencia con mi familia”, “jugando con mis hermanos y primos”, “el día que me regalaron la muñeca Mariquita Pérez; “cuando me fuí a Asturias a vivir”, “el día de mi comunión”...); describiendo el escenario (dónde estábamos; “casa de mis primos”, “la huerta”, “el taller de modistas”, “dependencia mercantil de Patraix”, “mi casa de Cartagena”...), personajes (“mis primos”, “las chicas que cosían”, “mis padrinos y mi abuela”, “mis amigos del pueblo”...), pensamientos (“qué suerte tengo de tener esta familia”, “echo mucho de menos esos tiempos de felicidad”, “¿los reyes?, ¡es mi madre!”...) y sentimientos (“qué feliz soy”, “mucho cariño por todos”, “muy contenta”, “triste y preocupada”...); recuento de recuerdos positivos y negativos valorando si predominan los positivos como dice la literatura; representación teatral de escenas cotidianas de la infancia (<i>Marta quiere ir a casa de su amiga pero su padre no le deja, María le quita el almuerzo a su compañera pero esta lo niega a la profesora</i>); se realizan conclusiones generales de la sesión y nos despedimos a ritmo de canciones infantiles “los payasos de la tele” saboreando unas piruletas.</p>	
<p>Recursos: TV, portátil, puntero, móvil (fotos), Power-point (presentación, vídeo “Valencia antigua “ vídeo “los payasos de la tele”), bolígrafos, tarjetas, hoja registro, bolsa tela, piruletas, periódico, sombrero, puro, regla, rulo de madera, muñeca, gafas de plástico, libro y lazo de pelo, gel hidroalcohólico.</p>	

Sesión 5: Recuerdo de la adolescencia.

<p>Objetivos Específicos: reconstruir acontecimientos pasados y buscar significado; estimular la memoria episódica y autobiográfica; consolidar la identidad e integridad del yo, coherencia y atribución de significado a las experiencias, mejorar las estrategias de afrontamiento y adaptación; mantener la intimidad manteniendo viva en la memoria personas significativas; evocar emociones positivas o negativas e integrarlas en el presente; fomentar la participación activa y la conversación promoviendo la sociabilidad y la apertura de las relaciones interpersonales; reforzar los vínculos sociales mediante la narrativa compartiendo vivencias y experiencias promoviendo la identidad personal y social.</p>	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<p>Recuerdo de juventud.</p>	<p>a) Bienvenida al grupo, presentación e introducción: -Vídeo “Los felices 60”. -Recordamos las conclusiones de la sesión anterior (ejercicio de memoria). -Presentamos la sesión “recuerdo de la adolescencia”.</p> <p>b) Reflexiones generales: la profesional presenta fotos de jóvenes de los años 50-60 (equivale a los años de adolescencia de los residentes) y se comentan (diversión, moda); se visualizan anuncios de estos años “publicidad española de los años 50-60” y se da respuesta a las preguntas relacionadas con este periodo de vida formuladas por la profesional.</p> <p>c) Ejercicio individual: escribir en una tarjeta un recuerdo de la adolescencia, ya sea positivo o negativo.</p> <p>d) Puesta en común de ejercicios y reflexiones: se comenta al grupo el recuerdo de juventud y la profesional registra y contabiliza los recuerdos positivos y negativos.</p> <p>e) Dinámica grupal: Se analizan y comentan refranes relacionados con esta etapa.</p> <p>f) Conclusiones finales: conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes, se recuerda el tema de la siguiente sesión.</p> <p>g) Despedida: Nos vamos de “Guateque” saboreando un licor.</p>
<p>Desarrollo: se da la bienvenida al grupo visualizando el vídeo “Los felices 60” (canciones de esta época; <i>Salomé, Los mismos, Karina, Los 3 Sudamericanos, Los diablos...</i>) como elicitador del tema a trabajar en la sesión (adolescencia); recordamos las conclusiones de la sesión anterior trabajando con ello la memoria; se presenta la sesión “recuerdo de la adolescencia” mostrando fotos de jóvenes en los años 50-60, favoreciendo el debate de cómo se divertían antes (<i>paseos, guateques en el barrio de Ruzafa</i>), moda (<i>pasando del estilo clásico de los 50 a los vaqueros y estilo hippie de los 60</i>); se visualizan anuncios de estos años “Publicidad Española de los años 50-60” (<i>calmante vitaminado, colonia 10-41, bicarbonato Torres-Muñoz, biscotti Dolce Vita, sintasol, linóleum</i>); el grupo contesta a las preguntas que formula la profesional relacionadas con la adolescencia, compartiendo y reflexionando estos momentos (<i>recuerda algún día o momento en el que hiciera algo especial con un grupo de amigos, qué momento fue especial en compañía de su padre o madre siendo adolescente, recuerda el primer beso...</i>); se realiza un ejercicio individual en el que se escribe y comparte con el grupo un recuerdo de adolescencia fuera positivo o negativo (<i>“el día que empecé a salir con el que fue mi marido”, “cuando dejé España para irme a otro país para labrarme un futuro”, “cuando éramos novios”, “mi primer beso de amor con mi novio José”, “la excursión con mis compañeros de escuela a ver zonas arqueológicas de Valencia”, “la visita de los amigos al chalet...”</i>) describiendo el escenario (dónde estábamos; <i>“el colegio”, “el cine”, la tienda de mis padres”, “el avión”, “la iglesia”, “el campo”, “el chalet”, “el puerto de Cartagena”...</i>), personajes (quienes estaban; <i>“mi novio y yo”, “la familia y amigos”, “mis padres, hermanos y yo”, “mi amiga Conchín y yo”, “Amalia y Pepe”, “los profesores y estudiantes”...</i>), pensamientos (<i>“qué bien lo estábamos pasando”, “me gustaba coger la flor del azafrán”, “cuánto nos queremos”, “era una experiencia inolvidable de aprendizaje”, “fue una época de lucha y éxitos”, “que no acabe nunca este momento”...</i>), y sentimientos (<i>“me sentía muy contenta y feliz”, “muy contenta”, “era la más feliz del mundo”, “mucha pena al dejar a mi familia y amigos atrás”, “cariño, mucho cariño”</i>); recuento de recuerdos positivos y negativos valorando cuáles son los que predominan; se comentan refranes relacionados con la juventud (<i>ni abril sin flores, ni juventud sin amores, el amor de los jóvenes no está en el corazón sino en los ojos, a juventud ociosa vejez trabajosa, el joven para obrar y el viejo para aconsejar y si el mozo supiera y el viejo pudiera ¿qué se les resistiera?</i>); se realizan conclusiones generales de la sesión despidiéndonos a ritmo de música de guateque (<i>“cuéntame cómo te ha ido, la chica yeyé, yo soy aquel, Eva María se fue, estando contigo me siento feliz, el baúl de los recuerdos...”</i>) saboreando un licor, favoreciendo el canto y el baile.</p>	
<p>Recursos: TV, portátil, puntero, móvil (fotos), Power-point (presentación, vídeo “Los felices 60”, “Publicidad Española de los años 50-60”, “Guateque”), refranes, bolígrafos, tarjetas, hoja registro, licor, gel hidroalcohólico.</p>	

Sesión 6: Recuerdo de la adultez.

<p>Objetivos Específicos: reconstruir acontecimientos pasados, recuperar recuerdos autobiográficos de acontecimientos positivos y negativos; normalizar los momentos negativos; consolidar la identidad e integridad del yo evaluando los logros, fracasos y dando sentido a la vida; mejorar las estrategias de afrontamiento y adaptación; reforzar los vínculos sociales mediante la narrativa compartiendo vivencias y experiencias promoviendo la identidad personal y social; mantener la intimidad manteniendo viva la memoria de personas significativas de las que nos encontramos separados principalmente por fallecimiento; fomentar la comunicación y verbalización de sentimientos y experiencias.</p>	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<p>Recuerdo de adultez.</p>	<p>a) Bienvenida al grupo, presentación e introducción: -Vídeo “La mejor música española de los 70”. -Recordamos las conclusiones de la sesión anterior (ejercicio de memoria). -Presentamos la sesión “recuerdo de la adultez”. -Vídeo “Cómo era la España de los 70”.</p> <p>b) Reflexiones generales: la profesional presenta una definición de la “adultez” comentándola el grupo. Se presentan diapositivas de situaciones que vivimos en la edad adulta (el día de nuestra boda, el nacimiento de los hijos, pérdidas y desarrollo profesional). Se visualiza vídeo “La evolución profesional de la mujer en los 70”.</p> <p>c) Ejercicio individual: escribir en una tarjeta el acontecimiento más importante de la adultez, positivo o negativo.</p> <p>d) Puesta en común de ejercicios y reflexiones: se comenta al grupo el recuerdo de adultez y la profesional registra y contabiliza los recuerdos positivos y negativos.</p> <p>e) Dinámica grupal: La profesional pregunta al grupo cuál ha sido el mayor logro o fracaso vivido en esta etapa, presentando vídeos de “aplausos, risas y gritos de victoria” para el logro, y “castillo de fuegos artificiales” con la frase “algo bueno salió” para el fracaso.</p> <p>f) Conclusiones finales: conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes, se recuerda el tema de la siguiente sesión.</p> <p>g) Despedida: Se entrega a cada uno de los participantes un broche con el número 1, regalándonos un fuerte aplauso y al ritmo de Diego Torres “Color Esperanza”.</p>
<p>Desarrollo: se da la bienvenida al grupo visualizando el vídeo “La mejor música española de los 70” (<i>Mari Trini, Serrat, Nino Bravo, La terremoto, Mocedades, Marian Conde, Juan Camacho...</i>), como elicitador del tema a trabajar en la sesión (estos años corresponderían a la etapa adulta de las residentes); recordamos las conclusiones de la sesión anterior trabajando con ello la memoria; se presenta la sesión “recuerdo de la adultez”; se presenta el vídeo “Cómo era la España de los 70” a nivel histórico, social y político (<i>muerte de Franco y transición, voto, primeras manifestaciones de mujeres reivindicando el derecho a la igualdad, tercera revolución tecnológica con la aparición de la TV en color, lavavajillas, tocadiscos, ordenadores, programas de entretenimiento como el 1,2,3, apogeo de las discotecas, aparición del Citroën 2cv...</i>), compartiendo los residentes experiencias personales de este periodo; se comenta y reflexiona una definición de la adultez “La adultez es la etapa vital en la que el individuo o la persona alcanza la plenitud en su evolución física, biológica y psíquica. En esta etapa su personalidad y carácter se presentan firmes y se logra un control de los sentimientos, permitiendo afrontar la vida con mayor seguridad y serenidad. Es la etapa en la que mayor rendimiento presenta”; se presentan diapositivas de situaciones que vivimos en la edad adulta (<i>el día de nuestra boda, el nacimiento de los hijos, pérdidas y desarrollo profesional</i>); se visualiza vídeo “La evolución profesional de la mujer en los 70” comentando como ha evolucionado la mujer de los años 70 hasta la actualidad a nivel laboral, y las diferencias entre hombres y mujeres en el pasado y en el presente; se escribe en una tarjeta el acontecimiento más importante de la adultez positivo o negativo (“<i>cuando mi padre se curó de cáncer</i>”, “<i>el día que aprobé las oposiciones</i>”, “<i>entré a la universidad</i>”, “<i>el día de mi boda</i>”, “<i>el nacimiento de mis tres hijos</i>...”), describiendo el escenario (dónde estábamos; “<i>hospital</i>”, “<i>las aulas de la escuela</i>”, “<i>Madrid</i>”, “<i>la clínica El Consuelo</i>”; “<i>taller de modistas</i>”, “<i>en la calle Buenos Aires en Valencia</i>...”), personajes (quienes estaban: “<i>mis amigos</i>”, “<i>mi tía Juana y yo</i>”, “<i>mis padres</i>...); pensamientos (“<i>era la ilusión de mi vida</i>”, “<i>la unión de dos familias</i>”, “<i>tenía que aprobar para tener un buen trabajo</i>”, “<i>me gustaría estudiar</i>”, “<i>que mi hijo viniera bien</i>”, “<i>dar gracias a Dios</i>...”) y sentimientos (“<i>muchoa felicidad</i>”, “<i>muchoa tranquilidad</i>”, “<i>tristeza por no poder compartir este momento con mi madre</i>”, “<i>muchas satisfacción de haberlo conseguido por mí misma</i>”, “<i>amor, mucho amor</i>...); recuento y registro de recuerdos positivos y negativos valorando cuáles son los que predominan; se pregunta cuál ha sido el mayor logro o fracaso vivido en esta etapa, presentando vídeo de “aplausos, risas y gritos de victoria” para el logro, y “castillo de fuegos artificiales” con la frase “algo bueno salió” para el fracaso, reforzando la idea de que los fracasos nos enseña y nos dota de recursos; se realizan conclusiones generales de la sesión; se entrega broche con el número “1”, símbolo que nos hace recordar que somos seres únicos e importantes gracias a nuestros éxitos y aprendizaje de nuestros fracasos aplaudiéndonos por ellos; despedida al ritmo de Diego Torres “Color Esperanza”.</p>	
<p>Recursos: TV, portátil, puntero, móvil (fotos), Power-point (presentación, vídeo “La mejor música española de los 70”, “Cómo era la España de los 70”, “La evolución profesional de la mujer en los 70”, “aplausos, risas y gritos de victoria”, “castillo de fuegos artificiales”, “Color esperanza”, bolígrafos, tarjetas, hoja registro, broches, gel hidroalcohólico.</p>	

Sesión 7: Personas significativas.

<p>Objetivos Específicos: estimular la memoria episódica y autobiográfica; recuperar recuerdos autobiográficos de acontecimientos positivos y negativos del pasado e integrarlas en el presente; reconstruir acontecimientos con personas importantes y significativas de nuestra vida, reconstruir acontecimientos pasados y buscar significado; incorporar aspectos de intervención basadas en el agradecimiento; incorporar la intervención basada en el perdón y las emociones; consolidar la identidad e integridad del yo; reforzar los vínculos sociales mediante la narrativa compartiendo vivencias y experiencias promoviendo la identidad personal y social; mantener la intimidad manteniendo viva la memoria de personas significativas; fomentar la comunicación y verbalización de sentimientos y experiencias.</p>	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<p>Recuerdo de personas significativas.</p>	<p>a) Bienvenida al grupo, presentación e introducción: -Vídeo “Mi persona favorita” (Alejandro Sanz). -Recordamos las conclusiones de la sesión anterior (ejercicio de memoria). -Presentamos la sesión “personas significativas”. -Lectura y comentario de la frase “lo mejor de la vida es cuando encontramos alguien especial que sabe hacer de los pequeños instantes momentos maravillosos”. -Vídeo “Experimento navideño” ¿Cuáles son tus personas más importantes? b) Reflexiones generales: reflexiones, comentarios y conclusiones de preguntas y respuestas del “Experimento navideño” (¿quiénes son las personas más importantes?, ¿qué le vas a regalar en Navidad?, ¿y si te toca la lotería?, ¿y si fuesen sus últimas navidades?). c) Ejercicio individual: escribir una tarjeta postal a una de las personas más importantes de nuestra vida (del pasado o del presente). d) Puesta en común de ejercicios y reflexiones: cada participante comenta y comparte con el grupo el contenido de la tarjeta. e) Dinámica grupal: Dinámica de agradecimiento, reconocimiento o cumplido entre las participantes. f) Conclusiones finales: conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes, se recuerda el tema de la siguiente sesión. g) Despedida: vídeo “El probe Miguel” (Triana Pura).</p>
<p>Desarrollo: se da la bienvenida al grupo visualizando el vídeo “Mi persona favorita” (Alejandro Sanz) como elicitador del tema a trabajar en la sesión; recordamos las conclusiones de la sesión anterior trabajando con ello la memoria; se presenta la sesión “personas significativas”; lectura y comentario “<i>lo mejor de la vida es cuando encontramos alguien especial que sabe hacer de los pequeños instantes momentos maravillosos</i>”; se presenta el vídeo “Experimento navideño”, experimento social que se hace a 27 jóvenes madrileños y se les preguntaba cuales eran las personas más importantes en sus vidas; reflexiones, comentarios y conclusiones de las preguntas y respuestas del experimento (¿quiénes son las personas más importantes?, ¿qué le vas a regalar en Navidad?, ¿y si te toca la lotería?, ¿y si fuese sus últimas navidades?); escribir una tarjeta postal a una de las personas más importantes en nuestra vida poniendo en ella <i>remite, destinatario, relación con esta persona (“amiga”, “hija”, “sobrinos”, “compañera”, “profesionales”, “Vicente, compañero de trabajo y amigo” ...), por qué es tan importante para mí (“hemos pasado muy buenos ratos viajando con los maridos”, “eres la única persona que me queda”, “me alegras la vida cuando te veo y estás junto a mí porque sé que me quieres”, “me apoyaste en un mal momento”, “me ayudasteis a salir de la depresión en un mal momento de mi vida”, “siempre estás cuando te necesito”, “me diste amor, compañía y alegría”...)</i> y <i>qué me gustaría decirle (“me acuerdo mucho de ti y de los buenos ratos que hemos pasado”, “te cuides muchísimo”, “no pasa momento que no os recuerde con gran cariño”, “te quiero un montón y que cuando te veo me alegras la vida”, “te quiero con locura”, “muchas gracias”, “no puedo pasar sin ti, me has dado tanto cariño que ahora lo necesito para seguir viviendo”...)</i>; puesta en común y reflexiones del contenido de cada una de las tarjetas; dinámica grupal de agradecimiento entre las participantes regalándose cumplidos, reconocimientos y agradecimientos (<i>gracias por acompañarme esta mañana a enfermería, te admiro porque tienes mucha paciencia, hoy estás muy guapa...</i>) destacando que lo importante de la vida son las personas y los pequeños detalles del día a día y la persona que recibe el agradecimiento, reconocimiento o cumplido se pone una corona reforzando la autoestima y el buen clima de grupo; se realizan conclusiones generales de la sesión; despedida al ritmo de “El probe Miguel” (Triana Pura) facilitando el canto y baile.</p>	
<p>Recursos: TV, portátil, puntero, móvil (fotos), Power-point (presentación, vídeo “Mi persona favorita”, “Experimento navideño” “El probe Miguel”; bolígrafos, tarjetas postales, sellos, corona, gel hidroalcohólico.</p>	

Sesión 8: Sentido de vida y guion de futuro.

<p>Objetivos Específicos: reconstruir acontecimientos pasados y buscar significado; recuperar recuerdos autobiográficos de acontecimientos positivos y negativos del pasado e integrarlos en el presente; estimular la memoria episódica y autobiográfica; consolidar la identidad, integridad, coherencia y atribución de significado a las experiencias del yo evaluando los logros y dando sentido a la vida; fomentar actitud positiva hacia sí misma; mantener el sentimiento de desarrollo continuo y de mejora a través del tiempo abriéndose a nuevas experiencias; mejorar las estrategias de afrontamiento y adaptación; reforzar los vínculos sociales mediante la narrativa compartiendo vivencias y experiencias.</p>	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<p>Sentido de vida y guion de futuro</p>	<p>a) Bienvenida al grupo, presentación e introducción: -Vídeo “Gracias a la vida” (Violeta Parra). -Recordamos las conclusiones de la sesión anterior (ejercicio de memoria). -Presentamos la sesión “sentido de vida y guion de futuro”. -Vídeo “Debajo del árbol” reflexionando y comentando el “proyecto de vida” del personaje.</p> <p>b) Reflexiones generales: La profesional presenta unos vídeos cortos y reales de entrevistas realizadas a personas mayores a las que se preguntaba ¿cuál es tu plan de futuro?, comentando las respuestas.</p> <p>c) Ejercicio individual: escribir una tarjeta cuál es mi plan de futuro y cómo podríamos conseguirlo.</p> <p>d) Puesta en común de ejercicios y reflexiones: cada participante comenta y comparte con el grupo las respuestas del ejercicio individual.</p> <p>e) Dinámica grupal: Dinámica “La caja de los mensajes”, las participantes cogen mensajes de una caja con diferentes valencias emocionales reconstruyendo los mensajes negativos; recomendaciones y consejos “aprendiendo a ser feliz”.</p> <p>f) Conclusiones finales: conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes, se recuerda el tema de la siguiente sesión.</p> <p>g) Despedida: vídeo “La vida es un carnaval” (Celia Cruz).</p>
<p>Desarrollo: se da la bienvenida al grupo visualizando el vídeo “Gracias a la vida” (Violeta Parra) como elicitador del tema a trabajar en la sesión; recordamos las conclusiones de la sesión anterior trabajando con ello la memoria; se presenta la sesión “sentido de vida y guion de futuro”; se visualiza y analiza el corto de animación “Debajo del árbol” en el que una persona mayor se queda sola y sin esperanzas al fallecer su hijo, recuperando la ilusión y sentido de vida tras conocer a un gato callejero que precisa de su ayuda; se presentan vídeos cortos y reales de entrevistas realizadas por universitarios a personas mayores (comunidad) a las que se preguntaba <i>¿cuál es tu plan de futuro?</i>, comentando las respuestas y haciendo categorías (<i>vivir el presente, interés generativo familiar, ningún interés, autocuidado, bien común, autorrealización, vivir el día, mantener las AVD</i>); escribir en una tarjeta cuál es nuestro plan de futuro compartiéndolo posteriormente con el grupo (<i>seguir viviendo, levantarme cada día esperando que los míos estén bien, seguir como estoy y sobre todo mejorar mi pierna, vivir, seguir aprendiendo y tener el día ocupado, poder reunirme con mi familia y compartir momentos como los de antes de la pandemia, levantarme para hacer las actividades porque me dan vida, cuidar muchísimo a mi hija aunque quiero a todos, vivir el momento presente de la mejor manera posible, seguir con la máxima atención la vida de mis hijos y nietos, convivir con mis compañeras lo mejor que pueda y con alegría, yo ya llegué a donde iba y mi propósito es que Dios me lleve pronto...</i>); dinámica “La caja de los mensajes”, las participantes cogen mensajes incompletos de una caja con diferentes valencias emocionales teniendo que completarlos, explotando un globo aquellas que extraigan un mensaje negativo (símbolo) (<i>estoy agradecida..., me siento feliz porque..., no puedo conseguir..., quiero ayudara a..., voy a encontrar la solución a..., puedo esperar con paciencia cuando..., se me da bien..., te perdono porque..., yo soy importante porque..., todo me sale mal, me gusta mucho..., me siento orgulloso de ...</i>), reconstruyendo los mensajes negativos; se ofrecen recomendaciones y consejos “aprendiendo a ser feliz” (<i>celebra siempre las derrotas, da las gracias por todas las cosas buenas que nos ocurren, haz ejercicio físico, no seas demasiado ambicioso, reflexiona, sobreponete con positividad a los problemas que puedan surgir</i>); se realizan conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes, se recuerda el tema de la siguiente sesión y nos despedimos a ritmo de “La vida es un carnaval” (Celia Cruz) facilitando el canto y baile.</p>	
<p>Recursos: TV, portátil, puntero, móvil (fotos), Power-point (presentación, vídeo “Gracias a la vida”, “Debajo del árbol”, “Entrevistas a personas mayores”, “La vida es un carnaval”), bolígrafos, tarjetas, caja con mensajes, gel hidroalcohólico.</p>	

Sesión 9: Estrés y soluciones.

<p>Objetivos Específicos: reconstruir acontecimientos pasados y presentes buscando significado; recuperar recuerdos autobiográficos de acontecimientos negativos del pasado e integrarlos en el presente; reinterpretar experiencias y emociones negativas; estimular la memoria episódica y autobiográfica; consolidar la identidad, integridad, coherencia y atribución de significado a las experiencias del yo; normalizar los momentos negativos; mejorar las estrategias de afrontamiento y adaptación; reforzar los vínculos sociales mediante la narrativa compartiendo vivencias y experiencias; incorporar la intervención basada en el perdón y las emociones; fomentar la comunicación y verbalización de sentimientos y experiencias.</p>	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<p>Estrés y soluciones</p>	<p>a) Bienvenida al grupo, presentación e introducción: -Música ambiental de relajación. -Recordamos las conclusiones de la sesión anterior (ejercicio de memoria). -Presentamos la sesión “estrés y soluciones”. -Vídeo “Nunca te rindas”.</p> <p>b) Reflexiones generales: La profesional entrega frases de escritores, psicólogos, poetas, filósofos y cantantes que recogen sus pensamientos ante los problemas, comentándolos en grupo.</p> <p>c) Ejercicio individual: escribir en una tarjeta cuál es el problema que me preocupa, cuáles son las causas y qué puedo hacer para mejorarlo.</p> <p>d) Puesta en común de ejercicios y reflexiones: cada participante comenta y comparte con el grupo las respuestas del ejercicio individual.</p> <p>e) Dinámica grupal: “Adiós problema”; se reparten globos representando los problemas y las participantes se despiden de estos diciendo alguna frase de despedida y explotándolos.</p> <p>f) Conclusiones finales: conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes, se recuerda el tema de la siguiente sesión.</p> <p>g) Despedida: vídeo “Color esperanza” (Diego Torres).</p>
<p>Desarrollo: se da la bienvenida al grupo con un vídeo de relajación; recordamos las conclusiones de la sesión anterior trabajando con ello la memoria; se presenta la sesión “estrés y soluciones”; se visualiza y comenta en grupo el vídeo “Nunca te rindas” en el que un joven perdido y desorientado en medio de una tempestad de nieve, es acechado por lobos y cuando pensaba que iba a fallecer estos le dieron calor con sus cuerpos salvándole la vida; se entrega frases de escritores, psicólogos, poetas, filósofos y cantantes que recogen sus pensamientos ante los problemas, comentándolos en grupo (“la vida es una oportunidad, benefíciate de ella, la vida es bella, admírala, la vida es un sueño, alcázalo, la vida es un desafío, enfréntalo, la vida es un juego, júégalo”, “la vida es un 10% lo que nos ocurre, y un 90% cómo reaccionamos a ello”, “quizás la vida me ha golpeado, pero todavía no ha logrado quitarme la sonrisa”, “todo empieza con un sueño, suéñalo y podrás lograrlo”, “aprende a apreciar lo que tienes antes de que el tiempo te enseñe a apreciar lo que tuviste”, “inténtalo y fracasa, pero no fracases en intentarlo”, “el gran descubrimiento de mi generación es que los seres humanos pueden cambiar sus vidas cambiando sus actitudes mentales”); escribir en una tarjeta cuál es el problema que me preocupa (“estado emocional”, “mi vista”, “la soledad”, “no poder ver a mis hijos”, “no poder hacer lo que yo quiero desde que me caí...”), cuáles son las causas (“la cadera”, “los años”, “falleció gran parte de mi familia”, “no tomar la decisión adecuada”, “caída”, “la pandemia y por eso estamos todos confinados...”), y qué puedo hacer para mejorarlo (“tener paciencia y llevarlo lo mejor posible”, “estar acompañada para no sentirme sola”, “aceptar las cosas como son y resignarme”, “cumplir con los ejercicios que me indica la fisioterapeuta”, “tener paciencia porque todo pasa”, “hacerme el ánimo”...) comentándolo al grupo y ofreciendo consejos para solucionarlos; se hace la dinámica “Adiós problema” en la que se reparten globos a las participantes simbolizando los problemas descritos y se despiden de estos diciendo alguna frase de despedida y explotándolos (“gracias a ti, ahora soy más fuerte”, “márchate que yo no te he invitado”, “te doy las gracias por lo que me has enseñado”); se realizan conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes, se recuerda el tema de la siguiente sesión y nos despedimos a ritmo de “Color Esperanza” (Diego Torres) facilitando el canto y baile.</p>	
<p>Recursos: TV, portátil, puntero, móvil (fotos), Power-point (presentación, vídeo “Nunca te rindas”, “Color esperanza”), bolígrafos, tarjetas, frases, globos, gel hidroalcohólico.</p>	

Sesión 10: Ideología: creencias y valores.

<p>Objetivos Específicos: consolidar la identidad, integridad, coherencia y atribución de significado a las experiencias del yo; dar valor a las creencias y valores dando sentido a la vida; reinterpretar experiencias y emociones; estimular la memoria episódica y autobiográfica; mejorar las estrategias de afrontamiento y adaptación; comunicación y verbalización de sentimientos y experiencias; consolidar la identidad e integridad del yo dando sentido a la vida; fomentar la participación activa; reforzar los vínculos sociales y relaciones de ayuda mutua; reconstruir acontecimientos pasados y buscar un significado.</p>	
Bloques temáticos	Actividades/estrategias
<p>Ideología: creencias y valores.</p> <p>Conclusiones generales del programa.</p> <p>Entrega de diplomas, agradecimiento y despedida.</p>	<p>a) Bienvenida al grupo, presentación e introducción: -Vídeo “Himno de Coronación Virgen de los Desamparados” (elicitador). -Recordamos las conclusiones de la sesión anterior (ejercicio de memoria). -Presentamos la sesión “ideología: creencias y valores”. -Vídeo “Anuncio coca-cola” (trabaja el valor de la <i>reconciliación</i>).</p> <p>b) Reflexiones generales: La profesional formula preguntas al grupo relacionadas con las creencias y valores compartiendo sus respuestas (<i>¿cuáles son mis creencias religiosas?, ¿estas creencias nos ayudan en nuestro día a día?, ¿aportan un sentido a mi vida?, ¿ha cambiado mi religiosidad a lo largo de mi ciclo vital?, ¿tenemos algún punto de vista político particular?, ¿hay causas concretas con las que se sientan más implicados (inmigración, pobreza, exclusión social, hambre...)?</i>)</p> <p>c) Ejercicio individual: escribir en una tarjeta cuál es el valor más importante de la vida humana y el título que definiría mi historia de vida como si de una película se tratara.</p> <p>d) Puesta en común de ejercicios y reflexiones: cada participante comenta y comparte con el grupo las respuestas del ejercicio individual.</p> <p>f) Conclusiones finales: conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes.</p> <p>g) Conclusiones finales del programa: conclusiones generales del programa y cronograma para el segundo pase de los cuestionarios de evaluación.</p> <p>h) Entrega de Diplomas, agradecimiento y despedida: vídeo “Adiós con el corazón” (Tuna Mallorca).</p>
<p>Desarrollo: se da la bienvenida al grupo con el vídeo “Himno de Coronación de la Virgen de los Desamparados” como elicitador de la sesión; recordamos las conclusiones de la sesión anterior trabajando con ello la memoria; se presenta la sesión “ideología: creencias y valores”; se visualiza y comenta en grupo el “Anuncio de Coca-cola” en el que se trabaja el valor de la reconciliación; la profesional formula preguntas relacionadas con las creencias y valores (<i>¿cuáles son mis creencias religiosas?, ¿estas creencias nos ayudan en nuestro día a día?, ¿aportan un sentido a mi vida?, ¿ha cambiado mi religiosidad a lo largo de mi ciclo vital?, ¿tenemos algún punto de vista político particular?, ¿hay causas concretas con las que se sientan más implicados (inmigración, pobreza, exclusión social, hambre...)?</i>), contestando y compartiendo las respuestas; se escribe en una tarjeta cuál es el valor más importante de la vida humana (“paz”, “respeto mutuo”, “bondad”, “familia”, “honradez”, “amistad”, “amor...”), y el título que definiría mi historia de vida como si de una película se tratara (“<i>la mujer más trabajadora de la historia</i>”; “<i>el amor de la familia</i>”; “<i>vive y deja vivir</i>...”); cada participante comenta y comparte con el grupo las respuestas del ejercicio individual; se realizan conclusiones generales de la sesión, feedback de las participantes; se realizan conclusiones generales del programa repasando cada uno de los temas que hemos trabajado a lo largo de las semanas y se concreta cronograma para el segundo pase de los cuestionarios de evaluación; entrega de diplomas de reconocimiento y agradecimiento por la participación al ritmo de la canción de despedida “Adiós con el corazón” (Tuna Mallorca) facilitando el canto y baile.</p>	
<p>Recursos: TV, portátil, puntero, móvil (fotos), Power-point (presentación, vídeo “Himno de Coronación Virgen de los Desamparados”, “Anuncio coca-cola”, “Adiós con el corazón”), bolígrafos, tarjetas, diplomas y gel hidroalcohólico.</p>	

6. Análisis Estadísticos

Para la recogida de datos se creó una base de datos en la que se registraron y codificaron todas las variables descritas anteriormente.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics, v.26. En relación a los análisis empleados se aplicaron pruebas t para muestras emparejadas para evaluar el impacto de la COVID-19 en la muestra de personas mayores institucionalizadas, antes y después del confinamiento (OG1).

Para el OG2 y OG4 se realizaron estadísticos descriptivos: medias, desviaciones típicas y frecuencias, y para el OG3 se realizaron correlaciones de Pearson para analizar la relación entre las variables.

Por último, y para la consecución del OG5, se realizaron previamente pruebas t para muestras independientes y la U de Mann-Whitney con el fin de comparar la homogeneidad de los grupos en sus características sociodemográficas previas al tratamiento. Para el análisis de los efectos de la intervención se realizaron 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).

Capítulo VII

Resultados

El presente apartado de resultados pretende dar respuesta a los objetivos planteados en el anterior capítulo 6, dividiendo dicho apartado en dos secciones basadas en los dos estudios principales que el trabajo plantea. De este modo, y en relación al *Estudio 1*, se realizará en primer lugar un *análisis del impacto y los efectos del confinamiento* causado por la COVID-19 en el estado de ánimo, cognitivo, funcional y de salud en una muestra de personas mayores institucionalizadas; y en el *Estudio 2* se analizará la *efectividad* de una intervención psicosocial a partir de un *programa de reminiscencia integrativa en un grupo de mujeres mayores* y el mantenimiento de sus efectos con una medida de *seguimiento* tras 3 meses.

1. Resultados Estudio 1

En primer lugar, y en relación al OG1, que pretendía analizar el impacto del periodo de confinamiento causado por la COVID-19 en una muestra de personas mayores que viven en residencias, se realizaron *pruebas t para muestras emparejadas* mostrando *diferencias significativas* en el estado de ánimo, cognitivo, funcional y de salud entre el tiempo 1 y tiempo 2 (6 meses antes y después del primer estado de alarma causado por la COVID-19), observándose un empeoramiento significativo de todas las variables a excepción del MNA. Dichos resultados se presentan en la siguiente Tabla 9.

Tabla 9

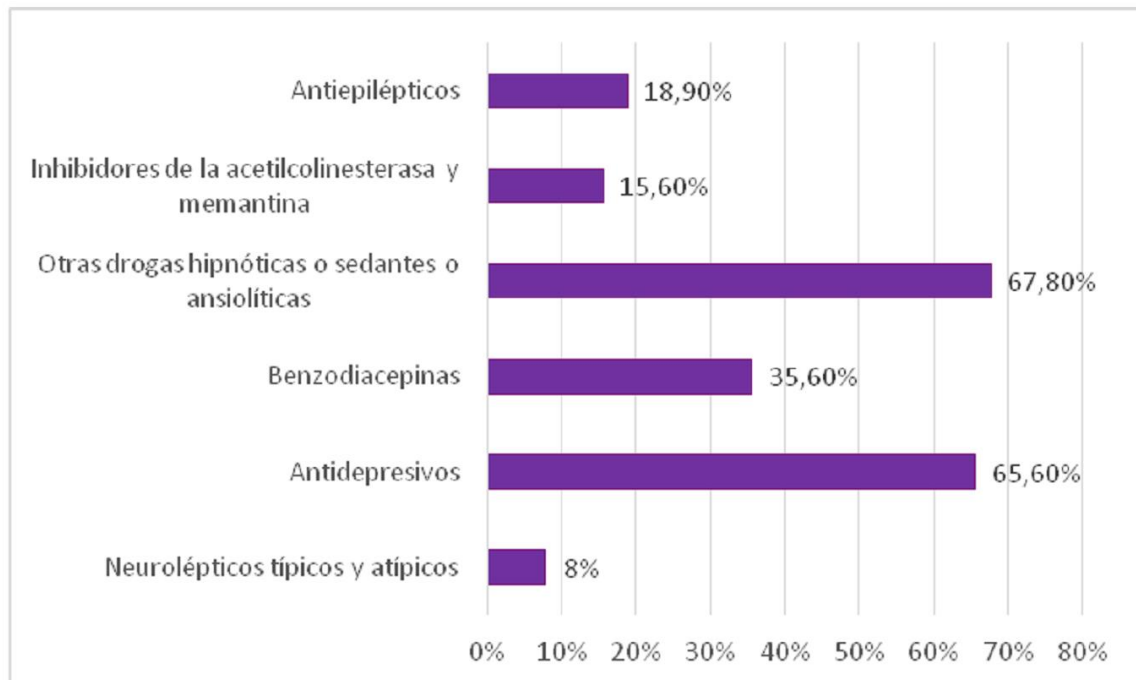
Medias, desviaciones típicas y contrastes significativos entre el Tiempo 1 y Tiempo 2 en el estado de ánimo, cognitivo, funcional y de salud

Escala	Tiempo 1	Tiempo 2	t	p
MMSE	28,33 (1,92)	26,84 (2,91)	11,40	,001
Barthel	76,89 (23,07)	74,00 (23,04)	2,90	,005
Tinetti	21,27 (6,91)	19,56 (7,55)	5,22	,001
Goldberg ansiedad	2,22 (1,11)	3,58 (2,12)	-8,54	,001
Goldberg depresión	2,36 (1,30)	3,03 (2,05)	-8,54	,001
MNA	24,53 (1,95)	24,03 (2,98)	1,63	,106

En segundo lugar, y dados los efectos mostrados del estado de alarma y de confinamiento de la COVID-19, se procedió a realizar un análisis más minucioso tras el estado de confinamiento. En este sentido, se pretende realizar un *análisis descriptivo del estado emocional y clínico* de una muestra de personas mayores que viven en residencias (OG 2); la posible *relación* que existe entre las *variables emocionales, cognitivas, funcionales y de salud* (OG 3), y una descripción de las *condiciones de vida* durante el periodo de confinamiento con el fin de *analizar el impacto* de dicho periodo (OG 4).

De este modo, y en relación al OG 2, se realizó un *análisis descriptivo* de las diferentes variables clínicas y emocionales que se detallan a continuación siguiendo y atendiendo a los diferentes objetivos específicos para dar respuesta a cada uno de ellos:

En cuanto al *consumo de fármacos* (OE 2.1), en la siguiente Figura 12 se presentan los *porcentajes de distribución* de las diferentes categorías de fármacos. A pesar de que la categoría *otras drogas hipnóticas o sedantes o ansiolíticas* obtienen el mayor porcentaje de consumo, son los *antidepresivos* los fármacos más consumidos ya que la anterior categoría engloba varios fármacos.

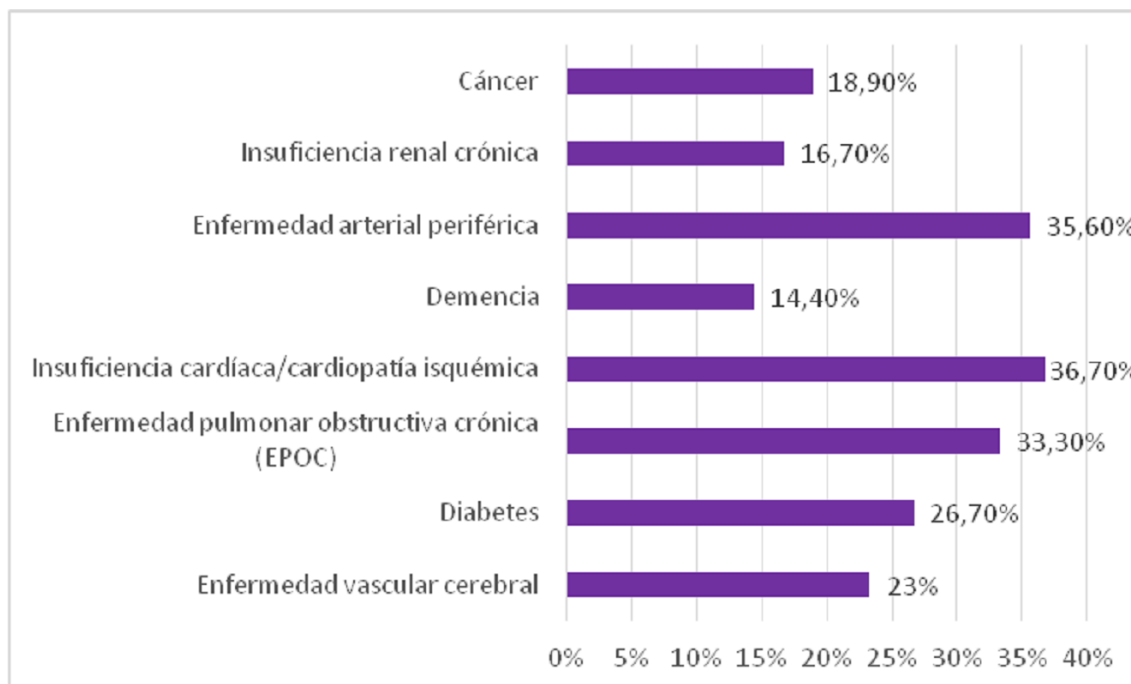
Figura 12*Porcentajes de consumo de fármacos*

En relación a la *polifarmacia*, el 86,7% de la muestra consume 5 ó más fármacos de forma simultánea, frente al 13,3% que consume menos de 5 fármacos. Obtenemos resultados similares a los de Gómez-Aguirre et ál. (2017) que indican que el 85% de las personas mayores se encuentran polimedicaos.

Respecto a la *comorbilidad y tipo de enfermedad* (OE 2.2), en la Figura 13 se muestran los *porcentajes de distribución* de las diferentes enfermedades. La enfermedad que predomina en la muestra es la *insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica* seguida de la *enfermedad arterial periférica, EPOC, diabetes y ACV*.

Figura 13

Porcentajes tipo de enfermedad diagnosticada



En relación a *cuántas enfermedades* padece cada uno de los residentes, el 6,07% no presenta ninguna de las enfermedades anteriores, el 28,9% una enfermedad, el 30% dos enfermedades, el 24,4% tres enfermedades, el 6,7% cuatro enfermedades y el 3,3% cinco enfermedades. Tres cuartas partes de la muestra (73,4%) padece dos o más enfermedades presentando *comorbilidad*. En cuanto al *índice de comorbilidad de Charlson* mostró que el 34% no presenta ninguna comorbilidad, el 24,44% baja comorbilidad y el 41% alta comorbilidad.

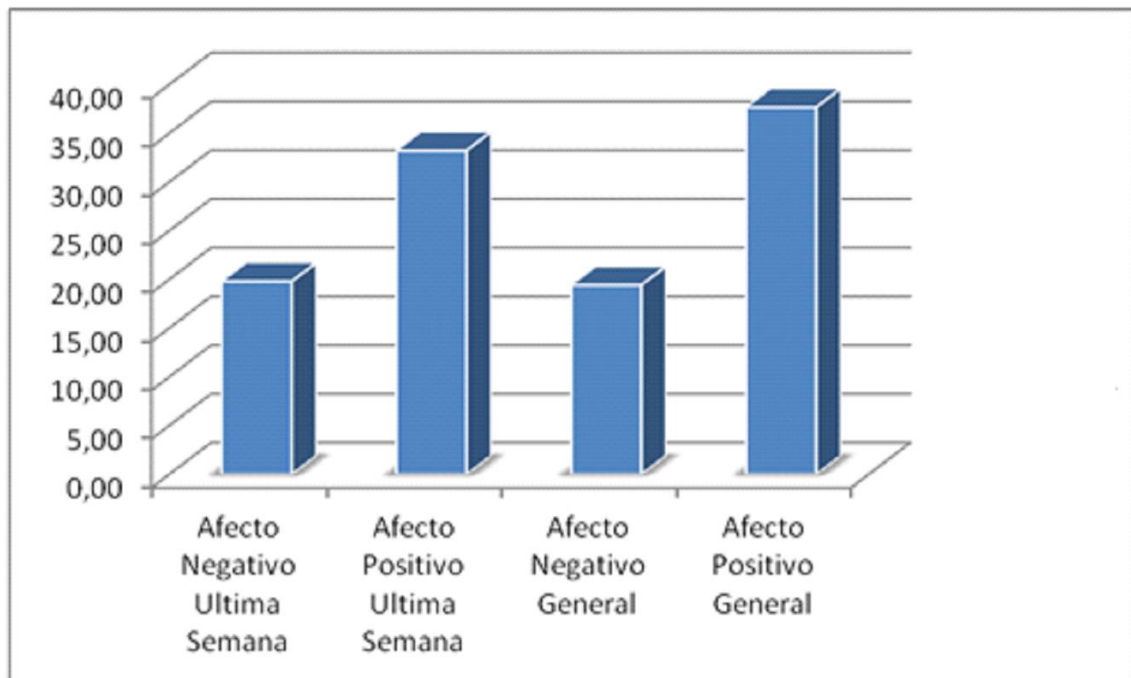
Con el fin de conocer la percepción de dolor físico en personas mayores institucionalizadas (OE 2.3), se estableció una escala EVA del 1 al 10 obteniendo una media de 3,40 (DT = 3,12), es decir, los participantes de nuestro estudio presentan una percepción del *dolor leve a moderada*.

Por lo que respecta a la afectividad (OE 2.4), en la siguiente Figura 14 se muestra las *medias del afecto positivo y negativo en la última semana y en general*. Referente al *afecto en general*, los participantes obtienen mayores puntuaciones en *afecto positivo* que

en *afecto negativo*, presentando motivación, altos niveles de energía, deseo y sentimiento de dominio, logro o éxito, llevando a sentimientos de satisfacción, entusiasmo, amistad, unión y confianza. Y en relación al *afecto en la última semana*, también predomina el *afecto positivo* frente al *afecto negativo*, sin embargo, es inferior al *afecto positivo en general*.

Figura 14

Medias de afecto positivo y negativo en la última semana y en general

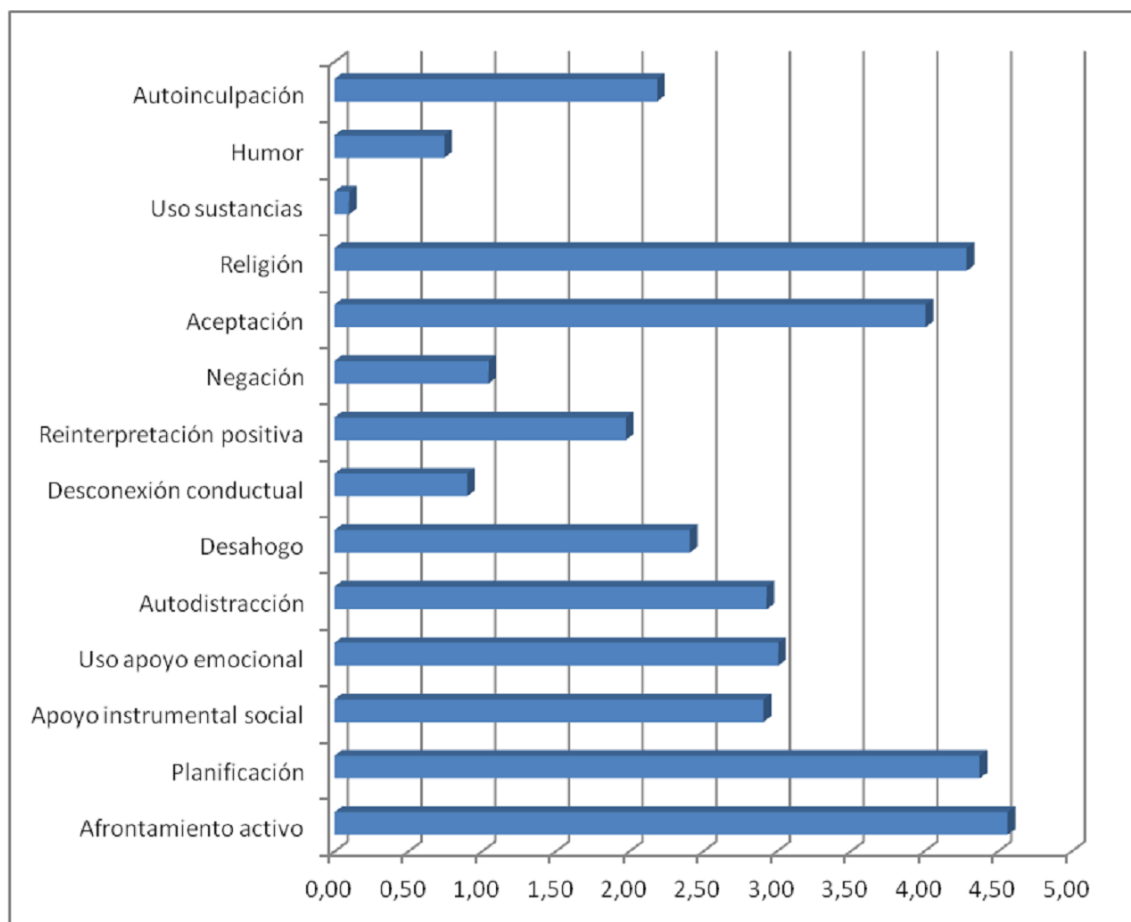


En cuanto a la *satisfacción con la vida* (OE 2.5), se obtuvo una media de 25,63 (DT = 6,20) en la muestra total, observándose por tanto una buena puntuación.

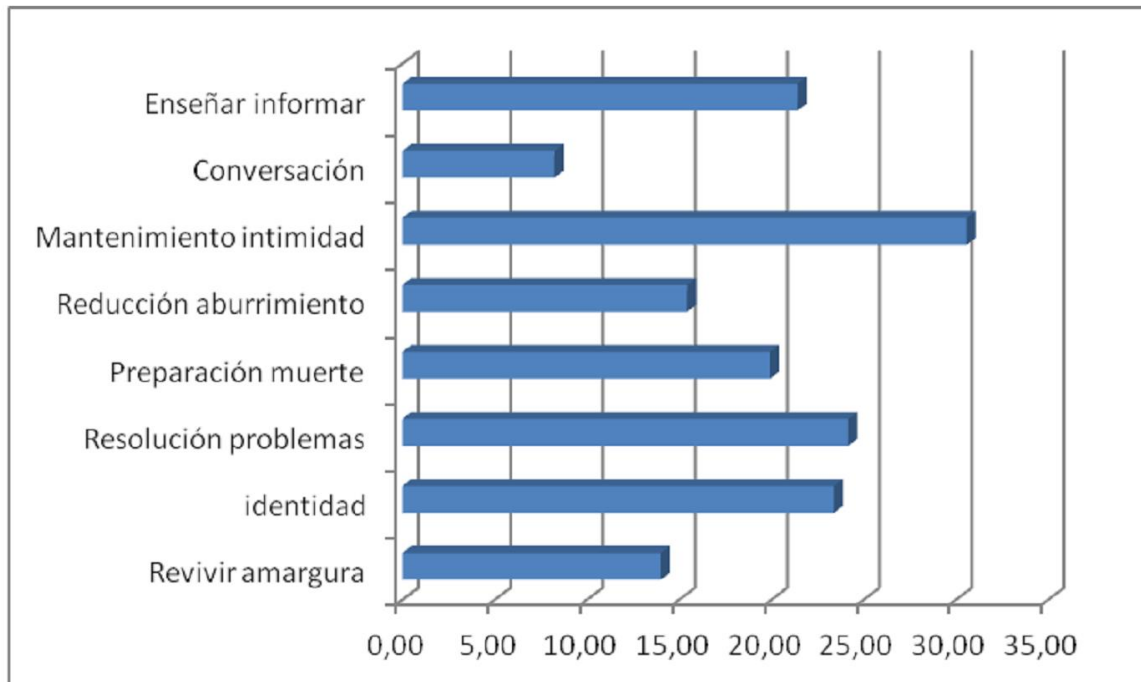
En relación a la *capacidad de afrontamiento* (OE 2.6), en la siguiente Figura 15, se muestran los porcentajes obtenidos en las diferentes subescalas que miden los estilos de afrontamiento. El *afrontamiento activo, planificación, religión y aceptación*, son los estilos que predominan en nuestra muestra, con lo que en situaciones estresantes, inician acciones directas, planifican estrategias y dirección de acción, incrementan los esfuerzos para eliminar o reducir los estresores, aumentan la participación en actividades religiosas y aceptan la realidad del hecho que está ocurriendo.

Figura 15

Medias de las subescalas de estilos de afrontamiento



En cuanto a la *cantidad de recuerdos y sus funciones* (OE 2.7), a través de la Escala de Funciones de la Reminiscencia, se valoraron las diferentes dimensiones que se presentan a continuación en la siguiente Figura 16. La muestra de nuestra investigación recuerda para mantener la *intimidad, identidad y resolver problemas*, es decir, recuerda para mantener viva la memoria de personas significativas de las que se encuentran separados principalmente por muerte; para buscar coherencia, valor, significado de vida y consolidar el sentido de sí mismo e identificar situaciones anteriores que le permite aplicar técnicas de afrontamiento a los desafíos actuales.

Figura 16*Medias de las subescalas de estilos de reminiscencia*

Con el fin de valorar la aceptación y evaluar los logros y fracasos vividos por la persona (OE 2.8), se empleó la escala de *integridad* de Ryff y Heincke obteniendo una media de 71,79 (DT = 14,36). Esta buena puntuación implica que los participantes de la investigación están adaptados a sus triunfos y decepciones, aceptan su vida personal como la que es, aceptan su vida pasada y han resuelto los conflictos del pasado.

En cuanto al *sentido de vida* (OE 2.9) la puntuación media obtenida en la escala fue de 95,11 (DT = 18,91). La muestra de nuestra investigación se encuentra en una situación de *indefinición* con respecto al sentido de vida, es decir, percibe que no siempre tiene motivos, razones para vivir, metas y objetivos. En muchas ocasiones consideran que no pueden decidir ni controlar el destino de sus propias vidas al estar condicionada por factores de salud, sociales y familiares, presentando en algunos casos miedo a morir.

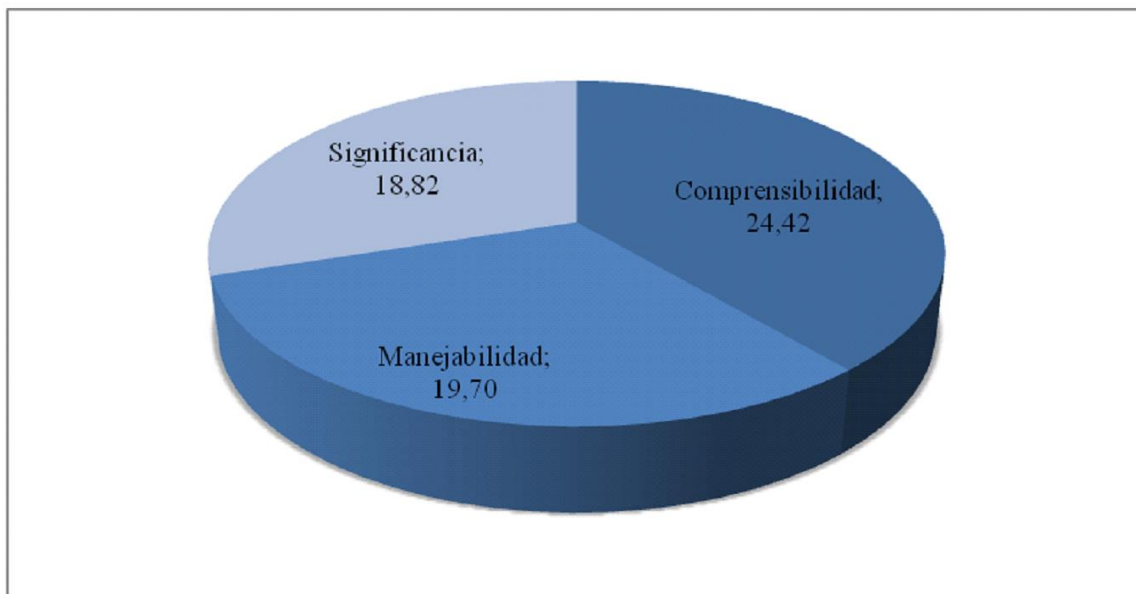
Por lo que respecta a la variable *soledad* (OE 2.10), se obtuvo una media total en la escala de 5,40 (DT = 3,43). Este resultado indica que la muestra siente la *experiencia de*

soledad y tiene la necesidad de tener más relaciones interpersonales e incluso alcanzar el nivel deseado de intimidad.

Para valorar la capacidad que tiene la persona para percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible, a través de la escala de *sentido de coherencia* se obtuvieron las siguientes *medias* que se presentan en la Figura 17 en relación a las 3 escalas (OE 2.11). La muestra tiene una buena puntuación en *sentido de coherencia*: comprende cómo está organizada su vida y cómo se sitúa frente al mundo, en ocasiones se muestra capaz para manejarla y, finalmente, tiene la capacidad para otorgar valor a aquello que sucede. Es importante comentar que de los tres componentes anteriores, es el componente cognitivo (comprensibilidad) el que obtiene puntuaciones más altas.

Figura 17

Medias de las subescalas de sentido de coherencia



Por lo que respecta al OG 3, a continuación, se procede a detallar las *relaciones existentes entre las diferentes variables de salud, psicofuncionales y psicológicas* tras el periodo de confinamiento.

El nivel de *deterioro cognitivo* (OE 3.1) correlacionó de forma positiva con el *estado funcional* ($r= ,286$; $p< ,006$), de modo que, a menor puntuación en el MMSE, es

decir, peor estado cognitivo, menor puntuación en la escala Barthel y por tanto, peor estado funcional, y de forma negativa con la *soledad* ($r = -.260$; $p < .013$), lo que muestra que, a menor puntuación en la escala o peor estado cognitivo mayor experiencia de soledad.

En cuanto al *estado funcional* (OE 3.2) medido a través de la escala Barthel, éste correlacionó de forma positiva con el *índice de caídas* de la escala Tinetti ($r = .618$; $p < .001$), es decir, a menor puntuación en Barthel, y por tanto más pérdida de autonomía, menor puntuación en Tinetti y por tanto, peor equilibrio y marcha; y con la escala de MNA de *nutrición* ($r = .230$; $p < .029$), lo que nos indica que, a menor puntuación en Barthel (peor estado funcional), menor puntuación en la escala de nutrición, lo que indica un mayor riesgo de desnutrición. Por otro lado, se observó que a mayor puntuación de Barthel y mejor estado funcional menor percepción de soledad ($r = -.321$; $p < .003$).

Por lo que respecta al *estado anímico* (OE 3.3) la *subescala de ansiedad* de Goldberg mostró una correlación positiva con el *afecto negativo* ($r = .527$; $p < .001$), la escala EVA de *dolor físico* ($r = .348$; $p < .001$), y con la *soledad* ($r = .260$; $p < .013$), es decir que a mayor ansiedad mayor emocionalidad displacentera y malestar, mayor percepción de intensidad del dolor físico y mayor experiencia y percepción de soledad. Así mismo, esta subescala correlacionó de forma significativa y negativa con el *afecto positivo* ($r = -.303$; $p < .004$) y con la *satisfacción* ($r = -.341$; $p < .001$), lo que indica que, a mayor ansiedad menor emocionalidad positiva y menor satisfacción con la vida.

Por otro lado, y por lo que respecta a la *subescala de depresión* de Goldberg, se obtuvo una correlación significativa y positiva con el *afecto negativo* ($r = .257$; $p < .001$), con la escala EVA de *dolor físico* ($r = .285$; $p < .007$), y con la *soledad* ($r = .315$; $p < .002$), lo que implica que a mayores niveles de depresión, mayor emocionalidad negativa, mayor percepción de dolor físico y experiencia de soledad.

En cuanto a la afectividad (OE 3.4), se observó que a mayor *emocionalidad negativa* mayor percepción de *dolor físico* ($r = ,387$; $p < ,001$) y de *soledad* ($r = ,363$; $p < ,001$), mayor función de revivir la *amargura* ($r = ,393$; $p < ,001$) y mayor uso de los recuerdos para llenar un vacío de estimulación o falta de interés ($r = ,286$; $p < ,006$) en la escala de funciones de reminiscencias. Por otro lado, se observó que, a mayor *emocionalidad negativa* menor *satisfacción vital* ($r = -,459$; $p < ,001$); menor *identidad* en la escala de funciones de reminiscencias ($r = -,212$; $p < ,045$); menor *integridad* ($r = -,484$; $p < ,001$); menor *sentido de coherencia*, obteniendo significatividad en sus diferentes componentes: comprensibilidad ($r = -,553$; $p < ,001$), manejabilidad ($r = -,615$; $p < ,001$), y significancia ($r = -,345$; $p < ,001$); y menor *propósito y sentido de la vida*, dado que correlacionó de forma significativa y negativa en sus tres dimensiones: percepción del sentido ($r = -,392$; $p < ,001$), experiencia de sentido ($r = -,276$; $p < ,008$), y metas y tareas ($r = -,329$; $p < ,002$).

Por su parte, la *emocionalidad positiva* correlacionó de forma significativa y positiva con la *satisfacción vital* ($r = ,534$; $p < ,001$); con la *identidad* ($r = ,372$; $p < ,001$), *resolución de problemas* ($r = ,281$; $p < ,007$), *preparación a la muerte* ($r = ,273$; $p < ,009$), *conversación* ($r = ,380$; $p < ,001$) y *enseñar e informar* ($r = ,373$; $p < ,001$) de la escala de reminiscencias; con la *integridad* ($r = ,484$; $p < ,001$); con mayor *sentido de coherencia*, siendo significativa su correlación en sus diferentes componentes: comprensibilidad ($r = ,558$; $p < ,001$), manejabilidad ($r = ,494$; $p < ,001$), y significancia ($r = ,507$; $p < ,001$); y mayor *propósito y sentido de la vida*, correlacionando de forma significativa en sus tres dimensiones: percepción del sentido ($r = ,657$; $p < ,001$), experiencia de sentido ($r = ,609$; $p < ,001$), y metas y tareas ($r = ,656$; $p < ,001$). De forma negativa, el *afecto positivo* correlacionó significativamente con la percepción de *soledad* ($r = -,449$; $p < ,001$); revivir la *amargura* ($r = -,401$; $p < ,001$) y *aburrimiento* ($r = -,302$; $p < ,004$) de la escala de reminiscencias y, marginalmente significativa con la percepción de *dolor* ($r = -,205$; $p < ,053$).

La *satisfacción vital* (OE 3.5) correlacionó negativamente con revivir la *amargura* ($r = -.419$; $p < .001$) de la escala de reminiscencias y con la *soledad* ($r = -.346$; $p < .001$), lo que significa que, a mayor satisfacción vital menor amargura al recordar el pasado y menor percepción de soledad. De forma positiva y significativa correlacionó con la *identidad* ($r = .334$; $p < .001$), *resolución de problemas* ($r = .241$; $p < .022$), *preparación para la muerte* ($r = .227$; $p < .032$), *conversación* ($r = .246$; $p < .019$) y *enseñar o informar* de la escala de reminiscencias; la *integridad* ($r = .780$; $p < .001$); con los tres componentes del *sentido de coherencia*: *comprensibilidad* ($r = .567$; $p < .001$), *manejabilidad* ($r = .571$; $p < .001$), y *significancia* ($r = .452$; $p < .001$); y con las tres dimensiones del *propósito y sentido de la vida*: *percepción del sentido* ($r = .647$; $p < .001$), *experiencia de sentido* ($r = .538$; $p < .001$), y *metas y tareas* ($r = .588$; $p < .001$).

En cuanto a la escala de *reminiscencias* (OE 3.6), en las siguiente Tabla 10 se muestran las correlaciones de las dimensiones de esta escala con las de la escala de *afrentamiento*. Podemos observar, por ejemplo que *revivir la amargura* correlacionó significativa y negativamente con *afrentamiento activo*, *planificación*, *reinterpretación positiva* y *aceptación*, siendo las personas que recuerdan para revivir la amargura, las que menos se enfrentan al problema de forma activa, reinterpretan con pensamientos más negativos y no aceptan la situación; la *identidad* correlacionó significativa y positivamente con *planificación*, *apoyo instrumental social*, *apoyo emocional*, *autodistracción*, *desahogo*, *reinterpretación positiva* y *aceptación*; la *resolución de problemas* correlacionó significativa y negativamente con *desconexión conductual* y *uso de sustancias*; la *preparación para la muerte* correlacionó significativa y positivamente con *afrentamiento activo*, *planificación*, *reinterpretación positiva* y *aceptación*; la *reducción del aburrimiento* correlacionó significativa y negativamente con *reinterpretación positiva* y *aceptación*; el *mantenimiento de la intimidad*, correlacionó significativa y positivamente con *apoyo*

instrumental, apoyo emocional, autodistracción, desahogo y religión; la conversación, correlacionó significativa y positivamente con apoyo instrumental, apoyo emocional, desahogo, religión y humor, y enseñar e informar, correlacionó significativa y negativamente con uso de sustancias.

Tabla 10

Correlaciones entre las dimensiones de reminiscencias y afrontamiento

		Afrontamiento		Apoyo instrumental			Uso apoyo emocional		Desconexión		Reinterpretación		Uso			
		activo	Planificación	social	emocional	Autodistracción	Desahogo	conductual	positiva	Negación	Aceptación	Religión	sustancias	Humor	Autoinculpación	
Revivir amargura	Correlación de Pearson	-,313**	-,252*	0,077	0,131	0,04	0,112	0,17	-,251*	,284**	-,390**	-0,15	,347**	-0,179	,343**	
Identidad	Correlación de Pearson	0,206	,247*	,283**	,298**	,208*	,235*	-0,167	,361**	-0,136	,301**	0,172	-,219*	0,173	-0,115	
Resolución de problemas	Correlación de Pearson	,283**	,362**	0,121	0,192	0,006	0,084	-,252*	,395**	-0,144	,297**	0,071	-,280**	0,189	-0,099	
Preparación a la muerte	Correlación de Pearson	,244*	,340**	0,144	0,193	0,102	0,114	-,301**	,334**	-0,1	,240*	0,172	-0,183	0,111	-2,6	
Reducción de aburrimiento	Correlación de Pearson	-0,015	-0,065	-0,071	-0,129	0,139	0,041	0,133	-,268*	0,243*	-,361**	-0,002	-0,097	-0,155	0,054	
Mantenimiento de intimidad	Correlación de Pearson	0,082	0,129	,244*	,264*	,209*	,257*	-0,033	0,037	-0,031	0,087	,304**	-0,156	-0,091	-0,021	
Conversación	Correlación de Pearson	0,132	0,115	,446**	,484**	0,173	,439**	0,014	0,184	-0,17	0,12	,301**	-0,202	,211*	-0,096	
Enseñar e informar	Correlación de Pearson	0,183	0,118	,442**	,461**	0,162	,430**	-0,023	,280**	-0,105	0,185	,266*	-,245*	0,172	-0,106	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

En la Tabla 11, observamos las correlaciones entre las dimensiones de reminiscencia e *integridad* y *soledad*. Respecto a las dimensiones de la escala de reminiscencias y la *integridad*, *revivir la amargura* correlacionó significativa y negativamente con *integridad*, siendo las personas que rumian recuerdos amargos y desadaptativos, las que experimentan menos integridad; la *identidad*, *resolución de problemas*, *preparación para la muerte*, *conversación*, *enseñar e informar*, correlacionaron significativa y positivamente con *integridad*. Referente a las dimensiones de la escala de reminiscencias y la *soledad*; la *identidad*, *resolución de problemas*, *preparación a la muerte*, *conversación*, *enseñar e informar*, correlacionaron de forma significativa y negativamente con la *soledad*.

Tabla 11*Correlaciones entre las dimensiones de reminiscencias e integridad y soledad*

		INTEGRIDAD	SOLEDAZ
Revivir la amargura	Correlación de Pearson	-,469**	0,180
Identidad	Correlación de Pearson	,328**	-,267*
Resolución de problemas	Correlación de Pearson	,232*	-,217*
Preparación a la muerte	Correlación de Pearson	,260*	-,349**
Reducción aburrimiento	Correlación de Pearson	-0,132	,442**
Mantenimiento intimidad	Correlación de Pearson	0,045	-0,025
Conversación	Correlación de Pearson	,215*	-,255*
Enseñar e informar	Correlación de Pearson	,221*	-,262*

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

En la Tabla 12 presentamos las correlaciones entre las dimensiones de reminiscencia y las dimensiones del *propósito y sentido de la vida*; por ejemplo, *revivir la amargura*, correlacionó de forma significativa y negativamente con *comprensibilidad, manejabilidad y significancia*; la *identidad, resolución de problemas, preparación a la muerte, conversación y enseñar/informar* correlacionaron significativa y positivamente con *significancia*.

Tabla 12

Correlaciones entre las dimensiones de reminiscencias y las dimensiones de propósito y sentido de vida

		Comprensibilidad	Manejabilidad	Significancia
Revivir la amargura	Correlación de Pearson	-,465**	-,473**	-,290**
Identidad	Correlación de Pearson	0,171	0,194	,387**
Resolución de problemas	Correlación de Pearson	0,177	0,184	,295**
Preparación a la muerte	Correlación de Pearson	0,152	0,151	,314**
Reducción aburrimiento	Correlación de Pearson	-,342**	-,270**	-,394**
Mantenimiento intimidad	Correlación de Pearson	0,031	-0,061	0,063
Conversación	Correlación de Pearson	0,121	0,084	,244*
Enseñar e informar	Correlación de Pearson	0,141	0,094	,306**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

Por último, en la Tabla 13 observamos las relaciones entre las dimensiones de *reminiscencias* y las dimensiones de *sentido de coherencia*; por ejemplo, la *preparación para la muerte*, correlacionó de forma significativa y positivamente con la *percepción de sentido, experiencia de sentido, metas y tareas y libertad*; *revivir la amargura* correlacionó de forma significativa y negativamente con todas las dimensiones de *sentido de coherencia*, es decir, con la *percepción de sentido, la experiencia de sentido, metas y tareas y libertad*.

Tabla 13

Correlaciones entre las dimensiones de reminiscencias y las dimensiones de sentido de coherencia

		Percepción de sentido	Experiencia de sentido	Metas y tareas	Libertad
Revivir la amargura	Correlación de Pearson	-,449**	-,342**	-,380**	-,331**
Identidad	Correlación de Pearson	,351**	,316**	,320**	0,162
Resolución de problemas	Correlación de Pearson	,277**	,317**	,282**	,222*
Preparación a la muerte	Correlación de Pearson	,251*	,310**	,283**	,239*
Reducción aburrimiento	Correlación de Pearson	-,339**	-,370**	-,347**	-,216*
Mantenimiento intimidad	Correlación de Pearson	0,022	0,031	0,012	0,082
Conversación	Correlación de Pearson	,277**	,249*	,236*	0,016
Enseñar e informar	Correlación de Pearson	,278**	,277**	,274**	0,067

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

La *integridad* (OE 3.7) correlacionó significativa y negativamente con la *soledad* ($r = -,331$; $p < ,001$), es decir a mayor integridad, menor percepción y experiencia de soledad. De forma positiva correlacionó con mayor *sensido de coherencia*, siendo significativa su correlación en sus diferentes componentes: comprensibilidad ($r = ,524$; $p < ,001$), manejabilidad ($r = ,691$; $p < ,001$), y significancia ($r = ,398$; $p < ,001$); y mayor *propósito* y *sensido de la vida*, correlacionando de forma significativa en sus tres dimensiones: percepción del sentido ($r = ,540$; $p < ,001$), experiencia de sentido ($r = ,365$; $p < ,001$), y metas y tareas ($r = ,476$; $p < ,001$).

La *soledad* (OE 3.8) correlacionó significativa y negativamente tanto en las dimensiones de *sensido de coherencia*: comprensibilidad ($r = -,425$; $p < ,001$), manejabilidad ($r = -,458$; $p < ,001$), y significancia ($r = -,509$; $p < ,001$); como en las de *propósito* y *sensido de la vida*: percepción del sentido ($r = -,475$; $p < ,001$), experiencia de sentido ($r = -,490$; $p < ,001$), y metas y tareas ($r = -,517$; $p < ,001$).

Por último y por lo que respecta al *sentido de coherencia y propósito y sentido de la vida* (OE 3.9), tal y como se muestra en la siguiente Tabla 14, las dimensiones de ambas escalas correlacionaron entre ellas de forma significativa.

Tabla 14

Correlaciones entre las dimensiones de sentido de coherencia y propósito y sentido de vida

		Comprensibilidad	Manejabilidad	Significancia	Percepción del sentido	Experiencia de sentido	Metas y tareas
Comprensibilidad	Correlación de Pearson	1	,729**	,425**	,574**	,528**	535**
Manejabilidad	Correlación de Pearson	,729**	1	,424**	,563**	,434**	501**
Significancia	Correlación de Pearson	,425**	,424**	1	,743**	,782**	717**
Percepción del sentido	Correlación de Pearson	,574**	,563**	,743**	1	,907**	913**
Experiencia de sentido	Correlación de Pearson	,528**	,434**	,782**	,907**	1	915**
Metas y tareas	Correlación de Pearson	,535**	,501**	,717**	,913**	,915**	1

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

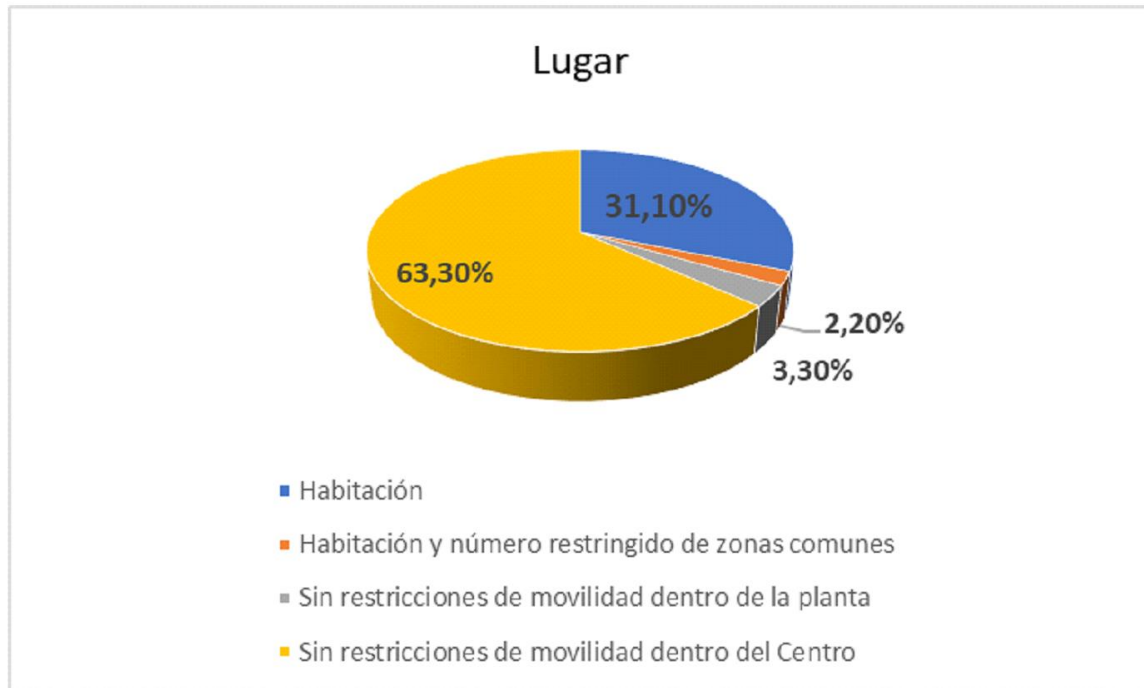
En cuanto al último objetivo del Estudio 1 (OG 4) que pretendía conocer y describir las condiciones de vida en una muestra de personas mayores que viven en residencias durante un periodo de confinamiento, a continuación, se muestran siguiendo los objetivos específicos planteados en el estudio, los *análisis descriptivos* de las variables para conocer *cómo han vivido el periodo de confinamiento*.

En cuanto a la *duración y lugar* (OE 4.1) donde se ha llevado a cabo el confinamiento, casi todas las personas permanecieron confinadas en el Centro entre 60 y 90 días (96,7%). De estas, no sufrieron restricciones de movilidad dentro de la residencia más de la mitad de los residentes (63,3%) pudiendo acceder a todas las zonas comunes (salones, salas de actividades, gimnasio, terrazas, jardines, cafetería, entre otras); por el contrario, el 31,1% permanecieron aislados en la habitación. Es importante comentar que en este periodo (primer estado de alarma), las residencias estudiadas no disponían de ningún protocolo de actuación, tomando cada una de ellas decisiones diferentes ante una misma

situación. En la siguiente Figura 18 se presentan los *porcentajes de distribución* en función del lugar de confinamiento.

Figura 18

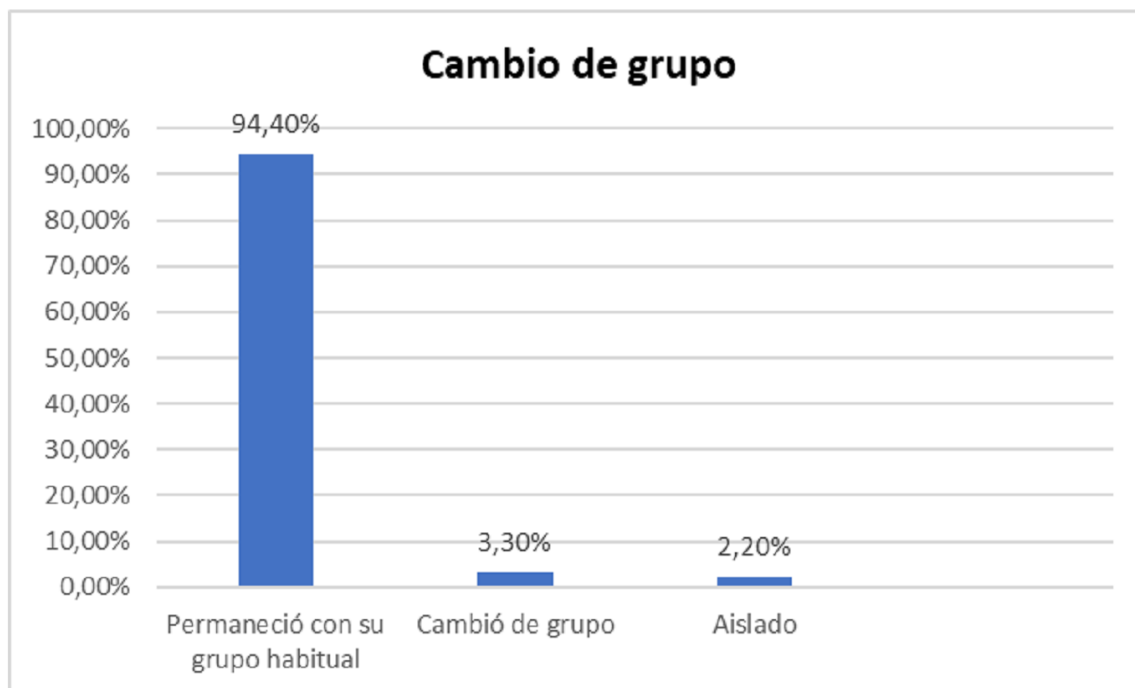
Porcentaje en función del lugar de confinamiento



Por lo que respecta a las *condiciones sociales* (OE 4.2), en las que se ha llevado a cabo el confinamiento, si el residente ha permanecido en su *grupo original* o *ha habido cambios*, si ha habido *contactos* o *visitas* durante este periodo, con qué *frecuencia* han sido y a través de qué *medios*, más de la mitad de la muestra (62,2%) permaneció acompañado por otro residente la mayor parte del tiempo, dado que las habitaciones son mayoritariamente dobles, el 27,8% estuvo casi siempre solo y el 10% acompañado puntualmente. En relación al *cambio de grupo*, tal y como se puede observar en la siguiente Figura 19 donde se muestra los porcentajes de distribución, la mayor parte de la muestra permaneció con su grupo habitual (94,4%), por el contrario, solo el 2,2% permaneció completamente aislado/a en la habitación.

Figura 19

Porcentaje en función de cambio de grupo

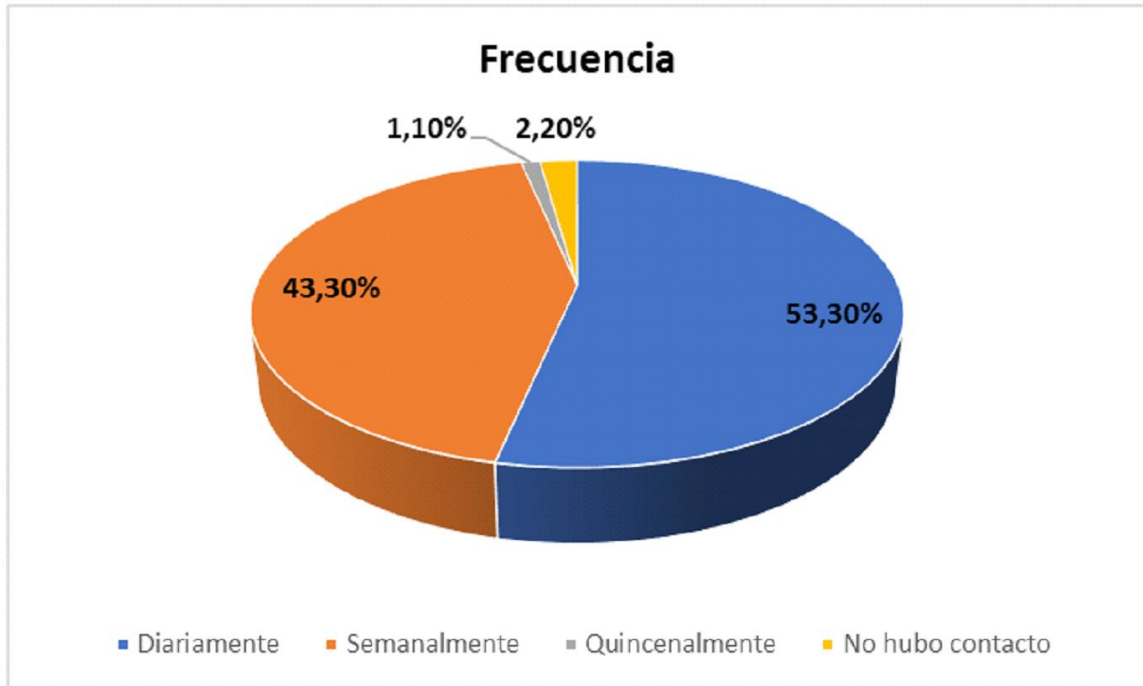


Referente a si durante este periodo se recibió *visitas* o se mantuvo *contacto* con allegados por teléfono u otros medios telemáticos, el 33,3% tuvo contacto con más frecuencia de la habitual, manteniendo el 64,4% la frecuencia de contacto previo al confinamiento, no manteniendo ningún contacto el 2,2%.

En la Figura 20 se muestra la *frecuencia* de los contactos o visitas, manteniendo un contacto diario el 53,30% de los residentes con sus familiares o allegados.

Figura 20

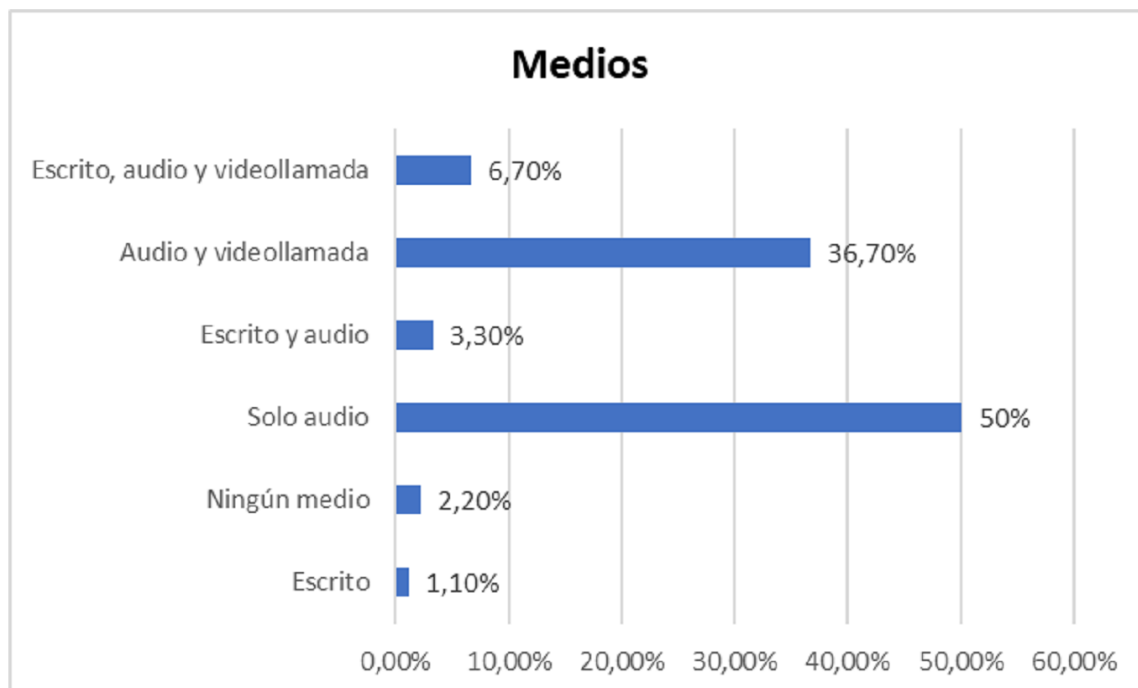
Porcentaje en función de la frecuencia



En relación a los *medios*, el 50% de los residentes se comunicó exclusivamente por audio y el 36,7% combinó audio con videollamadas gestionadas por el personal del Centro. En la Figura 21, se muestran los *porcentajes de distribución* de los diferentes medios evaluados.

Figura 21

Porcentaje en función del medio

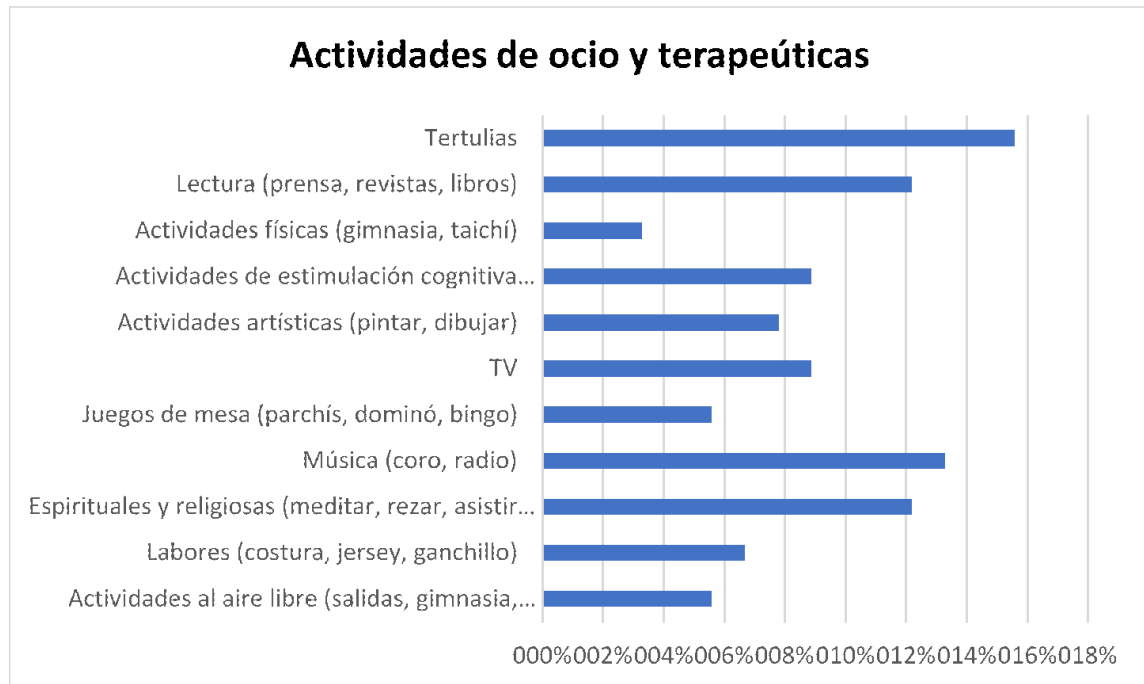


En cuanto a la *influencia de los medios de comunicación* (OE 4.3), casi la totalidad de los residentes (98,9%) estuvo expuesto a información sobre la COVID-19 no recibiendo información al respecto el 1,1%.

Por lo que respecta al análisis de las *actividades de ocio y terapéuticas* realizadas durante este periodo (OE 4.4), en la siguiente Figura 22 se muestra *los porcentajes de distribución*, siendo las *tertulias* las actividades más realizadas (15,6%) y las *actividades físicas* (gimnasia, taichí) las menos (3,30%).

Figura 22

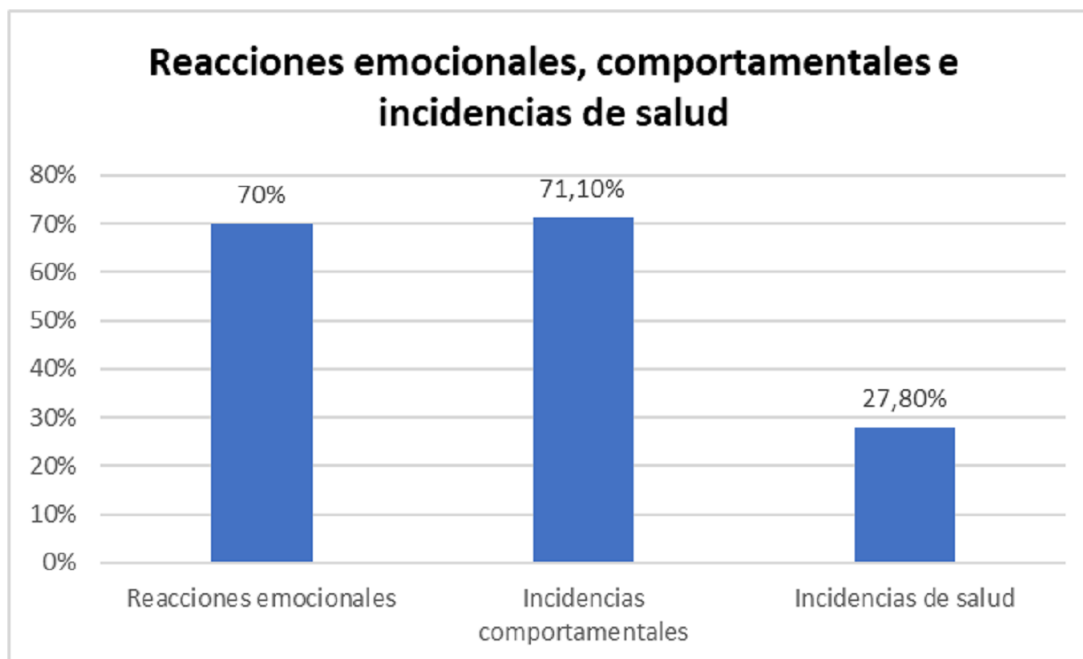
Porcentaje en función de las actividades de ocio y terapéuticas



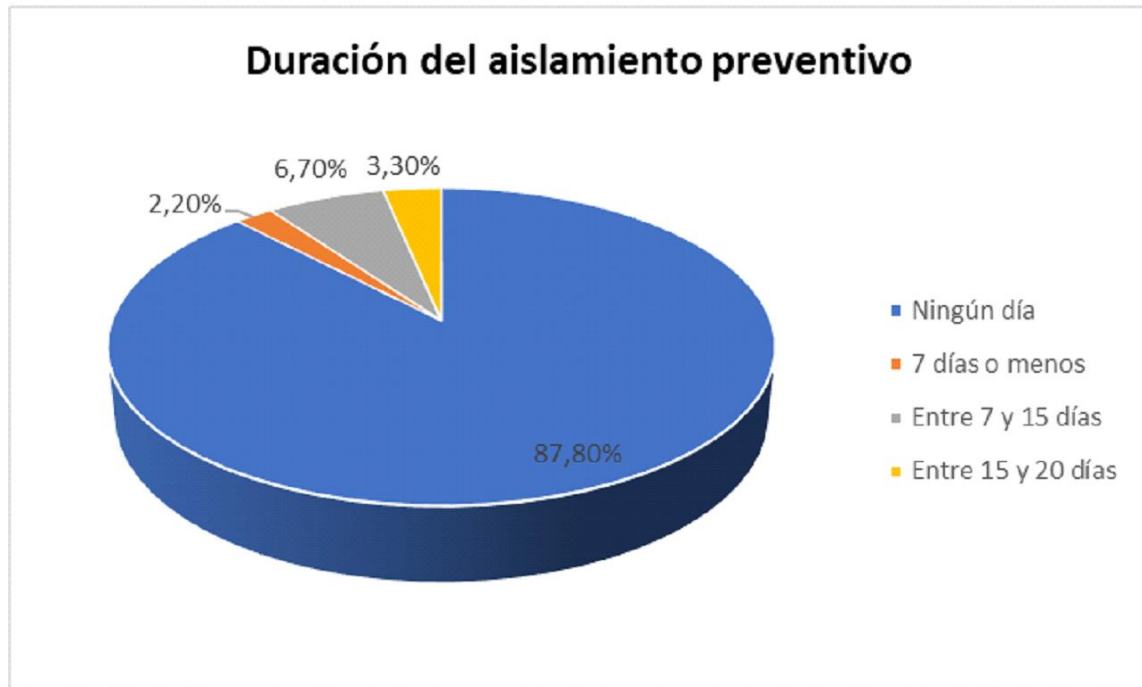
En relación a las *reacciones emocionales, comportamentales e incidencias de salud* durante este periodo (OE 4.5), el 70% de los residentes manifestaron *reacciones emocionales* relacionadas con la COVID-19: *miedo a la muerte, ansiedad ante las pérdidas y angustia por separación*, el 71,1% *trastornos comportamentales o estados de labilidad emocional: ansiedad (48,9%), depresión (28,9%), apatía (46,7%), irritabilidad/labilidad (38,9%), delirios (1,1%), agitación/agresividad (12,2%), trastornos del sueño (32,2%), trastornos de conducta (8,9%), desinhibición (1,1%), conducta motora aberrante (3,3%)* y el 27,8% presentó *incidencias de salud: infección respiratoria (11,1%) y dispepsia (20%)*. Esta información se obtuvo preguntando directamente al residente y cumplimentando por parte de la investigadora el cuestionario “*Condiciones de vida durante el confinamiento*” (Anexo II) y la información registrada por los profesionales del Centro en la aplicación de gestión médica. En la Figura 23 se muestra los *porcentajes de distribución de las reacciones emocionales, comportamentales e incidencias de salud* a nivel global.

Figura 23

Porcentaje en función de las reacciones emocionales, comportamentales e incidencias de salud



Dando respuesta al OE 4.6, el 12,2% de los residentes permanecieron en *aislamiento preventivo* por ser *persona de riesgo* (2,2%), *contacto estrecho* (1,1%) o presentar *sintomatología compatible* con la COVID-19 (8,9%). Es importante comentar que en este primer estado de alarma y confinamiento, ninguno de los Centros BalleSol estudiados registró casos de la COVID-19. En la Figura 24 se muestra los *porcentajes de distribución* referente a la *duración* del *aislamiento preventivo*, no sometándose a esta situación la mayoría de los residentes (87,80%), por el contrario, el 6,70% permanecieron aislados en su habitación entre 7-15 días.

Figura 24*Duración del aislamiento preventivo*

2. Resultados Estudio 2

El Estudio 2 tiene por objetivo (OG 5) analizar la *efectividad* de una intervención psicosocial a partir de un programa de *reminiscencia integrativa en un grupo de mujeres mayores* que viven en residencias para mejorar *variables adaptativas y emocionales* relacionadas con el envejecimiento óptimo tras un periodo de confinamiento, así como analizar el mantenimiento de los efectos de la intervención a través de una medida de *seguimiento* a los tres meses de la intervención.

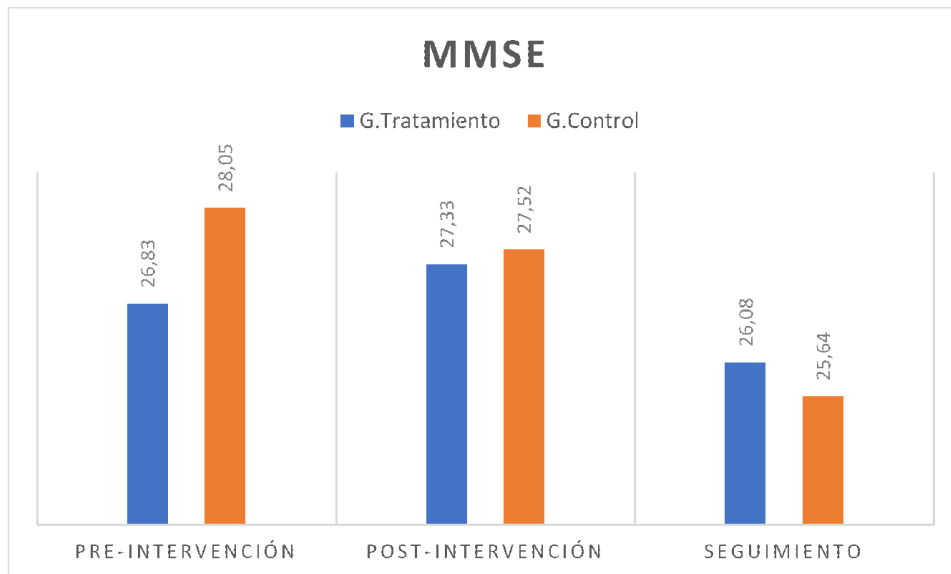
En primer lugar, y por lo que respecta al objetivo Específico 1 (OE 5.1), se estudió el análisis del efecto de la intervención en reminiscencias en las diferentes *variables psicofuncionales*: (1) Mini-Mental State Examination (MMSE) y (2) Escala de Depresión y Ansiedad (Goldberg). A continuación, se muestran los resultados para cada una de ellas.

Por tanto, en primer lugar, se analizó el efecto de la *intervención de reminiscencias* en mujeres mayores sobre el aspecto cognitivo (MMSE), encontrando un efecto marginalmente significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo ($F_{2, 54} =$

3,89; $p = ,052$; $\eta^2 = ,126$). Al analizar *los efectos simples y comparar los grupos en los diferentes momentos temporales*, tal y como se observa en la Figura 25, *no se observaron diferencias significativas* entre los mismos a través de los 3 momentos temporales.

Figura 25

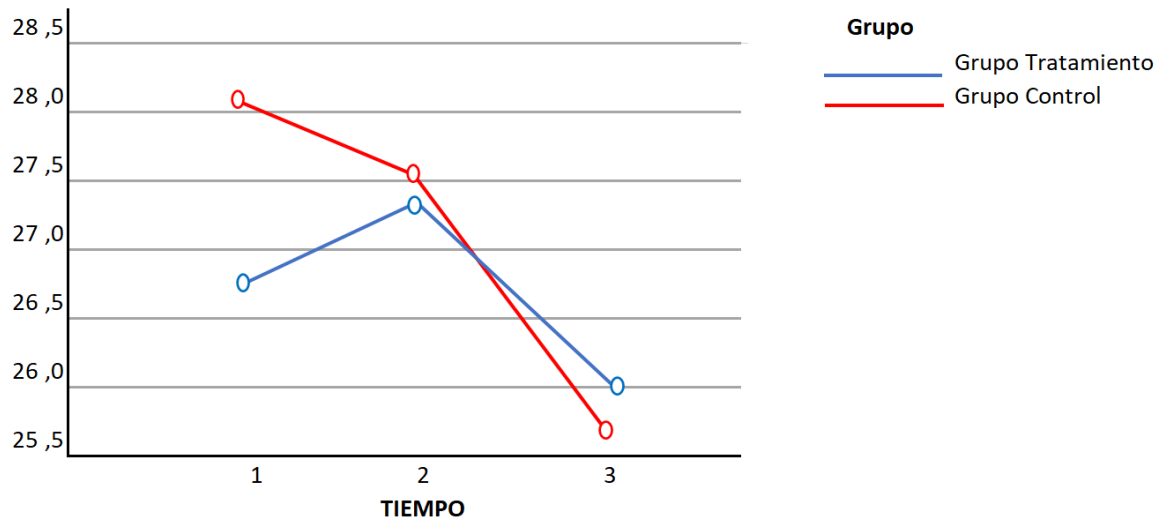
Media de MMSE en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control



Sin embargo, y al *analizar la evolución de cada grupo de forma independiente* a lo largo del tiempo, se obtuvieron *diferencias significativas* tanto en el *grupo tratamiento* a lo largo de los tres tiempos ($F_{2, 26} = 8,48$; $p = ,001$; $\eta^2 = ,395$), como en el *grupo control* ($F_{2, 26} = 11,48$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,469$). A continuación, y en la siguiente Figura 26 se observa la *evolución de cada grupo a lo largo de los tres momentos temporales*, donde se observa que, mientras que el *grupo intervención* obtiene un *ligero aumento en el post* y de nuevo *desciende ligeramente en el seguimiento*, el *grupo control* obtiene un *descenso en cada uno de los momentos temporales*.

Figura 26

Evolución de MMSE en grupos experimental y control en tres momentos temporales



En segundo lugar, y con el fin de analizar el efecto de la *intervención de reminiscencias* sobre la Depresión y Ansiedad en la escala de Goldberg, el *análisis de medidas repetidas* mostró un *efecto significativo* de la intervención para la interacción *tiempo-grupo en ansiedad* ($F_{2, 54} = 22,22$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,452$) y *depresión* ($F_{2, 54} = 12,61$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,318$). Al analizar los *efectos simples* se observa una *diferencia significativa* entre los *grupos en la medida pre* pero *no en la medida post* y en el *seguimiento en ansiedad*, mientras que en la *depresión no se observa una diferencia significativa* en la *medida pre y post* pero *sí en la de seguimiento* (ver Figura 27 y 28 respectivamente).

Figura 27

Media de ansiedad en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control

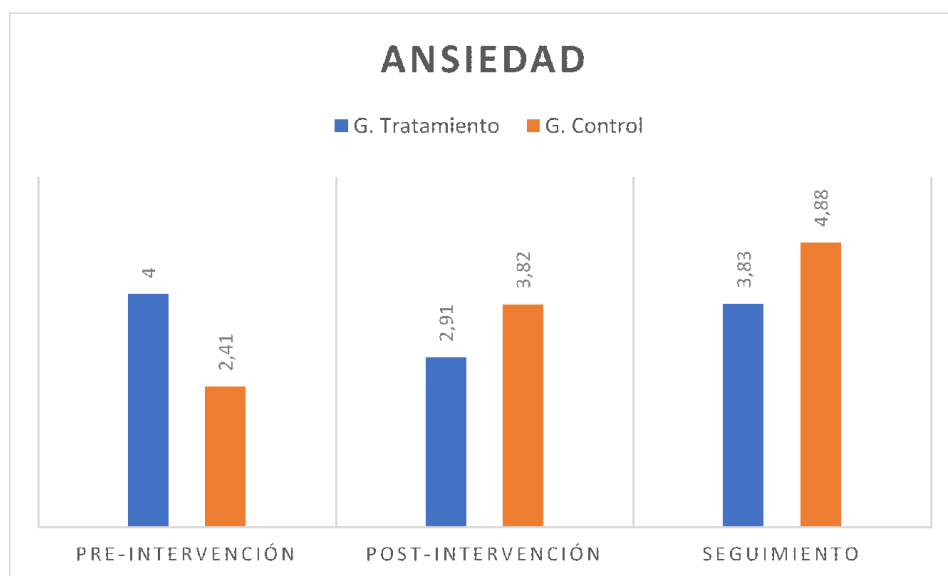
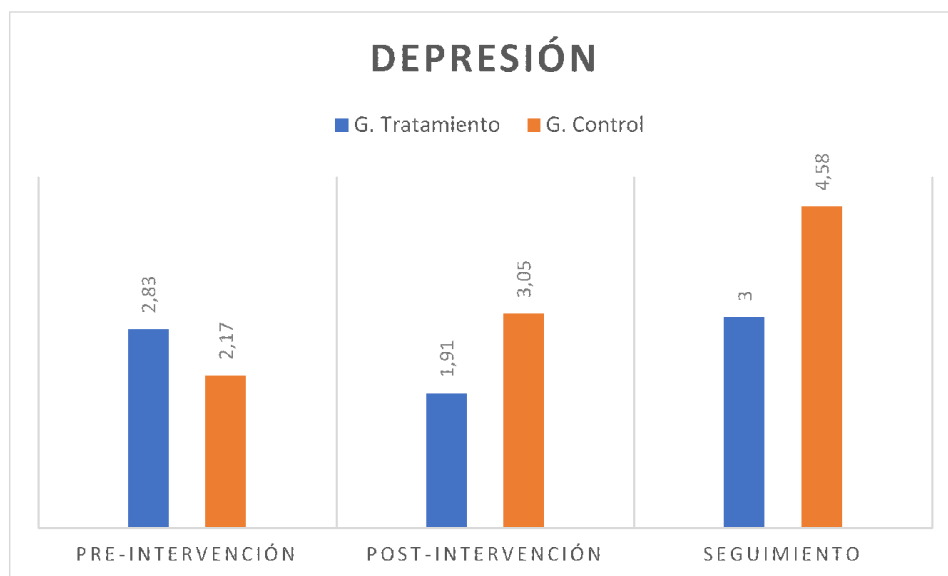


Figura 28

Media de depresión en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control



Al analizar cada grupo a lo largo del tiempo, se obtuvieron diferencias significativas en el grupo tratamiento ($F_{2, 26} = 16,86$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,565$) y control ($F_{2, 26} = 35,22$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,730$) a lo largo de los tres tiempos en ansiedad. Concretamente, y por lo que respecta al grupo tratamiento es un descenso significativo de las puntuaciones de la media

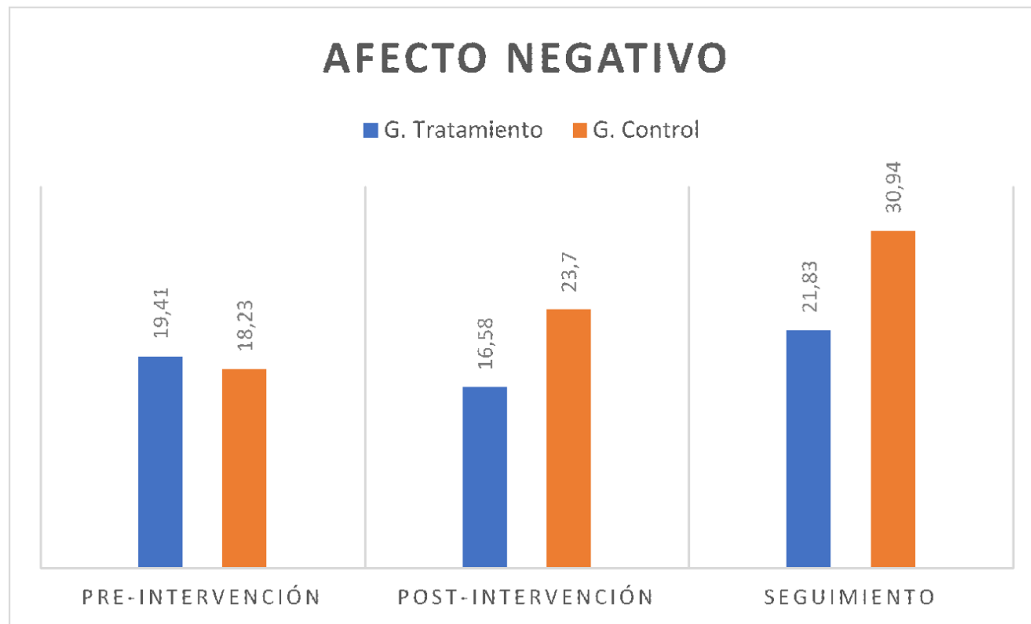
pre al post ($p = ,025$) y un aumento significativo de la media post a la de seguimiento ($p = ,000$). En cuanto al *grupo control* se observa un aumento significativo de la media pre al post ($p = ,000$) y de la medida post a la de seguimiento ($p = ,000$). Por otro lado, en la variable *depresión* se obtuvieron *diferencias significativas* en el grupo *tratamiento* ($F_{2, 26} = 17,67$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,576$) y *control* ($F_{2, 26} = 41,25$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,760$) a lo largo de los tres tiempos en depresión. En el *grupo tratamiento* se observa un ligero descenso marginalmente significativo ($p = .076$) entre la medida pre y post pero luego hay un incremento significativo en la medida de seguimiento ($p = ,000$). En el *grupo control* se observa un aumento significativo de la media pre al post ($p = ,035$) y de la medida post a la de seguimiento ($p = ,000$).

Por otro lado, y por lo que respecta al objetivo específico 2 (OE 5.2), se estudió en análisis del *efecto de la intervención en reminiscencias en las diferentes variables psicológicas*: afectividad, satisfacción con la vida, afrontamiento, en los usos del recuerdo/reminiscencias, la integridad, sentido de vida, percepción de soledad y sentido de coherencia tras la intervención. A continuación, se analiza el efecto de la intervención en cada una de ellas.

En primer lugar, y en cuanto a la *afectividad*, se analizó el efecto con la medida *afecto positivo y negativo en general* (y no con la última semana, por ser más genérico y representativo de su estado afectivo). Por lo que respecta al *afecto negativo*, se observó un *efecto significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo* ($F_{2, 54} = 12,93$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,324$). Al analizar los *efectos simples* se observa que *entre los grupos no existían diferencias significativas* en las puntuaciones de la *medida pre* pero *sí* en la del *post* y en el *seguimiento* (ver Figura 29).

Figura 29

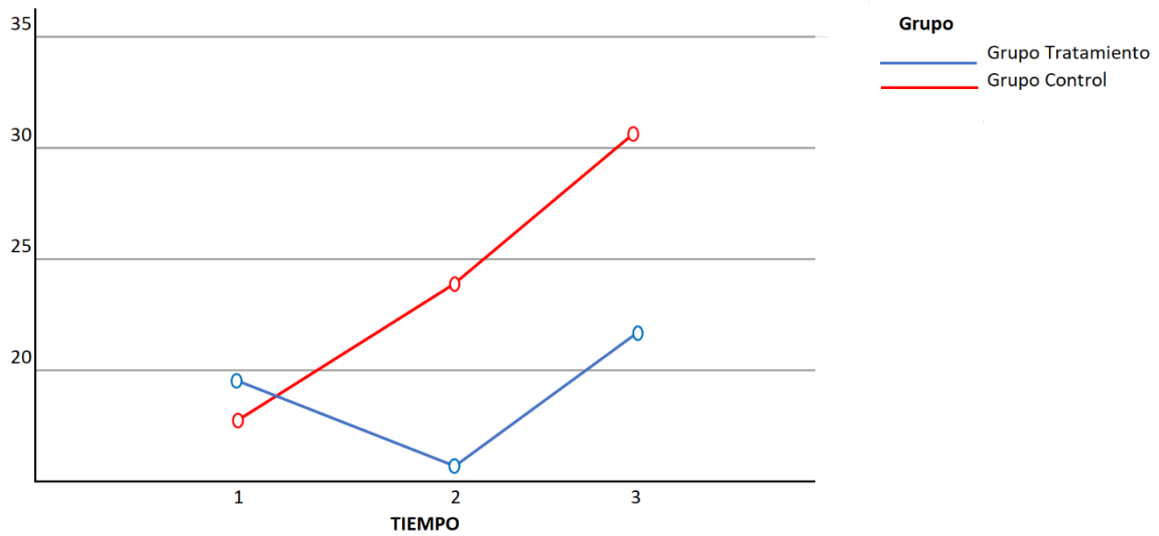
Media de afecto negativo en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupo experimental y grupo control



Además, y al analizar la *evolución de cada grupo de forma independiente a lo largo del tiempo* (Figura 30), se obtuvieron *diferencias significativas* tanto en el *grupo tratamiento* ($F_{2, 26} = 8,00$ $p = ,002$; $\eta^2 = ,381$), como en el *grupo control* ($F_{2, 26} = 41,81$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,763$) a lo largo de los *tres tiempos*, hallándose un *aumento de la puntuación de forma significativa* entre la *medida post y seguimiento* en el *grupo tratamiento* ($p = ,001$) y en el *control* se observó un *aumento significativo de la medida pre al post* ($p = ,004$) y entre la *medida post y el seguimiento* ($p = ,000$).

Figura 30

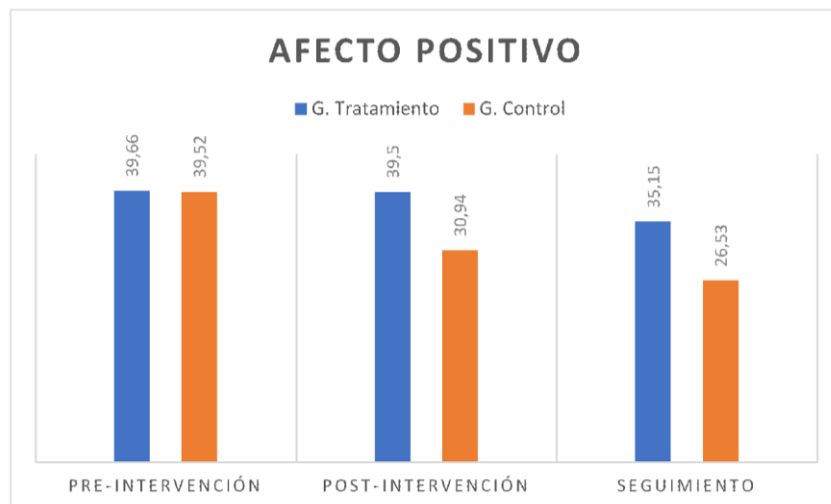
Evolución de afectividad en grupos experimental y control en tres momentos temporales



Por lo que respecta al *afecto positivo*, se observó un *efecto significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo* ($F_{2, 54} = 15,80$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,369$). Al analizar los *efectos simples* se observa que entre los grupos *no existían diferencias en las puntuaciones del tiempo pre pero si en el post y en el seguimiento* (ver Figura 31).

Figura 31

Media de afecto positivo en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control

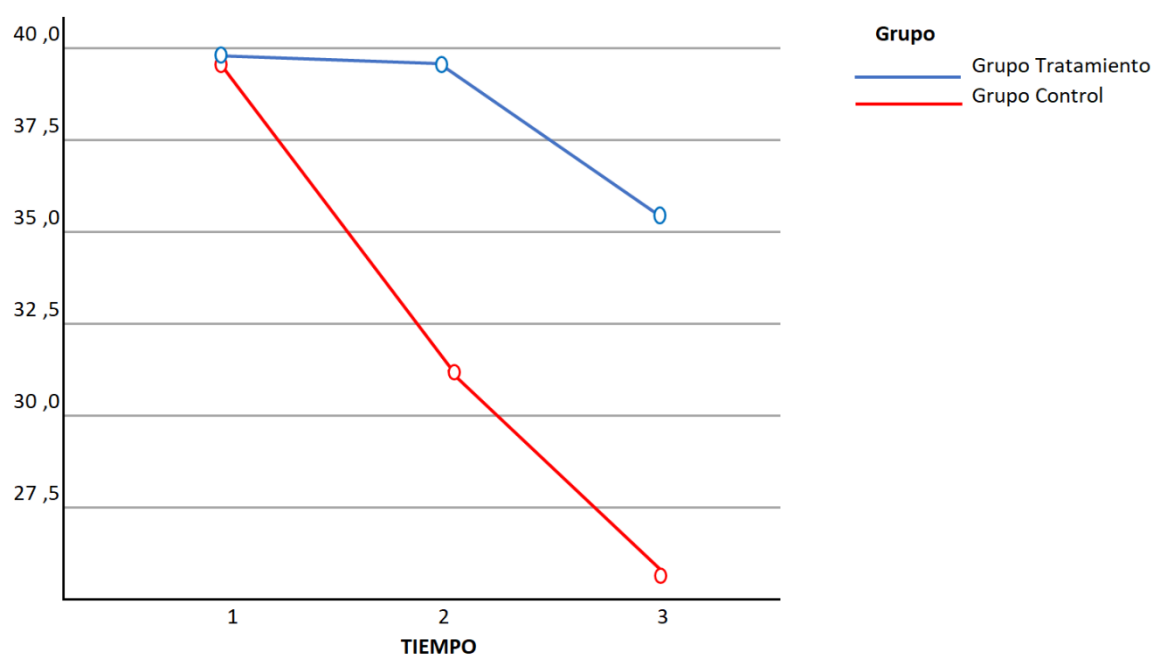


Además, y al analizar la evolución de cada grupo de forma *independiente a lo largo del tiempo*, se obtuvieron *diferencias significativas* tanto en el grupo *tratamiento* ($F_{2, 26} =$

15,45 $p = ,000$; $\eta^2 = ,543$), como en el grupo *control* ($F_{2, 26} = 43,35$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,769$) a lo largo de los *tres tiempos*, hallándose un *mantenimiento* de la puntuación en el grupo *tratamiento* entre la *media pre* y *post* y un *descenso significativo* entre la *media post* y el *seguimiento* ($p = ,000$), mientras que en el grupo *control* se observó un *descenso significativo* de la *medida pre* al *post* ($p = ,000$) y *entre* la *medida post* y el *seguimiento* ($p = ,000$) (ver Figura 32).

Figura 32

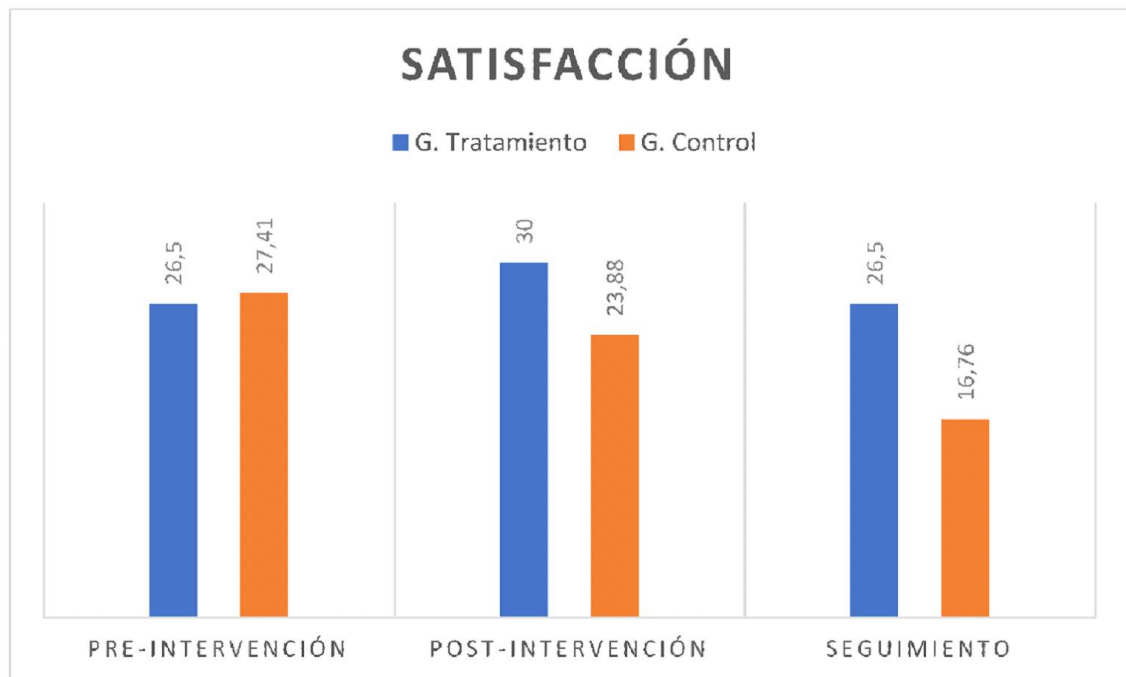
Evolución de afecto positivo en grupos experimental y control en tres momentos temporales



En segundo lugar, la *intervención de reminiscencias en mujeres* mostró un *efecto significativo* para la *interacción tiempo-grupo* en la variable de satisfacción con la vida ($F_{2, 54} = 31,93$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,542$). Al analizar los *efectos simples* se observa que *entre* los *grupos* no existían *diferencias significativas* en las puntuaciones de la *medida pre* pero *sí* en la del *post* y en el *seguimiento* (ver Figura 33).

Figura 33

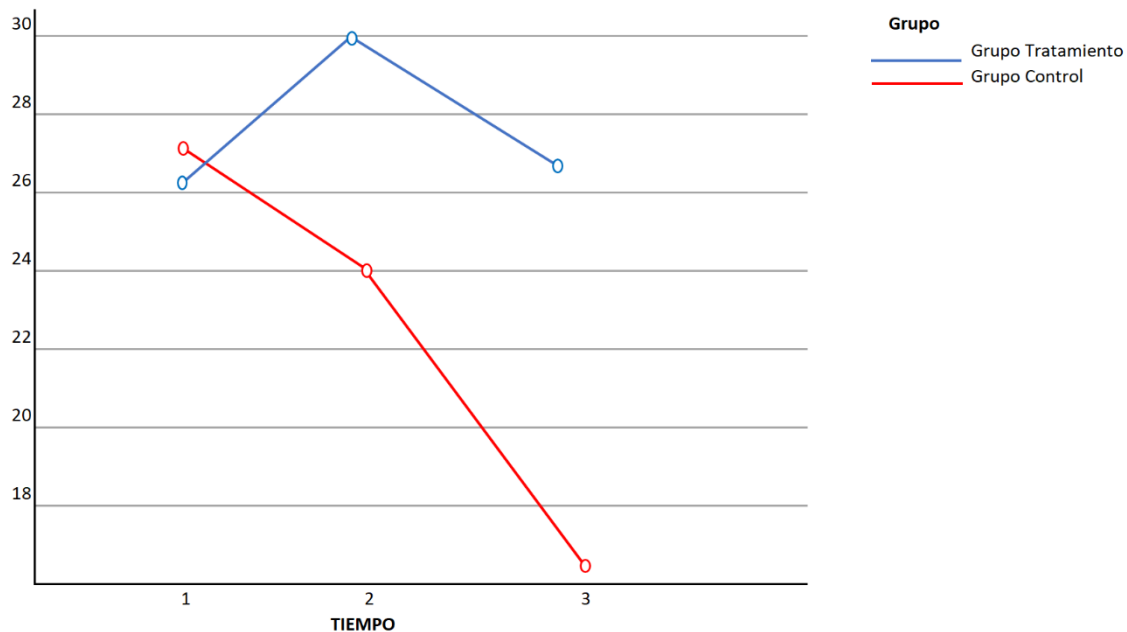
Media de satisfacción en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupo experimental y grupo control



En cuanto a la *evolución a lo largo del tiempo*, se obtuvieron *diferencias significativas* tanto en el *grupo tratamiento* ($F_{2, 26} = 32,20$ $p = ,000$; $\eta^2 = ,712$), como en el *grupo control* ($F_{2, 26} = 50,18$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,794$). Concretamente, y por lo que respecta al *grupo tratamiento* se observó un *aumento* de la puntuación de forma *significativa* entre la medida *pre* y *post* ($p = ,000$), y un *descenso significativo* entre la medida *post* y *seguimiento* ($p = ,001$). En el *grupo control* se observó un descenso significativo tanto de la media *pre* y *post* ($p = ,000$), como entre la medida *post* y *seguimiento* ($p = ,000$) (ver Figura 34).

Figura 34

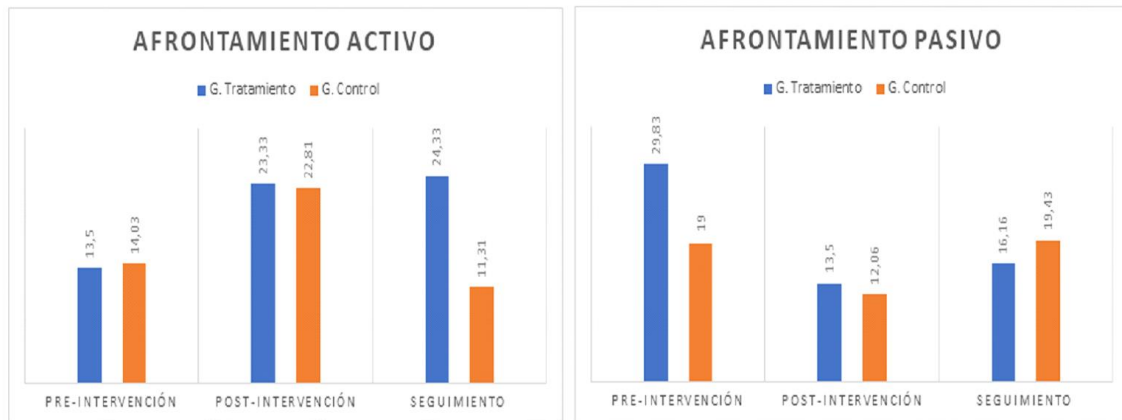
Evolución de satisfacción en grupo experimental y control en tres momentos temporales



Por lo que respecta al *afrentamiento* se observó un *efecto significativo de la intervención de reminiscencias* para la *interacción tiempo-grupo* tanto en *afrentamiento activo* ($F_{2, 54} = 23,45$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,474$) como en *afrentamiento pasivo* ($F_{2, 54} = 20,21$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,437$). Al analizar los *efectos simples* en *afrentamiento activo* se observa que *entre los grupos no existían diferencias significativas* en las puntuaciones de la medida *pre* ni *post* pero *sí* en la *seguimiento*; mientras que en el *afrentamiento pasivo* se observa *diferencias significativas* en las puntuaciones de la medida *pre* y en la de *seguimiento* pero *no* en la medida *post* (ver Figura 35).

Figura 35

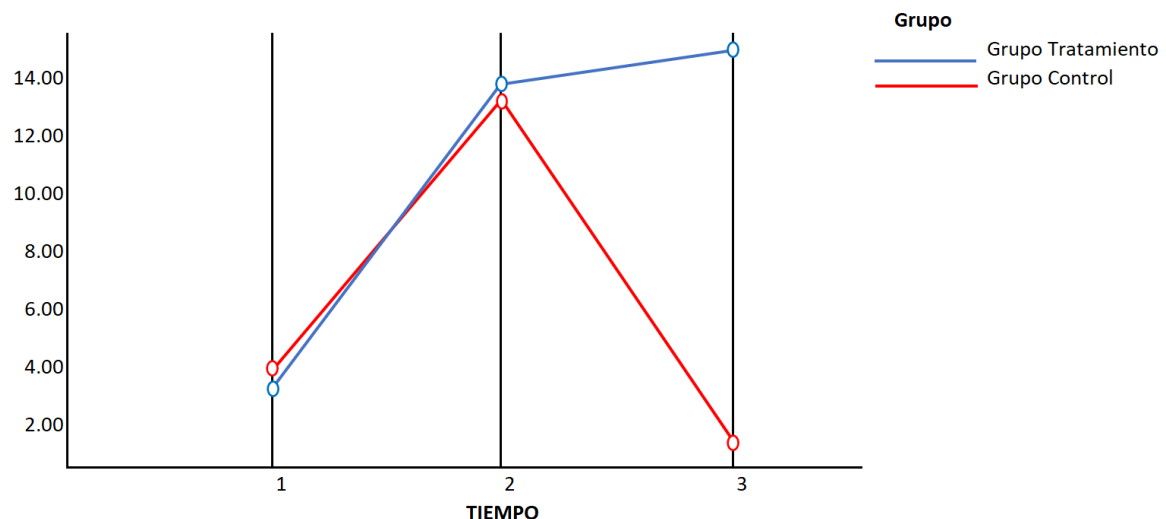
Media de afrontamiento activo y pasivo en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control



En la *evolución* de cada uno de los grupos, en el *afrontamiento activo* se obtuvieron *diferencias significativas* tanto en el grupo *tratamiento* ($F_{2, 26} = 28,01$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,691$), como en el grupo *control* ($F_{2, 26} = 51,34$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,804$). En el grupo *tratamiento* se observó un *aumento* de la puntuación de forma *significativa* entre la medida *pre* y *post* ($p = ,000$), mientras que en el grupo *control* se observó un *aumento significativo* tanto de la media *pre* y *post* ($p = ,000$), y un *descenso* entre la medida *post* y *seguimiento* ($p = ,000$) (ver Figura 36).

Figura 36

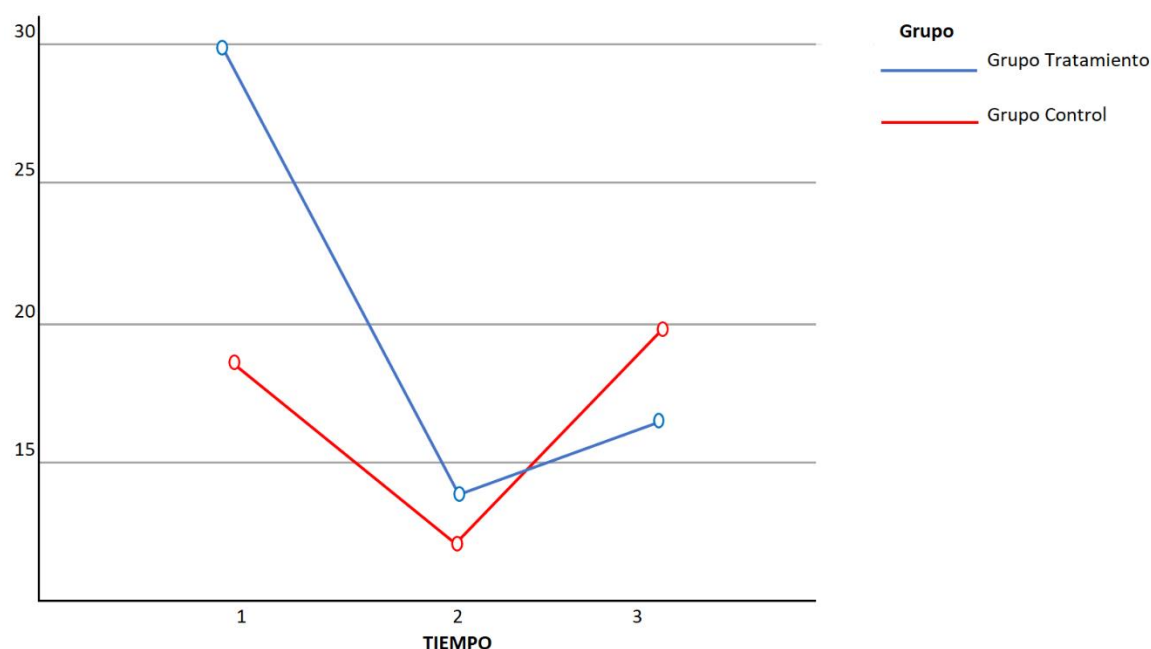
Evolución de afrontamiento activo en grupo experimental y control en tres momentos temporales



En el *afrontamiento pasivo* también se observaron *diferencias significativas* tanto en el grupo *tratamiento* ($F_{2, 26} = 33,15$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,726$), como en el grupo *control* ($F_{2, 26} = 33,53$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,728$). Se observó una *disminución significativa* de la media *pre* al *post* tanto en el grupo *tratamiento* como en el grupo *control* ($p = ,000$; $p = ,000$, respectivamente), y un *aumento significativo* de la media *post de seguimiento* en ambos grupos ($p = ,051$ (GrT); $p = ,000$ (GrC) (ver Figura 37).

Figura 37

Evolución de afrontamiento pasivo en grupos experimental y control en tres momentos temporales



En relación a los usos del recuerdo/reminiscencias (RFS), a continuación, se presentan los resultados de las *ocho dimensiones* anteriormente definidas. En este sentido, la *intervención de reminiscencias* en mujeres mayores mostró un *efecto significativo* para la *interacción tiempo-grupo* en *todas las dimensiones*: Revivir amargura ($F_{2, 54} = 35,00$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,565$); identidad ($F_{2, 54} = 50,94$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,654$); resolución de problemas ($F_{2, 54} = 28,24$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,641$); Preparación a la muerte ($F_{2, 54} = 28,43$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,513$); Reducción aburrimiento ($F_{2, 54} = 7,60$; $p = ,004$; $\eta^2 = ,220$); Mantenimiento

intimidad ($F_{2, 54} = 12,34$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,314$); Conversación ($F_{2, 54} = 24,57$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,477$); e Informar-Enseñar ($F_{2, 54} = 13,76$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,338$).

Concretamente, y por lo que respecta a los *efectos principales*, en la siguiente Tabla 15 se presentan las *comparaciones* de los *grupos* en los *diferentes momentos temporales*, observando por ejemplo, que en *revivir amargura*, en la medida *pre*, no hay diferencias significativas entre GrT y GrC, en la medida *post*, existen diferencias significativas, aunque no son muy importantes (0,41), encontrando mayor diferencia significativa en la medida de *seguimiento*.

Tabla 15

Media de las ocho dimensiones de RFS en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control

	Tiempo	GrT	GrC	F	p	η^2
Revivir amargura	Medida Pre	15,50	13,41	,858	,362	,031
	Medida post	12,00	15,88	4,64	,041*	,146
	Seguimiento	14,20	21,88	18,32	,000**	,404
Identidad	Medida Pre	23,66	22,64	,340	,565	,012
	Medida post	24,25	18,52	18,47	,000**	,406
	Seguimiento	26,33	16,29	77,12	,000**	,741
Resolución de problemas	Medida Pre	23,58	25,17	,536	,470	,019
	Medida post	28,75	22,58	15,80	,000**	,369
	Seguimiento	27,33	16,82	90,76	,000**	,771
Preparación a la muerte	Medida Pre	22,83	19,52	3,18	,086	,105
	Medida post	28,66	18,47	53,23	,000**	,663
	Seguimiento	21,00	11,11	98,78	,000**	,785
Reducción aburrimiento	Medida Pre	16,33	11,35	4,22	,050	,135
	Medida post	14,66	11,94	1,65	,209	,058
	Seguimiento	14,58	11,47	2,53	,123	,086
Mantenimiento intimidad	Medida Pre	30,50	28,76	,597	,446	,022
	Medida post	32,08	28,41	3,15	,087	,105
	Seguimiento	32,,08	27,00	7,47	,011*	,217
Conversación	Medida Pre	8,33	7,00	1,86	,183	,065
	Medida post	9,66	6,70	11,54	,002**	,300
	Seguimiento	9,66	6,06	24,33	,000**	,474
Informar-Enseñar	Medida Pre	22,16	18,76	1,39	,248	,049
	Medida post	24,41	18,64	5,49	,027*	,169
	Seguimiento	24,41	17,00	13,55	,001**	,334

En la Tabla 16 vemos las *comparaciones* de la *evolución* de los *grupos* a lo *largo del tiempo*. Siguiendo el ejemplo anterior, en *revivir amargura*, en el GrT la puntuación del *pre* al *post* ha habido diferencias significativas, es decir, se ha producido efecto de la intervención en el GrT. También existen diferencias significativas del *post* al *seguimiento*.

Tabla 16

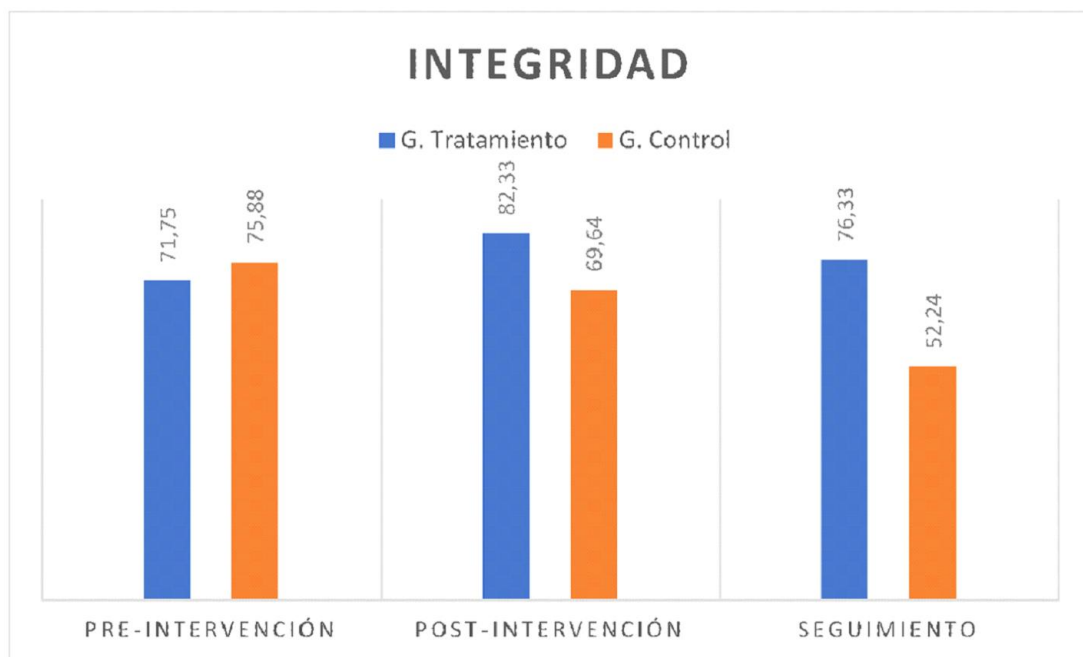
Univariados de la evolución de los grupos de forma independiente en tres momentos temporales

		F	p	η^2	Tiempo	p
Revivir amargura	GrT	30,02	0,000	0,698	Pre-post	0,000
					Post-seguimiento	0,004
	GrC	50,08	0,000	0,794	Pre-post	0,001
					Post-seguimiento	0,000
Identidad	GrT	6,79	0,004	0,343	Pre-post	0,942
					Post-seguimiento	0,003
	GrC	39,92	0,000	0,754	Pre-post	0,000
					Post-seguimiento	0,000
Resolución de problemas	GrT	52,85	0,000	0,803	Pre-post	0,000
					Post-seguimiento	0,239
	GrC	37,59	0,000	0,743	Pre-post	0,000
					Post-seguimiento	0,000
Preparación a la muerte	GrT	260,03	0,000	0,952	Pre-post	0,000
					Post-seguimiento	0,000
	GrC	125,33	0,000	0,906	Pre-post	0,151
					Post-seguimiento	0,000
Reducción aburrimiento	GrT	5,31	0,120	0,29	Pre-post	0,011
					Post-seguimiento	1,000
	GrC	2,03	0,151	0,135	Pre-post	0,577
					Post-seguimiento	0,246
Mantenimiento intimidad	GrT	4,84	0,016	0,272	Pre-post	0,011
					Post-seguimiento	1,000
	GrC	8,93	0,001	0,407	Pre-post	1,000
					Post-seguimiento	0,001
Conversación	GrT	17,36	0,000	0,572	Pre-post	0,000
					Post-seguimiento	0,100
	GrC	7,28	0,003	0,359	Pre-post	0,387
					Post-seguimiento	0,003
Informar-Enseñar	GrT	12,99	0,000	0,5	Pre-post	0,000
					Post-seguimiento	0,100
	GrC	11,46	0,000	0,469	Pre-post	1,000
					Post-seguimiento	0,000

En cuanto a la integridad, la *intervención de reminiscencias* en mujeres mostró un *efecto significativo* para la *interacción tiempo-grupo* ($F_{2, 54} = 77,34$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,741$). Al analizar los *efectos simples* se observa que *entre los grupos no existían diferencias significativas* en las puntuaciones de la medida *pre* pero sí en la del *post* y en el *seguimiento* (ver Figura 38).

Figura 38

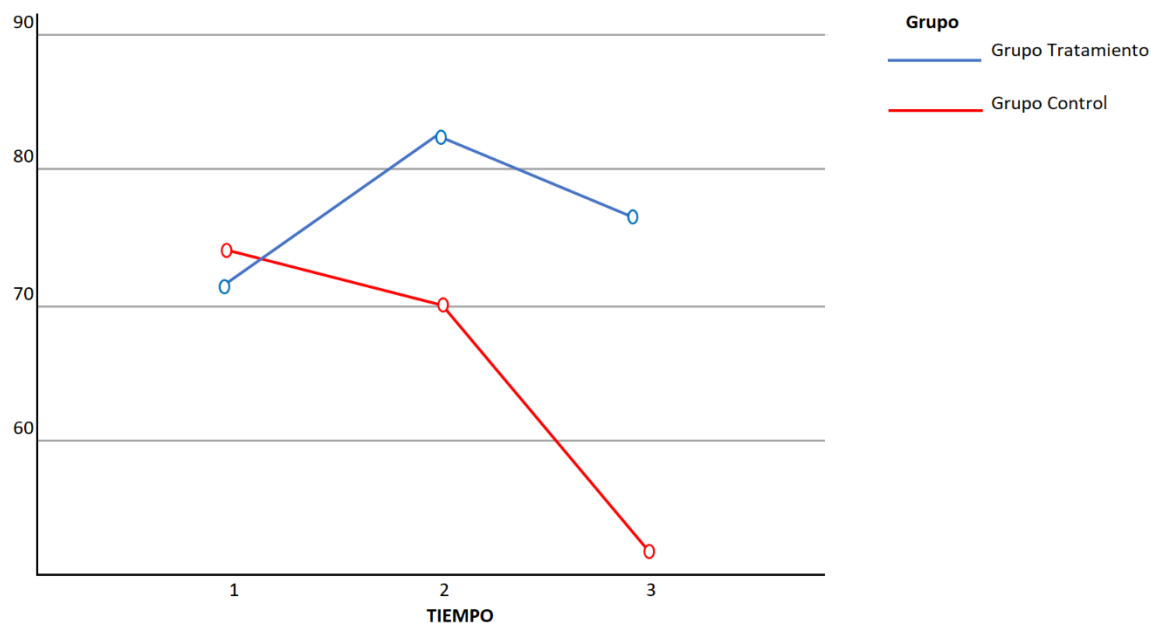
Media de integridad en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control



En la *evolución* de cada uno de los grupos, se obtuvieron *diferencias significativas* tanto en el grupo *tratamiento* ($F_{2, 26} = 87,80$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,871$), como en el grupo *control* ($F_{2, 26} = 134,14$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,912$). Mientras que en el grupo *tratamiento* se observó un *aumento* de la puntuación de forma *significativa* entre la medida *pre* y *post* ($p = ,000$), y un *descenso significativo* entre la medida *post* y *seguimiento* ($p = ,000$), en el grupo *control* se observó un *descenso significativo* tanto de la media *pre* y *post* ($p = ,000$), como *entre la medida post y seguimiento* ($p = ,000$) (ver Figura 39).

Figura 39

Evolución de la Integridad en grupos experimental y control en tres momentos temporales



En relación al sentido de vida, la intervención de reminiscencias en mujeres mayores mostró un *efecto significativo* para la *interacción tiempo-grupo* en *todas sus dimensiones*: Percepción del sentido ($F_{2, 54} = 776,01$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,669$); Experiencia del sentido ($F_{2, 54} = 56,46$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,667$); Metas y tareas ($F_{2, 54} = 54,97$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,614$); y Dialéctica destino-Libertad ($F_{2, 54} = 62,73$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,699$).

Para los *efectos principales*, se presentan las *comparaciones* de los *grupos* en los *diferentes momentos temporales* en la siguiente Tabla 17. Por ejemplo, en *percepción de sentido*, observamos más diferencias significativas en la medida de *seguimiento*.

Tabla 17

Media de las dimensiones de Sentido de la vida (PIL) en tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control

	Tiempo	GrT	GrC	F	p	η^2
Percepción del sentido	Medida Pre	44,08	46,17	,375	,546	,014
	Medida post	49,83	39,70	13,36	,001**	,331
	Seguimiento	44,91	30,76	33,78	,000**	,556
Experiencia del sentido	Medida Pre	31,16	32,88	,321	,575	,012
	Medida post	37,50	27,29	14,39	,001**	,348
	Seguimiento	32,83	19,29	37,46	,000**	,581
Metas y tareas	Medida Pre	33,33	34,64	,247	,623	,009
	Medida post	39,08	29,64	17,10	,000**	,388
	Seguimiento	34,75	22,82	46,44	,000**	,632
Dialéctica destino-Libertad	Medida Pre	16,66	17,05	,170	,683	,006
	Medida post	17,91	14,70	12,35	,002**	,314
	Seguimiento	16,58	10,47	60,57	,000**	,692

En la siguiente Tabla 18, vemos las *comparaciones* de la *evolución* de los *grupos* a lo largo del *tiempo*.

Tabla 18

Univariados de la evolución de los grupos de forma independiente a lo largo de los tiempos

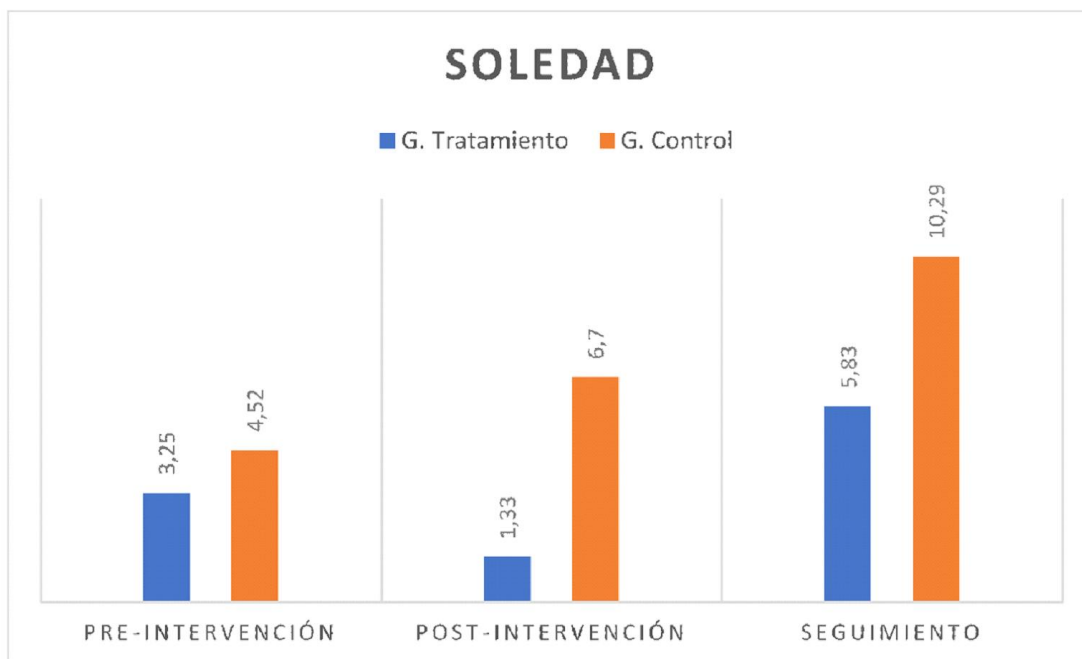
		F	p	η^2	Tiempo	p
Percepción del sentido	GrT	40,63	,000	,758	Pre-post	,000
					Post-seguimiento	,000
	GrC	97,03	,000	,882	Pre-post	,000
					Post-seguimiento	,000
Experiencia del sentido	GrT	50,45	,000	,795	Pre-post	,000
					Post-seguimiento	,000
	GrC	62,16	,000	,827	Pre-post	,000
					Post-seguimiento	,000
Metas y tareas	GrT	68,49	,000	,840	Pre-post	,000
					Post-seguimiento	,000
	GrC	53,40	,000	,804	Pre-post	,000
					Post-seguimiento	,000
Dialéctica destino-Libertad	GrT	7,54	,003	,367	Pre-post	,004
					Post-seguimiento	,028
	GrC	122,7	,000	,904	Pre-post	,000
					Post-seguimiento	,000

Respecto a la percepción de soledad se observó un *efecto significativo* de la *intervención* en reminiscencias para la *interacción tiempo-grupo* ($F_{2, 54} = 12,45$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,316$). Al analizar los *efectos simples* se observa que *entre los grupos* no existían

diferencias significativas en las puntuaciones de la medida *pre* pero sí en la del *post* y en el *seguimiento* (ver Figura 40).

Figura 40

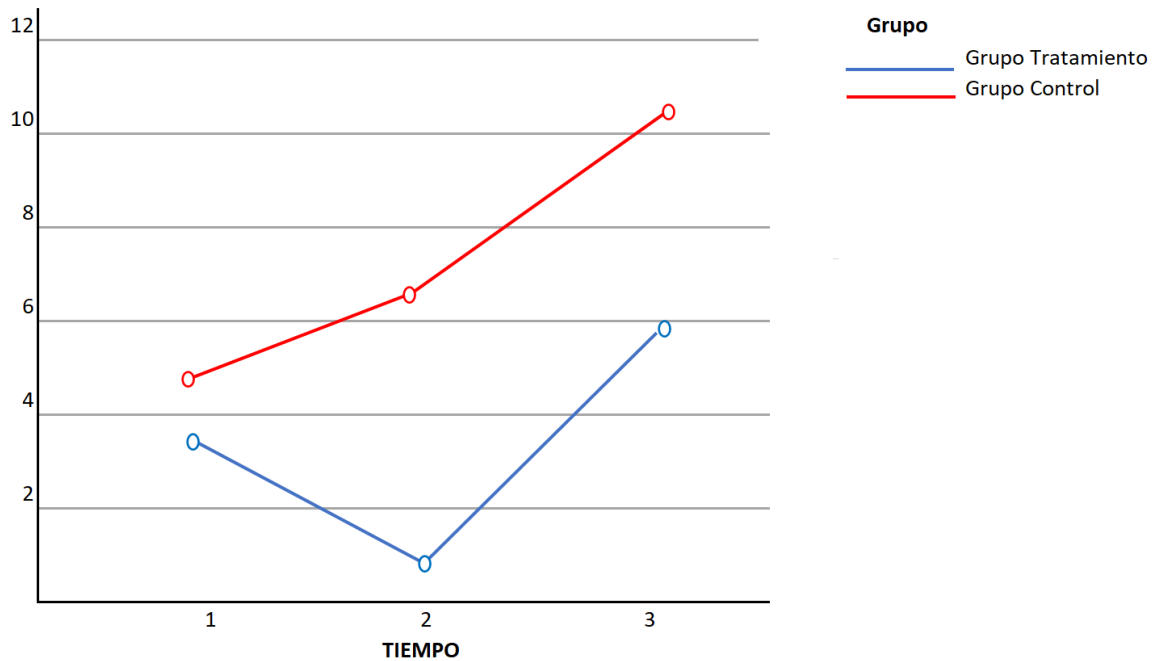
Media de soledad en los tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupo experimental y grupo control



Además, y al analizar la *evolución* de cada grupo de forma independiente a lo largo del tiempo, se obtuvieron *diferencias significativas* tanto en el grupo *tratamiento* ($F_{2, 26} = 25,62$; $p = ,002$; $\eta^2 = ,663$), como en el grupo *control* ($F_{2, 26} = 38,95$; $p = ,000$; $\eta^2 = ,750$) a lo largo de los *tres tiempos*. En el grupo *tratamiento* se observó un *descenso* de la puntuación de forma *significativa* entre la medida *pre* y *post* ($p < ,001$), y un *aumento significativo* entre la medida *post* y *seguimiento* ($p = ,000$); en el grupo *control* se observó un *aumento significativo* tanto de la media *pre* y *post* ($p = ,000$), así como entre la medida *post* y *seguimiento* ($p = ,000$) (ver Figura 41).

Figura 41

Evolución de soledad en grupos experimental y grupo control en tres momentos temporales



Por último y en relación al sentido de coherencia, se observó un efecto *significativo* para la *interacción tiempo-grupo* en las dimensiones de *Comprensibilidad* ($F_{2, 54} = 8,95$; $p = ,003$; $\eta^2 = ,249$); y *Significancia* ($F_{2, 54} = 8,46$; $p = ,004$; $\eta^2 = ,239$), pero *no* para la dimensión de *Manejabilidad* ($F_{2, 54} = 2,39$; $p = ,131$; $\eta^2 = ,082$).

En relación a los efectos principales, en la siguiente Tabla 19 se presentan las *comparaciones de los grupos* en los diferentes *momentos temporales*.

Tabla 19

Media de las dimensiones de sentido de coherencia en tres momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control

	Tiempo	GrT	GrC	F	p	η^2
Comprensibilidad	Medida Pre	26,16	27,70	,491	,490	,018
	Medida post	26,41	23,58	3,13	,088	,104
	Seguimiento	25,00	20,23	15,02	,001	,357
Manejabilidad	Medida Pre	20,41	22,29	1,30	,264	0,46
	Medida post	18,00	16,82	2,64	,116	,089
	Seguimiento	17,83	16,35	4,02	,055	,130
Significancia	Medida Pre	19,16	20,29	,624	,437	,023
	Medida post	17,50	14,05	22,86	,000	,459
	Seguimiento	16,00	13,29	14,55	,001	,350

En la Tabla 20 vemos las *comparaciones* de la *evolución* de los *grupos* a lo largo del *tiempo*.

Tabla 20

Univariados de la evolución de los grupos de forma independiente a lo largo de los tiempos

		F	p	η^2	Tiempo	p
Comprensibilidad	GrT	3,70	,038	,222	Pre-post	1,00
					Post-seguimiento	,030
	GrC	35,94	,000	,734	Pre-post	,003
					Post-seguimiento	,000
Manejabilidad	GrT	1,35	,275	,095	Pre-post	,398
					Post-seguimiento	1,00
	GrC	10,85	,000	,455	Pre-post	,001
					Post-seguimiento	0,14
Significancia	GrT	9,00	,001	,409	Pre-post	,616
					Post-seguimiento	,001
	GrC	25,45	,000	,662	Pre-post	,000
					Post-seguimiento	,138

A continuación, presentamos en la siguiente Tabla 21, un resumen de los principales resultados.

Tabla 21

Resumen de los resultados de la investigación

Estudio 1. Análisis del impacto del periodo de confinamiento causado por la COVID-19 en una muestra de personas mayores que viven en residencias.

Objetivo General 1				
Analizar el impacto del período de confinamiento en el estado de ánimo, cognitivo, funcional y de salud en una muestra de personas mayores que viven en residencias.				
<u>Resultados:</u> Diferencias T1 y T2. En T2 peores puntuaciones en <i>estado cognitivo, funcional, riesgo de caídas, ansiedad y depresión</i> . No existen diferencias significativas en <i>riesgo de malnutrición</i> .				
Escala	Tiempo 1	Tiempo 2	t	p
MMSE	28,33 (1,92)	26,84 (2,91)	11,40	,001
Barthel	76,89 (23,07)	74,00(23,04)	2,90	,005
Tinetti	21,27 (6,91)	19,56 (7,55)	5,22	,001
Goldberg ansiedad	2,22 (1,11)	3,58 (2,12)	-8,54	,001
Goldberg depresión	2,36 (1,30)	3,03 (2,05)	-8,54	,001
MNA	24,53 (1,95)	24,03 (2,98)	1,63	,106

Objetivo General 2	
Conocer y describir el estado emocional y clínico tras un periodo de confinamiento, en una muestra de personas mayores que viven en residencias.	
Objetivo Específico 2.1.	Valorar los psicofármacos que consumen las personas mayores de la muestra.

	<p><u>Resultados:</u> - los psicofármacos más consumidos son drogas <i>hipnóticas, sedantes y ansiolíticas</i> (67,8%) y <i>antidepresivos</i> (65,8%).</p> <p>-consumen > 5 fármacos/día el 86,7% (<i>polifarmacia</i>).</p>
Objetivo Específico 2.2.	<p>Enumerar y cuantificar las enfermedades y la comorbilidad en las personas mayores de la muestra.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> - Predominan la <i>insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica</i> (36,70%), <i>enfermedad arterial periférica</i> (35,60%), <i>EPOC</i> (33,30%), <i>diabetes</i> (26,70%) y <i>ACV</i> (23%).</p> <p>- >2 enfermedades el 73,4% (<i>comorbilidad</i>)</p> <p>- <i>alta comorbilidad</i> el 41%</p>
Objetivo Específico 2.3.	<p>Valorar la percepción de dolor físico en las personas mayores de la muestra.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> - <i>percepción del dolor</i> leve a moderada 3,40 (DT = 3,12)</p>
Objetivo Específico 2.4.	<p>Analizar la afectividad positiva y negativa en las personas mayores de la muestra.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> - <i>afecto en general</i> > afecto positivo.</p> <p>- <i>afecto en última semana</i> > afecto positivo, aunque < al afecto positivo en general.</p>
Objetivo Específico 2.5.	<p>Estudiar la satisfacción con la vida en las personas mayores de la muestra.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> -Buena <i>satisfacción con la vida</i>, 25,63 (DT = 6,20)</p>
Objetivo Específico 2.6.	<p>Estimar la capacidad de afrontamiento en las personas mayores de la muestra.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> -predomina el <i>afrontamiento activo, planificación, religión y aceptación</i>.</p>
Objetivo Específico 2.7.	<p>Conocer los tipos de memorias en las personas mayores de la muestra.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> -recuerdan para mantener la <i>intimidad, identidad y resolver problemas</i>.</p>
Objetivo Específico 2.8.	<p>Estudiar la integridad en las personas mayores de la muestra.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> -Buena <i>integridad</i>, 71,79 (DT = 14,36).</p>
Objetivo Específico 2.9.	<p>Analizar el sentido de vida en las personas mayores de la muestra.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> -<i>indefinición</i> en sentido de vida, 95,11 (DT = 18,91).</p>
Objetivo Específico 2.10.	<p>Conocer el grado de soledad en las personas mayores de la muestra.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> -<i>experiencia de soledad</i>, 5,40 (DT = 3,43).</p>
Objetivo Específico 2.11.	<p>Valorar el sentido de coherencia en las personas mayores de la muestra.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> - Buen <i>sentido de coherencia</i> (significancia=18,82, manejabilidad=19,70 y comprensibilidad=24,42).</p>

Objetivo General 3	
Analizar las relaciones existentes entre las diferentes variables de salud y psicofuncionales tras un periodo de confinamiento, en una muestra de personas mayores que viven en residencias.	
Objetivo Específico 3.1.	<p>Analizar las relaciones entre el estado cognitivo, funcional y social (soledad).</p> <p><u>Resultados:</u> - el nivel de <i>deterioro cognitivo</i> correlacionó de forma positiva con el <i>estado funcional</i> ($r = ,286$; $p < ,006$), y de forma negativa con la <i>soledad</i> ($r = ,260$; $p < ,013$).</p>
Objetivo Específico 3.2.	<p>Estudiar las relaciones entre estado funcional y el índice de caídas, el estado nutricional y soledad.</p> <p><u>Resultados:</u> - el <i>estado funcional</i> correlacionó de forma positiva con el <i>índice de caídas</i> ($r = ,618$; $p < ,001$) y con la escala de <i>nutrición</i> ($r = ,230$; $p < ,029$).</p>
Objetivo Específico 3.3.	<p>Valorar, por un lado, las relaciones entre ansiedad y afectividad, soledad, satisfacción con la vida, percepción del dolor; por otro, las relaciones entre depresión y afectividad, soledad y la percepción del dolor.</p> <p><u>Resultados:</u> - la <i>subescala de ansiedad</i> correlacionó de forma positiva con el <i>afecto negativo</i> ($r = ,527$; $p < ,001$), la escala EVA de <i>dolor físico</i> ($r = ,348$; $p < ,001$), y con la <i>soledad</i> ($r = ,260$; $p < ,013$) y correlacionó de forma significativa y negativa con el <i>afecto positivo</i> ($r = ,303$; $p < ,004$) y con la <i>satisfacción</i> ($r = ,341$; $p < ,001$).</p> <p>-la <i>subescala de depresión</i> correlacionó de forma significativa y positiva con el <i>afecto negativo</i> ($r = ,257$; $p < ,001$), con la escala EVA de <i>dolor físico</i> ($r = ,285$; $p < ,007$), y con la <i>soledad</i> ($r = ,315$; $p < ,002$).</p>
Objetivo Específico 3.4.	<p>Establecer relaciones entre la afectividad (positiva y negativa) y, percepción de dolor, y por otro, satisfacción con la vida, reminiscencias, integridad, propósito y sentido de vida, soledad, y sentido de coherencia.</p> <p><u>Resultados:</u> - la <i>emocionalidad negativa</i> correlacionó de forma positiva con el <i>dolor físico</i> ($r = ,387$; $p < ,001$), la <i>soledad</i> ($r = ,363$; $p < ,001$), mayor función de revivir la <i>amargura</i> ($r = ,393$; $p < ,001$) y mayor <i>uso de los recuerdos</i> para llenar un vacío de estimulación o falta de interés ($r = ,286$; $p < ,006$) en la escala de funciones de reminiscencias.</p> <p>-la <i>emocionalidad negativa</i> correlacionó de forma negativa con la <i>satisfacción vital</i> ($r = -,459$; $p < ,001$); la <i>identidad</i> en la escala de funciones de reminiscencias ($r = -,212$; $p < ,045$); la <i>integridad</i> ($r = -,484$; $p < ,001$); y <i>sentido de coherencia</i>, obteniendo significatividad en sus diferentes componentes: <i>comprensibilidad</i> ($r = -,553$; $p < ,001$), <i>manejabilidad</i> ($r = -,615$; $p < ,001$), y <i>significancia</i> ($r = -,345$; $p < ,001$); y <i>propósito y sentido de la vida</i>, correlacionando de forma significativa y negativa en sus tres dimensiones: <i>percepción del sentido</i> ($r = -,392$; $p < ,001$), <i>experiencia de sentido</i> ($r = -,276$; $p < ,008$), y <i>metas y tareas</i> ($r = -,329$; $p < ,002$).</p> <p>-la <i>emocionalidad positiva</i> correlacionó de forma significativa y positiva con la <i>satisfacción vital</i> ($r = ,534$; $p < ,001$); con la <i>identidad</i> ($r = ,372$; $p < ,001$), <i>resolución de problemas</i> ($r = ,281$; $p < ,007$), <i>preparación a la muerte</i> ($r = ,273$; $p < ,009$), <i>conversación</i> ($r = ,380$; $p < ,001$) y <i>enseñar e informar</i> ($r = ,373$; $p < ,001$) de la escala de reminiscencias; con la <i>integridad</i> ($r = ,484$; $p < ,001$); con mayor <i>sentido de coherencia</i>, siendo significativa su correlación en sus diferentes componentes: <i>comprensibilidad</i> ($r =$</p>

	<p>,558; $p < ,001$), manejabilidad ($r = ,494$; $p < ,001$), y significancia ($r = ,507$; $p < ,001$); y mayor <i>propósito</i> y <i>sentido de la vida</i>, correlacionando de forma significativa en sus tres dimensiones: percepción del sentido ($r = ,657$; $p < ,001$), experiencia de sentido ($r = ,609$; $p < ,001$), y metas y tareas ($r = ,656$; $p < ,001$).</p> <p>- la <i>emocionalidad positiva</i> correlacionó de forma significativa y negativa con la percepción de <i>soledad</i> ($r = -,449$; $p < ,001$); revivir la <i>amargura</i> ($r = -,401$; $p < ,001$) y <i>aburrimiento</i> ($r = -,302$; $p < ,004$) de la escala de reminiscencias y, marginalmente significativa con la percepción de <i>dolor</i> ($r = -,205$; $p < ,053$).</p>
<p>Objetivo Específico 3.5.</p>	<p>Analizar las relaciones existentes entre satisfacción con la vida, reminiscencias, integridad, propósito y sentido de vida, soledad y sentido de coherencia.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> - la <i>satisfacción vital</i> correlacionó negativamente con revivir la <i>amargura</i> ($r = -,419$; $p < ,001$) de la escala de reminiscencias y con la <i>soledad</i> ($r = -,346$; $p < ,00$).</p> <p>- la <i>satisfacción vital</i> correlacionó de forma positiva y significativa con la <i>identidad</i> ($r = ,334$; $p < ,001$), <i>resolución de problemas</i> ($r = ,241$; $p < ,022$), <i>preparación para la muerte</i> ($r = ,227$; $p < ,032$), <i>conversación</i> ($r = ,246$; $p < ,019$) y <i>enseñar o informar</i> de la escala de reminiscencias; la <i>integridad</i> ($r = ,780$; $p < ,001$); con los tres componentes del <i>sentido de coherencia</i>: comprensibilidad ($r = ,567$; $p < ,001$), manejabilidad ($r = ,571$; $p < ,001$), y significancia ($r = ,452$; $p < ,001$); y con las tres dimensiones del <i>propósito</i> y <i>sentido de la vida</i>: percepción del sentido ($r = ,647$; $p < ,001$), experiencia de sentido ($r = ,538$; $p < ,001$), y metas y tareas ($r = ,588$; $p < ,001$).</p>
<p>Objetivo Específico 3.6.</p>	<p>Estudiar las relaciones existentes entre reminiscencias y afrontamiento, integridad, propósito y sentido de vida, soledad, y sentido de coherencia.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> - la escala de <i>reminiscencias</i> correlacionó de forma significativa y positiva con <i>afrontamiento</i>, <i>integridad</i>, <i>sentido de vida</i> y <i>sentido de coherencia</i>.</p> <p>-la escala de reminiscencias correlacionó de forma significativa y negativa con <i>soledad</i>.</p>
<p>Objetivo Específico 3.7.</p>	<p>Analizar las relaciones entre integridad y propósito y sentido de vida, soledad, y sentido de coherencia.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> - la <i>integridad</i> correlacionó significativa y negativamente con la <i>soledad</i> ($r = -,331$; $p < ,001$).</p> <p>-la <i>integridad</i> correlacionó de forma positiva con el <i>sentido de coherencia</i>, siendo significativa su correlación en sus diferentes componentes: comprensibilidad ($r = ,524$; $p < ,001$), manejabilidad ($r = ,691$; $p < ,001$), y significancia ($r = ,398$; $p < ,001$); y con el <i>propósito</i> y <i>sentido de la vida</i>, correlacionando de forma significativa en sus tres dimensiones: percepción del sentido ($r = ,540$; $p < ,001$), experiencia de sentido ($r = ,365$; $p < ,001$), y metas y tareas ($r = ,476$; $p < ,001$).</p>
<p>Objetivo Específico 3.8.</p>	<p>Analizar las relaciones entre soledad y propósito y sentido de vida y sentido de coherencia.</p> <hr/> <p><u>Resultados:</u> - la <i>soledad</i> correlacionó significativa y negativamente tanto en las dimensiones de <i>sentido de coherencia</i>: comprensibilidad ($r = -,425$; $p < ,001$), manejabilidad ($r = -,458$; $p < ,001$), y significancia ($r = -,509$; $p < ,001$); como en las de <i>propósito</i> y <i>sentido de la vida</i>: percepción del sentido ($r = -,475$; $p < ,001$),</p>

	experiencia de sentido ($r = -.490$; $p < .001$), y metas y tareas ($r = .517$; $p < .001$).
Objetivo Específico 3.9.	Analizar las relaciones entre sentido de coherencia y propósito y sentido de vida. <u>Resultados:</u> - las dimensiones de <i>sentido de coherencia</i> y <i>propósito</i> y <i>sentido de la vida</i> correlacionaron entre ellas de forma positiva y significativa.
Objetivo General 4	
Conocer y describir las condiciones de vida tras un periodo de confinamiento, en una muestra de personas mayores que viven en residencias.	
Objetivo Específico 4.1.	Estudiar la duración y el lugar donde se ha llevado a cabo el confinamiento. <u>Resultados:</u> - 96,7% confinados entre 60 y 90 días. -63,3% sin restricciones de movilidad en interior. -31,1% aislados en la habitación. -2,2% en habitación y número restringido de zonas comunes. -3,3% sin restricciones de movilidad dentro de la planta.
Objetivo Específico 4.2.	Analizar las condiciones sociales en las que se ha llevado a cabo el confinamiento. <u>Resultados:</u> -62,2% acompañado por otro residente la mayor parte del tiempo en su habitación. -27,8% casi siempre solo en su habitación. -10% acompañado puntualmente en la habitación. -33,3% tuvo contacto con más frecuencia de la habitual. -64,4% contacto con igual frecuencia previo al confinamiento. -2,2% no mantuvo ningún contacto. -53,30% contacto diario.
Objetivo Específico 4.3.	Valorar la influencia de los medios de comunicación en las residencias donde se ha llevado a cabo el confinamiento. <u>Resultados:</u> -98,9% expuesto a información sobre la COVID-19 -1,1% no recibió información sobre la COVID-1
Objetivo Específico 4.4.	Analizar las actividades realizadas durante este periodo (actividades de ocio y terapéuticas). <u>Resultados:</u> -las más realizadas: tertulias (15,6%). -las menos realizadas: actividades físicas (gimnasia, taichí) (3,30%).
Objetivo Específico 4.5.	Valorar las posibles reacciones emocionales, comportamentales e incidencias de salud durante este periodo. <u>Resultados:</u> - 70% manifestaron <i>reacciones emocionales</i> relacionadas con la COVID-19: <i>miedo a la muerte, ansiedad ante las pérdidas y angustia por separación</i> . - 71,1% manifestaron <i>trastornos comportamentales o estados de labilidad emocional</i> : <i>ansiedad</i> (48,9%), <i>depresión</i> (28,9%), <i>apatía</i> (46,7%), <i>irritabilidad/labilidad</i> (38,9%), <i>delirios</i> (1,1%), <i>agitación/agresividad</i> (12,2%), <i>trastornos del sueño</i> (32,2%), <i>trastornos de conducta</i> (8,9%), <i>desinhibición</i> (1,1%), <i>conducta motora aberrante</i> (3,3%).

	- 27,8% presentó incidencias de salud: infección respiratoria (11,1%) y dispepsia (20%).
Objetivo Específico 4.6.	<p>Analizar si ha habido aislamiento preventivo, motivo y duración del mismo.</p> <p><u>Resultados:</u> -12,2% permanecieron en aislamiento preventivo por ser persona de riesgo (2,2%), contacto estrecho (1,1%) o presentar sintomatología compatible con la COVID-19 (8,9%).</p> <p>-6,70% permanecieron aislados en su habitación entre 7-15 días.</p>

Estudio 2. Análisis de la eficacia de intervención en reminiscencias en mujeres mayores que viven en residencias.

Tabla 21

Resumen de los resultados de la investigación (cont.)

Objetivo General 5	
Analizar la eficacia de una intervención psicosocial a partir de un Programa de Reminiscencia Integrativa en un grupo de mujeres mayores que viven en residencias.	
Objetivo Específico 5.1.	<p>Analizar el efecto de intervención en reminiscencias en las diferentes variables psicofuncionales: cognitivas, depresión y ansiedad, y si dichos efectos se mantienen en el tiempo.</p> <p><u>Resultados:</u> -Cognición: -Mejoría cognitiva tras intervención. -No diferencias significativas GC y GT -Diferencias significativas T1-T2-T3 por grupo.</p> <p>-Depresión: -Disminución tras intervención. -Diferencias significativas T1-T2-T3 por grupo.</p> <p>-Ansiedad: -Disminución tras intervención. -GT reducción T1-T2</p>
Objetivo Específico 5.2.	<p>Analizar el efecto de la intervención en reminiscencias en las diferentes variables psicológicas y adaptativas: afectividad, satisfacción con la vida, afrontamiento, en los usos del recuerdo/reminiscencias, integridad, sentido de vida, percepción de soledad y sentido de coherencia tras la aplicación de la intervención.</p> <p><u>Resultados:</u> -Afecto negativo: -Diferencias GT en T1-T2 (puntuaciones menores que en GC).</p> <p>-Afecto positivo: -Mayor afecto positivo tras intervención. -Diferencias GT en T1-T2 (mejores puntuaciones que en GC).</p> <p>-Satisfacción con la vida: -Mayor satisfacción con la vida tras intervención. -Diferencias GT en T1-T2 (mejores puntuaciones que en GC).</p> <p>-Afrontamiento: -Mayor afrontamiento tras intervención. -Mayor afrontamiento activo en GT.</p> <p>-Integridad: -Mayor integridad tras intervención. -Mayor integridad en GT.</p> <p>-Reminiscencia: -Mayor reminiscencia tras intervención. -Mayor reminiscencia en GT.</p>

	<ul style="list-style-type: none">-<i>Sentido de vida:</i>-Mayor sentido de vida tras intervención.-Mayor sentido de vida en GT.-<i>Soledad:</i>-Menos soledad tras intervención.-Menor soledad en GT.
--	---

Capítulo VIII

Discusión

El objetivo de esta Tesis Doctoral ha sido conocer en primer lugar, el impacto emocional, cognitivo, funcional y de salud en personas mayores que viven en residencias tras un periodo de confinamiento y aislamiento por la COVID-19, describiendo las condiciones de vida durante este periodo, y en segundo lugar, evaluar un programa de intervención en reminiscencia integrativa en mujeres mayores como terapia no farmacológica cuyo objetivo es mejorar algunas de las áreas que se han visto afectadas por el confinamiento.

Los resultados que se observan en las variables estudiadas tras el periodo de confinamiento son devastadores, ya que en todos los casos ha habido empeoramiento de las capacidades y estado de salud.

Los resultados observados en las variables seleccionadas muestran que el *Programa de Reminiscencia Integrativa en Mujeres Mayores* es eficaz.

A continuación, y para facilitar la comprensión, procedemos a comentarlos uno por uno siguiendo como guía la Tabla 22, recordatorio-resumen de los objetivos planteados.

Por tratarse de dos estudios diferentes, haremos la discusión de resultados por separado.

Tabla 22

Resumen de los objetivos de la investigación

Estudio 1. Análisis del impacto del periodo de confinamiento causado por la COVID-19 en una muestra de personas mayores que viven en residencias.	
O.G.1.	Analizar el impacto del periodo de confinamiento en el estado de ánimo, cognitivo, funcional y de salud en una muestra de personas mayores que viven en residencias.
O.G.2.	Conocer y describir el estado emocional y clínico en una muestra de personas mayores que viven en residencias, tras un periodo de confinamiento.
O.E.2.1.	Valorar los psicofármacos que consumen las personas mayores de la muestra.
O.E.2.2.	Enumerar y cuantificar las enfermedades y la comorbilidad en las personas mayores de la muestra.
O.E.2.3.	Valorar la percepción de dolor físico en las personas mayores de la muestra.
O.E.2.4.	Analizar la afectividad positiva y negativa en las personas mayores de la muestra.
O.E.2.5.	Estudiar la satisfacción con la vida en las personas mayores de la muestra.
O.E.2.6.	Estimar la capacidad de afrontamiento en las personas mayores de la muestra.
O.E.2.7.	Conocer los tipos de memorias en las personas mayores de la muestra.
O.E.2.8.	Estudiar la integridad en las personas mayores de la muestra.
O.E.2.9.	Analizar el sentido de vida en las personas mayores de la muestra.
O.E.2.10.	Conocer el grado de soledad en las personas mayores de la muestra.
O.E.2.11.	Valorar el sentido de coherencia en las personas mayores de la muestra.
O.G.3.	Analizar las relaciones existentes entre las diferentes variables de salud y psicofuncionales en una muestra de personas mayores que viven en residencias, tras un periodo de confinamiento.
O.E.3.1.	Analizar las relaciones entre el estado cognitivo, funcional y social (soledad).
O.E.3.2.	Estudiar las relaciones entre el estado funcional y el índice de caídas, el estado nutricional y soledad.
O.E.3.3.	Valorar, por un lado, las relaciones entre ansiedad y afectividad, soledad, satisfacción con la vida, percepción de dolor; por otro, las relaciones entre depresión y afectividad, soledad y percepción de dolor.
O.E.3.4.	Establecer relaciones entre la afectividad (positiva y negativa) y, percepción de dolor, y por otro, satisfacción con la vida, reminiscencias, integridad, propósito y sentido de vida, soledad, y sentido de coherencia.
O.E.3.5.	Analizar las relaciones existentes entre satisfacción con la vida, reminiscencias, integridad, propósito y sentido de vida, soledad, y sentido de coherencia.
O.E.3.6.	Estudiar las relaciones existentes entre reminiscencias y afrontamiento, integridad, propósito y sentido de vida, soledad, y sentido de coherencia.
O.E.3.7.	Analizar las relaciones entre integridad y propósito y sentido de vida, soledad, y sentido de coherencia.
O.E.3.8.	Analizar las relaciones entre soledad y propósito y sentido de vida y sentido de coherencia.
O.E.3.9.	Analizar las relaciones entre sentido de coherencia y propósito y sentido de vida.
O.G.4.	Conocer y describir las condiciones de vida en una muestra de personas mayores que viven en residencias durante un periodo de confinamiento.
O.E.4.1.	Estudiar la duración y el lugar donde se ha llevado a cabo el confinamiento.
O.E.4.2.	Analizar las condiciones sociales en las que se ha llevado a cabo el confinamiento.
O.E.4.3.	Valorar la influencia de los medios de comunicación en las residencias donde se ha llevado a cabo el confinamiento.
O.E.4.4.	Analizar las actividades realizadas durante este periodo (actividades de ocio y terapéutica).
O.E.4.5.	Valorar las posibles reacciones emocionales, comportamentales e incidencias de salud durante este periodo.
O.E.4.6.	Analizar si ha habido aislamiento preventivo, motivo y duración del mismo.
Estudio 2. Análisis de la eficacia de intervención en reminiscencias en mujeres mayores que viven en residencias.	
O.G.5.	Analizar la eficacia de una intervención psicosocial a partir de un <i>Programa de Reminiscencia Integrativa en un grupo de mujeres mayores</i> que viven residencias.
O.E.5.1.	Analizar el efecto de intervención en reminiscencias en las diferentes variables psicofuncionales: cognitivas, depresión y ansiedad, y si dichos efectos se mantienen en el tiempo.
O.E.5.2.	Analizar el efecto de la intervención en reminiscencias en las diferentes variables psicológicas y adaptativas: afectividad, satisfacción con la vida, afrontamiento, en los usos del recuerdo/reminiscencias, integridad, sentido de vida, percepción de soledad y sentido de coherencias tras la aplicación de la intervención.

1. Discusión Estudio 1

En primer lugar, se discuten los resultados de los objetivos planteados en el Estudio 1 de nuestra investigación, cuyo *objetivo general 1* era *Analizar el impacto del período de confinamiento en el estado de ánimo, cognitivo, funcional y de salud en una muestra de personas mayores que viven en residencias.*

El efecto del aislamiento sumado al cese de las actividades terapéuticas grupales y disminución de las actividades individuales, hace prever un aumento del deterioro del estado cognitivo, físico, funcional y afectivo de los residentes, objetivo que nos planteamos en la investigación.

La totalidad de la muestra presentó peores puntuaciones en el estado de ánimo, y aumentó los síntomas de ansiedad y depresión. Diferentes estudios secundan nuestros resultados; González et ál. (2020), en un estudio realizado en España, concluyen que el 18,7% de las personas evaluadas tras la cuarentena presentaron síntomas de depresión y el 21,6% ansiedad y Sandin et ál. (2020), encontraron que los miedos más comunes fueron: miedo al contagio, a la enfermedad, a la muerte y al aislamiento social.

En nuestra investigación también encontramos peores resultados a nivel cognitivo, funcional y de salud tras el periodo de confinamiento, aumentando el deterioro cognitivo, dependencia funcional, empeorando el equilibrio y estabilidad en la marcha. Diferentes estudios avalan nuestros resultados; Wang et ál. (2020), afirman que más de la mitad de la población (53,8%), experimentaron impacto psicológico moderado o severo; Sun et ál. (2020), concluyen que el 4,6% de la población china experimentó síntomas de estrés postraumático un mes después del brote de la COVID-19 aumentando un 7% en las zonas más afectadas.

Coker et ál. (2015), demostraron que diez días de descanso total en las personas mayores disminuía significativamente la masa muscular, fuerza muscular y función física, resultados que apoyan a los de nuestra investigación.

Sin embargo, en nuestro estudio, no se encontraron diferencias significativas en lo referente a nutrición, pudiéndose explicar que a pesar de la situación de aislamiento y reajuste de los puestos y funciones del personal en los centros residenciales, y que tal vez, hubo un esfuerzo de la empresa para que los residentes continuaran recibiendo una dieta equilibrada en sus habitaciones, el hecho de sentirse ociosos, junto con los altos niveles de ansiedad, hicieron que se mantuvieran las adecuadas ingestas y consiguiente aporte nutricional.

El *objetivo general 2* era *Conocer y describir el estado emocional y clínico tras un periodo de confinamiento, en una muestra de personas mayores que viven en residencias*. El *objetivo específico 2.1.*, era *Valorar los psicofármacos que consumen las personas mayores de la muestra* y en nuestro estudio, más de un 67% de las personas de la muestra consumen fármacos *hipnóticos o sedantes o ansiolíticos* no benzodiazepínicos, casi un 66% *antidepresivos* y un 35% *benzodiazepinas*.

A pesar de que la categoría *otras drogas hipnóticas o sedantes o ansiolíticas* obtienen el mayor porcentaje de consumo, son los *antidepresivos* los fármacos más consumidos ya que la anterior categoría engloba varios fármacos.

Uno de los psicofármacos más consumidos tanto en población general como en centros residenciales son los *antidepresivos*.

Los resultados obtenidos sobre el consumo de psicofármacos son mayores al que aparecen en investigaciones previas, quizás debido al momento de la pandemia y la dificultad de atender todas las necesidades de las personas mayores y de las medidas de prevención del virus. Por ejemplo, Pinazo (2019), indica que el 34,9% de las personas

mayores que viven en residencias consumen antidepresivos y Janus et ál. (2016), afirman que el consumo oscila entre el 19% y 47%, lo que nos lleva a pensar que todavía existe un consumo muy alto de este psicofármaco en los centros residenciales en general, y en los analizados en este estudio y en este momento concreto de pandemia por COVID-19.

Otro de los psicofármacos más comúnmente pautados en los centros residenciales son los *sedantes o ansiolíticos* a pesar de conocerse que producen efectos adversos en población mayor, como los vértigos, somnolencia, alucinaciones, agitación, caídas (Homedes y Ugalde, 2014; Shih et ál., 2015). Durante la pandemia se ha analizado el consumo de somníferos en población general, que han aumentado un +23,3 % de marzo a noviembre de 2020 con respecto a 2019; observando que en el periodo de septiembre a noviembre de 2020, el aumento fue de +8,5 % con respecto a 2019. De este modo, si bien la demanda de estos fármacos sigue al alza, durante la primera ola fue especialmente significativa pudiendo explicar el alto porcentaje obtenido en nuestro estudio (67%) (Tendencias Cofares, 2020).

En el caso de las *benzodiacepinas*, obtenemos resultados similares a los del estudio de Janus, Van Manen, Ijzerman y Zuidema (2016), cuyos valores oscilaban entre el 9% y 38%. Sin embargo, en el estudio de Azón et ál. (2016) y Pinazo (2019) se obtienen resultados superiores, 48,4% y 43,1% respectivamente, lo que nos indica por un lado, la buena praxis por parte de los profesionales que prescriben estos fármacos en los centros analizados y por otro, que las terapias no farmacológicas implantadas (taller de higiene del sueño y taller de relajación) son efectivas para abordar problemas derivados del sueño y ansiedad.

En España, el consumo de benzodiacepinas en personas mayores continúa aumentando (Rojas-Jara et ál., 2019). Estos datos son especialmente preocupantes en este grupo ya que sus efectos adversos permanecen durante más tiempo en el organismo

provocando somnolencia, ataxia, vértigos, caídas, fracturas de cadera, deterioro cognitivo, entre otros (Rojas-Jara, Calquin, González, Santander y Vázquez, 2019; Di Giacomo, Bellelli, Peschi, Scarpetta, Colmegna, de Girolamo y Clerici, 2020), siendo especialmente peligroso en personas infectadas por el virus de la COVID-19 ya que favorecen los problemas respiratorios.

Al igual que sucede con los antidepresivos, la prescripción y consumo de benzodiacepinas se ha incrementado exponencialmente en las últimas décadas siendo alarmante su consumo en la actualidad.

En nuestro país el porcentaje del uso de *antipsicóticos* en personas mayores institucionalizadas es del 25% (Olazarán et ál., 2016; Azón et ál., 2016), datos muy superiores a los obtenidos en nuestro estudio (8%). Este resultado puede deberse a que la muestra analizada en esta investigación está compuesta por personas mayores que mantienen conservadas las funciones cognitivas o presentan deterioro cognitivo leve y presentan pocos cuadros de alteración conductual.

Robles et ál. (2012) encontraron una relación positiva entre las alteraciones conductuales y el uso de antipsicóticos, inhibidores de la colinesterasa y memantina. Azón et ál. (2016), afirmaron que en España, los SPCD asociados a la demencia en personas mayores institucionalizadas se relacionan significativamente con mayor prescripción de antipsicóticos.

El consumo de *neurolépticos* también ha aumentado en los últimos años, mientras que los desórdenes psiquiátricos no han aumentado (Burgueño, 2008).

Por lo que respecta al consumo de *inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina*, tratamientos indicados para mejorar la sintomatología de las personas que sufren Alzheimer (Dyer, Harrison, Laver, Whitehead y Crotty, 2018), en nuestra investigación obtenemos que el 15,6% de la muestra la consumen, dato inferior al

encontrado por De Hoyos, Tapias, Barros, Sánchez y Otero (2015), siendo en este caso el 23,30%. Esto puede deberse a que la muestra analizada en esta investigación no suele precisar de estos fármacos al estar conformada por personas mayores sin deterioro cognitivo o deterioro cognitivo leve, ya que los inhibidores de la acetilcolinesterasa están indicados para fases leves y moderadas de la enfermedad y la memantina para fases moderadas y graves pudiendo cursar con cuadros de agitación (Dillon et ál., 2013).

Las personas mayores son importantes consumidores de fármacos; un tercio de las prescripciones de medicamentos se realizan en esta población (Salech et ál., 2016). El 86,7% de la muestra analizada consume 5 ó más fármacos de forma simultánea, frente al 13,3% que consume menos de 5 fármacos. Hemos obtenido resultados similares a los de Gómez-Aguirre et ál. (2017) que indican que el 85% de las personas mayores se encuentran *polimedicadas*.

Revisiones sistemáticas han demostrado la importante relación entre el uso de medicamentos y un mayor riesgo de presentar desenlaces negativos relevantes para la calidad de vida como son: hospitalizaciones, pérdida de funcionalidad, y aumento de mortalidad (Salech, Palma y Garrido, 2016), presentando además mayor riesgo de desarrollar síndromes geriátricos, caídas, delirium, deterioro cognitivo, incontinencia, entre otros eventos adversos que repercuten en la pérdida de funcionalidad empeorando la calidad de vida (Davies y O'Mahony, 2015). Se considera imprescindible una buena prescripción, que se revisen las características individuales de cada persona para saber si tiene buena tolerancia, que se valore siempre el coste-beneficio y que se revise la prescripción periódicamente (Gómez-Aguirre et ál., 2017).

Tras este análisis del uso de psicofármacos, podemos concluir que el consumo en ámbito institucional sigue siendo muy elevado teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS (2018), que afirman que una excesiva prescripción a personas mayores puede

relacionarse con mayor probabilidad de sufrir caídas, pérdida de peso, pérdidas cognitivas y funcionales y no con un mayor bienestar físico.

Es importante comentar que el consumo de psicofármacos se ha incrementado en contexto de pandemia al experimentar reacciones intensas principalmente por miedo al contagio (Zhou, 2020), cuarentenas (Brooks et ál., 2020; Xiao, 2020) y pérdida de seres queridos (Wang et ál., 2020), lo que lleva a potenciales cambios en los patrones de consumo de psicofármacos y uso de drogas depresoras, estimulantes o perturbadoras del sistema nervioso central “para aliviar el displacer” (Pascale, 2020), produciendo efectos adversos en las personas mayores; sedación diurna, disminución de reflejos, caídas y fracturas, así como mayor riesgo de trastornos de memoria que pueden cursar en demencia, pudiendo ser la pandemia un factor añadido al elevado consumo de fármacos en los centros residenciales.

En relación con el *objetivo específico 2.2., Enumerar y cuantificar las enfermedades y la comorbilidad en las personas mayores de la muestra, las enfermedades crónicas o de larga duración* que más sufren los participantes en nuestra investigación son la *insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.*

La prevalencia de IC aumenta con la edad, habiéndose estimado en un 1,5% entre 40-59 años y un 13,5% en mayores de 80 años (Ayala, Jaramillo, Ramos, Cachuan, Garmendia y Quezada, 2018). En la muestra analizada, un 36,70% padecen esta enfermedad, porcentaje muy superior al indicado por estos autores. El resultado quizás puede deberse a que las personas mayores que viven en residencias presentan más enfermedades que las que viven en el ámbito comunitario siendo esto uno de los motivos principales de ingreso.

La *enfermedad arterial periférica* de miembros inferiores (EAP, a partir de ahora) es una manifestación de la aterosclerosis sistémica que puede afectar entre 4-6% de las

personas y hasta 15-20% a partir de los 70 años, aunque la verdadera prevalencia es difícil de determinar, ya que la mayoría de las personas son asintomáticos y solo 25% de los individuos con EAP son diagnosticados y tratados (García, Díaz, Arpajón, Estévez, Aldama, Conesa y del Busto, 2018). En la muestra analizada en esta investigación encontramos un porcentaje más alto (35,6%), debido posiblemente a la mayor detección y diagnóstico por parte del equipo médico de los centros, al realizar evaluaciones y seguimientos periódicos de las patologías.

La *enfermedad pulmonar obstructiva crónica* (EPOC, a partir de ahora), es una de las primeras causas de muerte en el mundo. La prevalencia de la EPOC en adultos de 40-80 años en España se estima del 10,2%, aunque varía ampliamente según las distintas áreas geográficas. Un aspecto muy importante de los resultados del estudio IBERPOC fue el alto grado de infradiagnóstico, pues el 78,2% de los casos confirmados por espirometría no tenían diagnóstico previo de EPOC (GesEPOC, 2012). En nuestra investigación, obtenemos que el 33,3% de las personas mayores estudiadas sufren esta enfermedad, dato muy superior al obtenido en el estudio antes citado, aunque podría explicarse con el mismo argumento que comentamos en el caso de la enfermedad arterial periférica, esto es, por la alta detección y diagnóstico de la enfermedad en los centros residenciales.

La fundación *Instituto Edad y Vida*, recoge datos referentes al perfil de personas mayores que viven en residencias en nuestro país desde un punto de vista sanitario: el 76% de las personas mayores que ingresan por primera vez en los centros residenciales, presentan pluripatología al tener 3 o más diagnósticos médicos activos (Instituto Edad y Vida, 2015). En relación a *cuántas enfermedades* padecen las personas que han participado en este estudio, más de la mitad de la muestra (64,4%) tiene dos o más enfermedades presentando alta *comorbilidad* el 41%, es decir, tienen mayor riesgo de fallecer asociado a esta condición.

Las personas mayores con múltiples condiciones de salud (comorbilidad) son las poblaciones más vulnerables durante la pandemia de la COVID-19 (Jordan, Adab y Cheng, 2020; Logar, 2020; Niu et ál., 2020); padecer enfermedades cardíacas, pulmonares o diabetes, aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones más graves por esta enfermedad (CDC, 2020). La tasa de letalidad puede alcanzar el 20% entre las personas mayores de 80 años (Onder, Rezza, y Brusaferrò, 2020) o con multimorbilidad (Jordan, Adab y Cheng, 2020; Logar, 2020; Niu et ál., 2020). Se han visto particularmente afectadas por la COVID-19 al tener mayor riesgo de padecer afecciones médicas subyacentes que aumentan la vulnerabilidad y por fallecer en número desproporcionalmente mayor al resto de la población, especialmente en residencias (Tyrrell y Williams, 2020).

Con respecto al *objetivo específico 2.3., Valorar la percepción de dolor físico en las personas mayores de la muestra*, los resultados obtenidos en la evaluación del dolor indican que la mayor parte de las personas que han participado en la investigación presentan una percepción de *dolor leve a moderada*. Esto puede explicarse por varias razones: por un lado, el perfil del residente que participó en el estudio eran personas mayores con pocas limitaciones funcionales, y por otro, que el dolor seguramente está controlado farmacológicamente, factor que explica además la polifarmacia en los centros residenciales.

Las personas mayores de 65 años sufren dolor en un porcentaje variable entre el 50 y 80%. Según datos epidemiológicos el *dolor* aumenta en personas mayores frágiles. La prevalencia de pluripatología, deterioro funcional y fragilidad aumenta con la edad siendo la evaluación y determinación de la causa del dolor la clave para conseguir su control (Sáez, Sánchez, Jiménez, Alonso y Valverde, 2015).

Según Abdulla, Adams, Bone, Elliott, Gaffin, y Jones (2013), la prevalencia de dolor crónico en personas mayores que viven en ámbito comunitario es del 25-76%,

mientras que en residencia aumenta hasta 83-93%. Hay numerosos estudios que evalúan la evolución del dolor con la edad, con resultados inconsistentes, aunque predominan los que concluyen que el dolor aumenta en los más mayores.

En las personas mayores existen algunas circunstancias que complican tanto la evaluación y diagnóstico del dolor como las posibilidades terapéuticas. Este grupo de edad suele ser excluido de los ensayos clínicos, lo que dificulta el mejor conocimiento de sus problemas. La elevada prevalencia de alteraciones senso-perceptivas, problemas cognitivos y motores limitan la comunicación y por tanto el diagnóstico. Se debe sospechar que sufran dolor ante síntomas tan inespecíficos como confusión, aislamiento y apatía. La pluripatología coexistente y la polifarmacia, predispone a interacciones farmacológicas y mayor toxicidad, sin olvidar tasas de falta de adherencia del 50% y de automedicación del 80% (Sáez, Sánchez, Jiménez, Alonso y Valverde, 2015).

Con respecto al *objetivo específico 2.4., Analizar la afectividad positiva y negativa en las personas mayores de la muestra*, en este estudio quisimos conocer cómo se sentían la semana previa a la entrevista las personas que participaron en el estudio. La puntuación media en afecto positivo fue moderadamente alta, y la media en afecto negativo relativamente baja. Resultados muy similares se obtuvieron respecto a los afectos positivos y negativos en general. Estudios previos secundan nuestros resultados en los que las emociones positivas predominan sobre las negativas en las personas mayores (Zamarrón et ál., 2007; Córdoba, 2018).

Teniendo en cuenta estos resultados podemos afirmar que los participantes de la investigación se caracterizan por tener buenos niveles de interés y motivación, moderados niveles de energía, deseo y sentimientos de dominio, logro o éxito, lo que lleva a sentimientos de satisfacción, entusiasmo, energía, amistad, unión, y confianza, que comúnmente se relaciona con la extroversión, optimismo y capacidad de resiliencia;

presentando bajos niveles de emocionalidad displacentera y malestar, caracterizados por presentar miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración, fracaso, angustia, vergüenza, aburrimiento, tristeza, culpa y envidia. En relación al bajo nivel de afecto negativo, podemos pensar que las personas mayores han aprendido a regular las emociones. Algunos estudios hablan de inhibición de las emociones negativas como mecanismo de adaptación que les protege del sufrimiento y malestar emocional (Etxebarria, 2014).

El *afecto positivo* es un elemento protector que se relaciona con buena salud cognitiva, funcional, emocional y social y el *afecto negativo* es un factor de riesgo de enfermedades (Krijthe, Walter, Hofman, Hunink y Tiemeier, 2011).

En relación con el *objetivo específico 2.5., Estudiar la satisfacción con la vida en las personas mayores de la muestra*, las personas que participaron en la investigación presentan una buena puntuación en satisfacción a nivel global con una media de 25,63 (DT=6,20), es decir, sienten que aman sus vidas y que las cosas les van bien a pesar de tener identificadas áreas de insatisfacción (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).

La *satisfacción con la vida* es un elemento esencial que, junto con las expectativas, temores y emociones, forma parte de las dimensiones subjetivas del envejecimiento (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2009). Engloba el bienestar subjetivo, relacionado con un componente emocional y, a su vez, con sentimientos de placer/displacer que experimenta la persona (felicidad/infelicidad) (Flecha-García, 2015).

Hay evidencias que sugieren que la satisfacción con la vida va disminuyendo con el avance de la edad; se han detectado asociaciones negativas entre la edad y la satisfacción con la vida (Tomás, Sancho, Gutiérrez y Galiana, 2014; Maher, Pincus, Ram y Conroy, 2015), sin embargo, Maciá, Duboz, Montepare y Gueye (2015) y Córdoba (2018), ponen de manifiesto que, con la edad, los adultos mayores expresan mayor satisfacción con la vida. Los resultados obtenidos en esta investigación apoyan esta segunda línea y puede

deberse a que las personas mayores suelen ser más resilientes para afrontar las frustraciones, reajustan las metas y expectativas sobre los recursos disponibles y tienen mayor capacidad de regulación emocional (Scheibe y Carstensen, 2010).

La evidencia científica demuestra que las personas resilientes tienen una recuperación y resistencia mayor ante los procesos de enfermedad, así como en el afrontamiento del dolor (Catalano, Chan, Wilson, Chiu y Muller, 2011; Vinaccia, Quiceno y Remor, 2012), tienden a lograr mejores resultados de salud; envejecimiento exitoso, estado de ánimo y longevidad (MacLeod, Musich, Hawkins, Alsgaard y Wicker, 2016), presentan mejores puntuaciones en bienestar subjetivo (Tomyn y Weinberg, 2018), bienestar mental (Wu, Sang, Zhang y Margraf, 2020), felicidad (Lü, Wang, Liu y Zhang, 2014) y satisfacción con la vida (Bajaj y Pande, 2016).

Barrett, Hogreve, y Brügger, (2020), estudian el efecto de las restricciones impuestas a consecuencia de la COVID-19 sobre la resiliencia y los múltiples componentes del bienestar. Los resultados indican que el confinamiento tiene un efecto negativo en el bienestar social. Según los autores existe una relación indirecta negativa entre confinamiento, bienestar funcional y resiliencia.

Aunque la resiliencia tiene un fuerte impacto en la recuperación de la salud física, cognitiva y mental, durante la pandemia COVID-19 fue generalmente peor entre las personas mayores con afecciones crónicas o limitaciones funcionales haciéndolas aún más vulnerables (Lee et ál., 2020).

Pinto y Neri (2013), afirman que la satisfacción con la vida de los varones está mediada por el estado civil, ya que los viudos suelen puntuar más bajo en satisfacción con la vida que las viudas; sin embargo, la satisfacción con la vida de las mujeres se asocia con tener un buen estado de salud y contar con apoyo efectivo de su red social (Pinquart y Sorensen, 2001). Otros estudios indican que el nivel de satisfacción de las personas

mayores depende de la salud, habilidades funcionales, número de contactos sociales, estado civil y nivel educativo (Montenegro y Soler, 2013; Rodríguez, 2013).

Las pérdidas que acontecen en la vejez disminuyen la capacidad para percibir los aspectos positivos de la vida en general, por lo que es de gran valor definir los aspectos que influyen en la satisfacción vital en la tercera edad y así influir en la calidad de vida positivamente (Ramírez y Lee, 2012).

En lo que concierne al *objetivo específico 2.6., Estimar la capacidad de afrontamiento en las personas mayores de la muestra*, las estrategias de afrontamiento aplicadas para resolver los conflictos internos y externos pueden favorecer un envejecimiento satisfactorio. Son diversos los estudios que analizan los diferentes tipos de *afrontamientos* utilizados por las personas mayores y los efectos al relacionarlos con la salud psicológica (Luna, Ramos y Rivera, 2016; Penley et ál., 2002). El estudio realizado por Penley et ál. (2002), relaciona los factores del estrés con la salud, y demuestran 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 emocional*, no se obtiene esta asociación. 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-Smith (2010), según los cuales, con la edad existe una disminución en este tipo de estrategias. El *afrontamiento centrado en el problema* consiste en hacer frente a la situación estresante mediante esfuerzos para modificar el problema e incluye; generar opciones de resolución, evaluar pros y contras o aplicar medidas (Carver y Connor-Smith,

2010); el *afrontamiento centrado en las emociones* tiene como objetivo gestionar las emociones desadaptativas que se asocian con la situación e incluye; negación, evitación, autofocalización negativa y la rumiación (Meléndez et ál., 2012).

Los resultados de nuestro estudio difieren de los estudios de Gutmann (1974), Pfeiffer (1977), Carver y Connor-Smith (2010), ya que indican que las personas mayores que participaron en la investigación utilizan en mayor medida estrategias de *afrontamiento activo*; inician acciones directas, incrementan los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor y *planifican* estrategias y dirección de acción para afrontar la situación estresante. También, aunque en menor medida, está muy presente la *religión* como estilo de afrontamiento, aumentando la participación de actividades religiosas en situaciones de estrés, como la actual situación de pandemia que vivimos. En definitiva, utilizan estrategias *funcionales* al presentar un estilo de *afrontamiento activo y directo* reevaluando de forma positiva y tomando medidas de apoyo social y expresión emocional.

En la línea de nuestros resultados, Meléndez, Delhom, y Satorres (2020), afirman que las *estrategias orientadas al problema* facilitan la consecución de la integridad facilitando el proceso adaptativo; las personas manejan mejor el estrés disminuyendo sus efectos negativos, aumentando el nivel de resiliencia (Arrogante, Pérez y Aparicio, 2015; García, Salguero, Molinero, De la Vega Ruiz y Márquez, 2015), mientras que algunas *estrategias orientadas a la emoción*, son desadaptativas y fomentan la desesperación.

Herrera, Fernández y Barros (2018), describen cuáles son los tipos de afrontamiento que las personas mayores utilizan frente a eventos estresantes considerando el tipo de evento estresante; problema, pérdida, conflicto o problema de otro; concluyen que para los *problemas* se utilizó más el *afrontamiento activo* y la *búsqueda de ayuda*, frente a los *conflictos* que utilizó más el *evasivo*; a mayor autoeficacia mayor *afrontamiento activo*; a menor disponibilidad de apoyo social mayor *evitación*.

Bueno y Navarro (2003), estudian estrategias y estilos de afrontamiento en personas mayores de 75 años y obtienen resultados similares a los nuestros al encontrar estrategias y estilos de *afrontamiento activo* y *aceptación* de las consecuencias que derivan de los problemas dada la percepción de falta de control sobre sus efectos, en nuestro estudio, la *aceptación* se encuentra especialmente en lo referente a la situación pandémica de la COVID-19.

En un estudio transversal con personas mayores que viven en residencias, Fernández, Ros, Escribano y Serrano (2020), examinan la relación entre género, estilos de afrontamiento, rasgos de personalidad, funciones de reminiscencia y cómo estas variables predicen los síntomas depresivos en personas mayores. Los autores concluyen que las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres en sintomatología depresiva, neuroticismo, amargura y uso negativo de las funciones de reminiscencia y presentan una respuesta más emocional cuando se enfrentan a situaciones de estrés. Por el contrario, los hombres tienden a utilizar con mayor frecuencia los aspectos positivos, funciones prosociales y parecen responder más directamente al problema.

Referido al *objetivo específico 2.7.*, *Conocer los tipos de memorias en las personas mayores de la muestra*, en nuestra investigación, con respecto a la *cantidad de recuerdos* y *sus funciones*, la mayor parte de la muestra recuerda con la finalidad de *mantener la intimidad*, es decir, mantener viva la memoria de personas significativas de las que se encuentran separadas principalmente por muerte; *resolver problemas* actuales identificando situaciones anteriores, aplicando técnicas de afrontamiento a los desafíos y *mantener la identidad*, utilizando recuerdos personales en búsqueda de coherencia, valor, significado de vida y consolidación del sentido de sí mismo.

Tal y como hemos visto en capítulos anteriores, la reminiscencia es la evocación de recuerdos del pasado de relevancia personal que pueden surgir espontánea o

intencionalmente con el fin de cumplir un propósito. En sus orígenes, fue considerada señal de disfunción en personas mayores, aunque en la actualidad, se considera que tiene funciones adaptativas siendo un predictor positivo de salud mental en esta población.

Korte, Westerhof y Bohlmeijer (2012), refieren que la reminiscencia no es la frecuencia de recordar el pasado, sino la forma en que la gente mira hacia atrás e interpreta su historia de vida. Diversos estudios la relacionan con salud mental, ajuste y bienestar en la vejez (Hallford y Mellor, 2013; Shellman y Zhang, 2014; Ros et ál., 2016).

Ros et ál. (2016), señalan que la *solución de problemas*, es una estrategia de afrontamiento altamente relacionada con el bienestar, siendo las personas que utilizan esta estrategia, más propensas a mantener el bienestar en situaciones en las que el control del entorno exige adaptación, sin embargo, las que recuerdan para mantener la *intimidad* presentan rumiaciones persistentes acerca del pasado y está relacionada con altas tasas de trastornos psicológicos y bajos niveles de bienestar psicológico, siendo por tanto desadaptativa.

Fortuna (2016), en un estudio de reminiscencia en adultos mayores concluye que la *identidad y resolución de problemas*, presentan una relación positiva y significativa con la salud mental, siendo además ambas puntuaciones de las más elevadas, datos que apoyan nuestros resultados.

El *objetivo específico 2.8.*, era *Estudiar la integridad en las personas mayores de la muestra*. La integridad, mejora la salud física y mental en general (Webster, Westerhof y Bohlmeijer, 2014), felicidad (Bergsma y Ardelt, 2012) y soledad (Lee et ál., 2019). Existen pocas investigaciones que utilicen estas dimensiones en el estudio de las personas mayores, siendo nuestra investigación relevante para avanzar en el conocimiento del tema. Algunos autores han encontrado que la integridad se asocia positivamente con la satisfacción con la vida (Ardelt, 2000) y bienestar subjetivo (Ardelt, 1997).

Aunque existe la percepción común de que la integridad aumenta con la edad, Webster, Westerhof y Bohlmeijer (2014), indican que tiene una relación curvilínea con la edad, alcanzando su punto máximo en la mitad de la vida, siendo importante realizar intervenciones en todas las edades; concretamente, en personas mayores, las intervenciones en reminiscencia son adecuadas para alcanzar la integridad.

En nuestra investigación, obtenemos buenos resultados en *integridad* (Media=71,79; DT = 14,36), lo que implica que las personas mayores que participaron en este estudio están adaptadas a triunfos y fracasos o decepciones; aceptan su vida personal como la que es, aceptando su vida pasada como significativa y apropiada; resuelven conflictos del pasado y no temen a la muerte.

Cetinkol, Bastug, y Kizil (2020), estudian la relación entre la aceptación del pasado, desesperanza, ansiedad por la muerte y síntomas depresivos en cien personas mayores; concluyen que la aceptación del pasado parece ser importante para la integridad del ego en las personas mayores.

Meléndez, Delhom y Satorres (2020), realizaron un estudio que analizaba la relación entre *estrategias de afrontamiento* y edad con las dimensiones de *integridad* y *desesperación* en una muestra de personas mayores. La *integridad* mostró relaciones significativas y positivas con la *solución de problemas* facilitando el proceso adaptativo, resultados que compartimos en nuestra investigación y que nos hacen pensar que la mayoría de los participantes de nuestro estudio han alcanzado la integridad al utilizar estrategias de solución de problemas.

En relación al *objetivo específico 2.9., Analizar el sentido de vida en las personas mayores de la muestra*, los resultados de nuestra investigación indican que los residentes evaluados presentan *indefinición* respecto al *sentido de vida*, con una puntuación media de 95,11 (DT=18.91), es decir, se encuentran en una situación en la que no tienen muchos

motivos y razones por las que seguir viviendo al considerar que ya han cumplido con su misión; consideran que en su trayectoria vital han tenido que vivir muchas experiencias desagradables vinculadas especialmente a factores políticos y sociales como la guerra y post-guerra; carecen de libertad en muchas ocasiones para decidir sobre el destino de sus propias vidas al estar condicionados por factores de salud, sociales y familiares, presentando en algunos casos miedo a morir.

Flecha (2019), en un estudio sobre el sentido/propósito de vida en personas mayores institucionalizadas obtiene resultados similares a los obtenidos en esta investigación al indicar que el sentido/ propósito vital parece disminuir en la vejez, aunque no existe un acuerdo unánime al respecto cuando se incluyen otros factores, como la salud y la capacidad funcional de la persona mayor.

En relación con el *objetivo específico 2.10., Conocer el grado de soledad en las personas mayores de la muestra*, en esta investigación obtuvimos una puntuación moderada en *soledad*, al presentar una puntuación media de 5,4 (DT= 3,43), es decir, las personas que participaron en el estudio mantenían relaciones interpersonales con compañeros y profesionales aunque en menor número a las deseadas, sin embargo, no se producían relaciones con familiares y amigos debido a la situación de aislamiento que viven; además, en algunos casos aun teniendo relaciones sociales, no alcanzaban el nivel deseado de intimidad.

Es importante comentar que debido al “doble confinamiento” que muchas de las personas viven en los centros residenciales, en los que por una parte, están confinados en el centro no permitiéndoles salir al exterior, ni recibir visitas de familiares y amigos y por otra, en aislamiento en su habitación durante días y semanas por brote, ser positivo, contacto directo o ser persona de riesgo, el sentimiento de soledad aumenta considerablemente siendo muy adecuado realizar intervenciones terapéuticas por parte de

los profesionales ya que los estudios demuestran efectos psicológicos negativos; altos niveles de ansiedad, estrés, miedo o incluso presencia de síntomas depresivos que pueden persistir más allá de este periodo (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg y Rubin, 2020; Jeong, Yim, Song, Ki, Min y Cho, 2016).

En el último año, las residencias han intentado mantener el contacto del residente con las familias por medio de videollamadas evitando así la temida soledad, aunque algunas investigaciones indican que este recurso no es suficiente.

La pandemia, además de la evidente amenaza de mortalidad, pone en grave riesgo de soledad a las personas mayores (Tyrrell y Williams, 2020; Pinazo-Hernandis, 2020); ha generado una mayor conciencia sobre los riesgos y consecuencias de la soledad y aislamiento social en personas mayores (Berg-Weger y Morley, 2020), afectando negativamente a innumerables problemas de salud física, incluida la salud cardiovascular (Molloy et ál., 2010; Valtorta et ál., 2016), función cognitiva (Cacioppo y Cacioppo, 2014), salud mental; depresión, ansiedad, ataques de pánico y tendencias suicidas (Kabátová et ál., 2016; Beutel, et ál., 2017), funcionalidad (Sundstrom, Adolfsson, Nordin, y Adolfsson, 2020) y calidad de vida (Jakobsson y Hallberg, 2005).

La relación con otras personas proporciona una sensación de conexión, comodidad y fuente de resiliencia que es un fuerte amortiguador de los problemas de la vida y los sentimientos de estrés y angustia (Flett, Khan y Su, 2019), especialmente durante la pandemia (Flett y Zangeneh, 2020).

En relación con el *objetivo específico 2.11.*, *Valorar el sentido de coherencia en las personas mayores de la muestra*, en nuestra investigación, hemos obtenido una media alta en *sentido de coherencia* de 62,94 en una puntuación que oscila entre 13 y 91 puntos. Por ello, consideramos que los participantes en el estudio presentan un buen sentido de coherencia, es decir, tienen buena capacidad para comprender cómo está organizada su vida

y cómo se sitúan frente al mundo (comprensibilidad), se muestran capaces para manejarla (manejabilidad) y, finalmente, sienten que su vida tiene sentido estando orientada hacia metas que desean alcanzar (significancia). Es importante comentar que de los tres componentes anteriores, es el componente cognitivo (comprensibilidad) el que obtiene puntuaciones más altas.

El vínculo entre el sentido de coherencia, buena salud y ajuste psicológico ha sido ampliamente estudiado, reportando correlaciones positivas entre el sentido de coherencia y el bienestar general y psicológico; menor presencia de malestar psicossomático y síntomas depresivos (Vega, Frías y Del Pino, 2019), pudiendo inferir en este caso, que los residentes presentan también buen bienestar a nivel general y psicológico.

El *objetivo general 3* era *Analizar las relaciones existentes entre las diferentes variables de salud y psicofuncionales tras un periodo de confinamiento, en una muestra de personas mayores que viven en residencias, y el objetivo específico 3.1., Analizar las relaciones entre el estado cognitivo, funcional y social (soledad)*. En esta investigación, el *deterioro cognitivo* correlacionó de forma positiva con el *estado funcional* y de forma negativa con la *soledad*, es decir, que las personas que participaron en el estudio y presentaban deterioro cognitivo leve, tenían mayores limitaciones a nivel funcional y percibían mayor experiencia de soledad que las personas sin deterioro cognitivo.

En la literatura se encuentran datos que apoyan estos resultados al encontrar relación entre funcionalidad y deterioro cognitivo; Paredes, Yarce y Aguirre (2018), realizaron un estudio transversal con una muestra de 391 personas mayores y evaluaron la relación entre la variable funcional con otras variables: nivel cognitivo, síntomas depresivos, antecedentes médicos y características demográficas, encontrando relaciones significativas entre dependencia funcional y deterioro cognitivo.

Valarezo, Maldonado, Silva y Medina (2020) estudiaron la influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional de personas mayores en centros residenciales y concluyeron que a mayor percepción de soledad, mayor déficit cognitivo, resultados que van en la misma línea de los obtenidos en esta investigación.

El *objetivo específico 3.2.*, era *Estudiar las relaciones entre estado funcional y el índice de caídas, el estado nutricional y soledad*. Las *caídas* son uno de los principales retos que tenemos al trabajar con personas mayores ya que tienen una alta repercusión a nivel funcional, físico y emocional (Baixinho y Dixe, 2017).

Mayoritariamente las caídas que sufren las personas mayores son de origen multifactorial (Calero, López, Ortega y Cruz, 2016), siendo relevante evaluar y detectar los factores que las ocasionan, teniendo que ver muchas veces con el medio en que la persona vive, accesibilidad de entornos, estado físico, estado cognitivo, estabilidad en la marcha, enfermedades, fármacos, calzado, entre otros (Gimeno, Aguiar, Costa y Alves, 2017). La *marcha* es indicador de factores físicos y neurológicos (Arriola et ál., 2017) y existen autores que indican que es un predictor relevante de la independencia funcional, y por tanto, predictor de la autonomía (Peel, Navanathan y Hubbard, 2014; Bavaresco et ál., 2017).

Villalobos, Kulzer y Fernández (2016), pretendían determinar la relación que existía entre la *funcionalidad* y las *caídas* en 2.826 personas mayores y concluyeron que la pérdida de funcionalidad representaba un factor de riesgo para las caídas en la población mayor. Estos resultados avalan los obtenidos por esta investigación en los que la pérdida de autonomía ha llevado a una peor velocidad de la marcha y equilibrio y esto incrementa el riesgo de caídas.

También hemos podido comprobar en esta investigación que la *funcionalidad* está relacionada con la *nutrición*, siendo las personas más dependientes las que presentan mayor riesgo de desnutrición. En este sentido, diferentes estudios apoyan nuestros resultados:

Ferrer, Almeda, Alonso y Brotons (2010), en un estudio con personas nonagenarias concluyen que la funcionalidad y el riesgo de malnutrición están relacionados entre sí e influyen directamente en la calidad de vida de las personas mayores, y Chavarro et ál. (2018), en un estudio con 887 personas mayores hospitalizadas y edad media de 85,43 años, investigaron si existía relación entre el *estado nutricional* y *funcional*, encontrando un aumento del riesgo de malnutrición de 2,48 veces en personas con demencia y una disminución del mismo de 0,02 veces con una mayor puntuación en la escala Barthel.

Existen estudios que vinculan la *soledad* con la *pérdida de función* (Theeke, 2009; Shankar et ál., 2017) considerando el estado funcional una potencial vía de eventos adversos relacionados con la soledad (Rojas y Carvajal, 2020). Shankar et ál. (2017), realizaron un estudio cuyo objetivo era examinar las asociaciones de *aislamiento* y *soledad* con dos medidas de *estado funcional* (velocidad de la marcha y dificultades en las actividades de la vida diaria) en personas mayores durante un período de 6 años. Los autores encontraron que el aislamiento social y la soledad se asociaban con una disminución en la velocidad de la marcha durante el seguimiento, dándose los efectos más notorios en personas vulnerables. La soledad se asoció con un aumento de las dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria.

Nuestra investigación comparte los resultados de otros estudios que indican la correlación positiva entre el *estado funcional* y la *cognición* (Facal et ál., 2019; Ruan et ál., 2015).

El *objetivo específico 3.3.*, era *Analizar las relaciones entre ansiedad y afectividad, soledad, satisfacción personal y la percepción del dolor y las relaciones entre depresión y afectividad, soledad y percepción del dolor.* La *ansiedad* es un problema emocional que causa malestar y sufrimiento a las personas que lo presentan. En nuestra investigación, la *ansiedad* correlaciona de forma positiva con el *afecto negativo*, es decir, que las personas

que han participado en este estudio al presentar ansiedad, también presentan mayor emocionalidad displacentera y malestar; tristeza, culpa, frustración, miedo, entre otras. Cisneros y Ausín (2019), afirman que en personas mayores de 65 años, la tasa de prevalencia de estos trastornos es del 20,8%, siendo un porcentaje muy elevado.

La *depresión* en personas mayores institucionalizadas es una problemática que afecta a un elevado número de personas y cuyas consecuencias físicas y funcionales son muy elevadas (Cooke, O'Hanlon, Mukherjee, Nee y Thompell, 2017). En nuestra investigación, la *depresión* correlaciona de forma positiva con el *dolor* y la *soledad*, indicando con ello que las personas más deprimidas son las que más dolor y soledad presentan.

El dolor y su relación con los estados emocionales ha sido reconocido en el mundo científico. Pérez et ál. (2017), realizaron un estudio con el objetivo de relacionar el dolor y los estados de ansiedad y depresión en personas mayores con dolor osteoarticular. En el momento de producirse el dolor, las personas que participaron en el estudio referían sentir limitaciones asociadas al dolor, síntomas de ansiedad y depresión: tristeza, llanto, cansancio y falta de deseos para hacer las cosas. Estos resultados apoyan a los de nuestra investigación ya que las personas que presentan dolor, también presentan más síntomas de ansiedad y depresión.

El afecto negativo es un factor de riesgo de enfermedades (Krijthe, Walter, Hofman, Hunink y Tiemeier, 2011) y el afecto positivo es un elemento protector que se relaciona con buena salud cognitiva, funcional, emocional y social (Krijthe, Walter, Hofman, Hunink y Tiemeier, 2011).

La satisfacción con la vida está relacionada con un componente emocional y, a su vez, con sentimientos de placer/displacer que experimenta la persona (felicidad/infelicidad) (Flecha-García, 2015). En nuestro caso, la satisfacción con la vida está relacionada con la

ansiedad haciendo que las personas que participaron en esta investigación se sientan menos satisfechas y experimenten displacer. Algunos autores indican que el nivel de satisfacción de las personas mayores depende de la salud, las habilidades funcionales, el número de contactos sociales, el estado civil y el nivel educativo (Montenegro y Soler, 2013; Rodríguez, 2013).

Existen estudios cuyos resultados obtienen relaciones entre el estado de ánimo, la afectividad, la soledad y el dolor. Jürschik, Botigué, Nuin y Lavedán (2013), encuentran resultados interesantes entre la tristeza, la soledad y el dolor en personas mayores hospitalizadas; concluyen que el 52,3% de las personas ingresadas presentaron tristeza y soledad; además muchas de ellas manifestaron síntomas somáticos como el dolor. Estos resultados posiblemente los podríamos extrapolar a la situación actual de pandemia en la que personas mayores ingresadas por la COVID-19, permanecen aisladas y prácticamente solas, sin relación familiar.

Vitores (2020) en un estudio con 90 personas que vivían en diversas residencias y centros sociosanitarios, con una media de 84,44 años, analizó la relación entre soledad, ansiedad y depresión. Los resultados que hemos obtenido en nuestra investigación concuerdan con los hallazgos de este autor: las personas con mayor soledad presentaban más síntomas de ansiedad y depresión.

Referente a cómo afecta la COVID-19 en el estado de ánimo de las personas mayores, podemos afirmar que los niveles de ansiedad y depresión han aumentado todavía más a consecuencia de factores como el distanciamiento social y la dependencia de terceros para la realización de las actividades de la vida diaria con el riesgo de contagio que ello lleva, haciéndolas aún más vulnerables (Han y Mosqueda, 2020); la conciencia de vulnerabilidad genera ansiedad y síntomas psiquiátricos (Naarding, Voshaar, y Marijnissen, 2020).

El objetivo específico 3.4., era *Establecer relaciones entre la afectividad (positiva y negativa) y aspectos físicos (percepción de dolor), y aspectos emocionales (satisfacción con la vida), las dimensiones de la escala de reminiscencias, la integridad, el propósito y sentido de la vida, la soledad y el sentido de coherencia.* Como hemos visto anteriormente, existen estudios que relacionan la tristeza con la soledad y el dolor, siendo las personas con mayor emocionalidad negativa, las que presentan más dolor y experiencia de soledad (Jürschik, Botigué, Nuin y Lavedán, 2013). La relación entre *estados emocionales negativos* y el dolor han sido estudiados en muchas ocasiones, siendo además el afecto negativo un factor de riesgo de enfermedades (Krijthe, Walter, Hofman, Hunink y Tiemeier, 2011), lo que lleva en muchas ocasiones a mayor percepción de dolor. Las emociones negativas (frustración, enfado, tristeza, miedo, amargura...), hacen que las personas presenten menos satisfacción con la vida.

Por lo general, son las personas mayores y aquellas que contemplan próximo el final de su vida, las que sienten la necesidad de reexaminar y reinterpretar sus experiencias vitales pasadas; aquellas que presentan emocionalidad negativa en el presente son las que no aceptan el pasado, tienen conflictos no resueltos, experimentan sentimientos de culpa y no elaboran un sentido coherente de su pasado para aceptarlo tal y como ocurrió, pudiendo derivar incluso en estados de ansiedad o depresión, no consiguiendo la *integridad*. Esta experiencia de *desesperación*, fruto de emociones contenidas durante la existencia; rabia, odio, culpabilidad y vergüenza, entre otras, lleva a que no tengan propósitos en la vida ni vean sentido a la vida.

Tal y como afirma Erikson, si no se desarrolla la integridad, las personas aumentan su temor ante la muerte, por lo tanto, para que las personas mayores maduren con éxito, deben desarrollar las cualidades que conllevan a la integridad yoíca.

Cetinkol, Bastug, y Kizil (2020), estudian la relación entre la aceptación del pasado, desesperanza, ansiedad por la muerte y síntomas depresivos en 100 personas mayores; concluyen que la aceptación del pasado parece ser importante para la integridad del ego en las personas mayores, conclusión que compartimos en nuestro estudio.

A modo de resumen y respecto a los resultados obtenidos en nuestra investigación, podemos concluir que la *emocionalidad negativa* lleva a mayor percepción de dolor físico y soledad; menor satisfacción vital, aceptación del pasado, integridad, sentido de coherencia, propósito y sentido de vida, llevando todo ello a la experiencia de desesperación.

Y en relación a los estados *emocionales positivos*, el afecto positivo es un elemento protector que se relaciona con buena salud cognitiva, funcional, emocional y social (Krijthe, Walter, Hofman, Hunink y Tiemeier, 2011).

En nuestra investigación, la *emocionalidad positiva* correlacionó de forma significativa y positiva con la satisfacción vital, la aceptación del pasado, la integridad, mayor sentido de coherencia y mayor propósito y sentido de vida; sin embargo, correlacionó de forma negativa con la percepción de soledad y marginalmente con la percepción del dolor.

La idea principal de Erikson (1950), es que la vida humana tiene como finalidad construir la *integridad* del “YO”, que tras revisar toda su vida pasada, examinando sus logros y aceptando o tratando de asumir sus fracasos y pérdidas, le otorga seguridad y tranquilidad que según Erikson, son la base de la sabiduría; genera un sentido de coherencia, confianza y construcción de la propia identidad a pesar de las crisis, dificultades o contingencias que se experimentan a lo largo del ciclo vital.

La persona que logra desarrollar la integridad, adquiere una identidad yoíca y asume y acepta su modo de vivir sin temor a nada; adquiere sabiduría, acepta su pasado, dota de mayor significado a su vida, y se enfrenta al futuro con mayor serenidad y satisfacción vital.

Estudios avalan que las conductas generativas durante la mediana edad, correlacionan con niveles más altos de integridad yoica en edades tardías (James y Zarreth, 2006; Torges, Stewart y Duncan, 2008).

En la vejez, las personas no adquieren solo sentimientos de desesperanza y de integridad, sino que integran todos estos sentimientos en una compleja y dinámica comprensión del mundo. La experiencia vital que ha vivido cada persona promueve que tenga más voluntad de enfrentarse durante la vejez, a recordar y revisar su vida pasada, es decir, a desarrollar un mayor nivel de integridad del yo. De este modo, las personas que aceptan sucesos pasados, dejan de sentir estrés emocional o angustia con sus recuerdos y favorecen la satisfacción vital.

Sentirse emocionalmente bien y satisfecho con la vida es un factor esencial de cualquier etapa del ciclo vital ya que un estado de ánimo positivo es clave para afrontar cualquier tipo de problema o adversidad. Esta importancia crece en la vejez donde las emociones constituyen un aspecto fundamental ya que forman parte del desarrollo de la integridad y ayuda a las personas a enfrentarse a la última etapa de vida de una manera positiva.

Existen grandes diferencias individuales pero en general la investigación muestra que niveles altos de bienestar afectivo y de estabilidad emocional son la norma y no la excepción en el envejecimiento (García, 2017; Miro, 2018).

A partir de la teoría psicosocial de Erikson, el concepto de coherencia, integridad y sabiduría, han cobrado importancia en el estudio del envejecimiento, por su relación con el envejecimiento exitoso y emocionalidad positiva.

Heredia (2020), realiza el estudio que evalúa la relación entre el sentido de coherencia y el envejecimiento exitoso en 116 personas mayores entre 60 y 90 años; evidencia que la ausencia de enfermedad orgánica no es determinante para lograr un envejecimiento exitoso o poseer un alto sentido de coherencia y concluye que las personas mayores que presentan una alta motivación y se orientan de forma positiva a la vida tienden a mostrar una adecuada adaptación a los cambios propios de la vejez, manteniendo conciencia de su condición fisiológica para dar respuestas, afianzando su compromiso con la vida sujeta a una conducta flexible y creativa.

Por lo general, las personas mayores muestran un buen ajuste emocional en esta etapa (Sara, Rivera y Ramos, 2017), y lejos de ser una etapa de soledad, desesperanza y tristeza, ésta se caracteriza por altos niveles de bienestar (Pérez et ál., 2019), satisfacción (García, 2016) y estabilidad emocional (Scheibe y Carstensen, 2010).

Para concluir, compartimos en nuestra investigación las evidencias de la psicología positiva que destaca la influencia que tienen los estados de ánimo positivos en las personas en la forma de pensar y procesar la información de un modo más flexible, favoreciendo las habilidades de afrontamiento y la implicación en el desarrollo personal y consecución de metas significativas (Mata, Fernández, Pascual, Gómez y Fuertes, 2019).

Con respecto al *objetivo específico 3.5., Analizar las relaciones existentes entre satisfacción con la vida, reminiscencias, integridad, propósito y sentido de vida, soledad y sentido de coherencia*, en nuestra investigación, la *satisfacción con la vida*, correlacionó negativamente con la soledad, lo que significa que, a mayor satisfacción vital menor percepción de soledad y de forma positiva y significativa con la aceptación del pasado, la integridad, sentido de coherencia y con el propósito y sentido de vida, es decir, que las personas mayores que presentan mayor satisfacción con la vida, también aceptan el pasado,

alcanzan la integridad, dan sentido de coherencia, sentido a su vida y tienen propósitos o metas.

Zebhauser et ál., (2014), concluyen que la satisfacción con la vida de las personas mayores se asocia negativamente con la soledad, datos que apoyan nuestros resultados, siendo esta asociación más fuerte en hombres que en mujeres. Los factores sociales parecen jugar un papel fundamental.

La satisfacción con la vida es un elemento esencial que forma parte de las dimensiones subjetivas del envejecimiento; engloba el bienestar subjetivo (Flecha-García, 2015).

Diferentes estudios han mostrado que bajos niveles de bienestar subjetivo y falta de sentido de vida se asocian con mayor riesgo de mortalidad; por el contrario, el bienestar subjetivo y sentimiento positivo de vida y satisfacción vital, son factores que predicen la longevidad y el envejecimiento saludable (Torres y Flores, 2018). Las personas que se sienten satisfechas con su vida; integran los buenos y malos momentos de su trayectoria vital y perciben su vida de forma coherente, es decir, tienen la capacidad de comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúan frente al mundo dando valor a aquello que sucede; piensan que la vida merece la pena.

El vínculo entre el sentido de coherencia, buena salud y ajuste psicológico ha sido ampliamente estudiado, reportando correlaciones positivas entre el sentido de coherencia y el bienestar general y psicológico; menor presencia de malestar psicossomático y síntomas depresivos y en definitiva, mejor satisfacción con la vida (Vega, Frías y Del Pino, 2019), resultados que también encontramos en nuestra investigación.

Según Plagg, Engl, Piccoliori y Eisendle (2020), el miedo, estrés, soledad y aislamiento social de las personas mayores durante la pandemia, pueden socavar la capacidad de recuperación y, como consecuencia, comprometer aún más el bienestar

subjetivo, psicológico y en última instancia, la satisfacción vital de las personas mayores vulnerables.

En general, las investigaciones realizadas hasta la fecha sobre la satisfacción con la vida en personas mayores son escasas; en ocasiones, inconsistentes y de necesaria intervención (Etxeberria, 2016).

Debido a la gran cantidad de variables y relaciones de esta investigación, y puesto que ya hemos abordado muchas de ellas; para evitar la reiteración, a continuación, se comentan varios objetivos juntos, que dan respuesta a más relaciones: el *objetivo específico 3.6., Estudiar las relaciones entre reminiscencias y afrontamiento, integridad, propósito y sentido de vida, soledad, y sentido de coherencia; objetivo específico 3.7., Analizar las relaciones entre integridad y propósito y sentido de vida, soledad, y sentido de coherencia; objetivo específico 3.8., Analizar las relaciones entre soledad y propósito y sentido de vida y sentido de coherencia, y objetivo específico 3.9., Analizar las relaciones entre sentido de coherencia y propósito y sentido de vida.*

Encontramos muchas correlaciones significativas entre las dimensiones de la escala de *reminiscencias* y las dimensiones de *afrontamiento*; por ejemplo, *revivir la amargura* correlacionó significativa y negativamente con *afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y aceptación*, siendo las personas que recuerdan para revivir la amargura, las que menos se enfrentan al problema de forma activa, reinterpretan con pensamientos más negativos y no aceptan la situación; la *identidad* correlacionó significativa y positivamente con *planificación, apoyo instrumental social, apoyo emocional, autodistracción, desahogo, reinterpretación positiva y aceptación*; la *resolución de problemas* correlacionó significativa y negativamente con *desconexión conductual y uso de sustancias*; la *preparación para la muerte* correlacionó significativa y positivamente con *afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y*

aceptación; la *reducción del aburrimiento* correlacionó significativa y negativamente con *reinterpretación positiva y aceptación*; el *mantenimiento de la intimidad*, correlacionó significativa y positivamente con *apoyo instrumental, apoyo emocional, autodistracción, desahogo y religión*; la *conversación*, correlacionó significativa y positivamente con *apoyo instrumental, apoyo emocional, desahogo, religión y humor*, y *enseñar e informar*, correlacionó significativa y negativamente con *uso de sustancias*.

Respecto a las dimensiones de la escala de *reminiscencias* y la *integridad*, *revivir la amargura* correlacionó significativa y negativamente con *integridad*, siendo las personas que rumian recuerdos amargos y desadaptativos, las que experimentan menos integridad; la *identidad, resolución de problemas, preparación para la muerte, conversación, enseñar e informar*, correlacionaron significativa y positivamente con *integridad*.

Referente a las dimensiones de la escala de *reminiscencias* y la *soledad*; la *identidad, resolución de problemas, preparación a la muerte, conversación, enseñar e informar*, correlacionaron de forma significativa y negativamente con la *soledad*.

En relación a las dimensiones de la escala de *reminiscencias* y las *dimensiones de propósito y sentido de vida*, por ejemplo, *revivir la amargura*, correlacionó de forma significativa y negativamente con *comprensibilidad, manejabilidad y significancia*; la *identidad, resolución de problemas, preparación a la muerte, conversación y enseñar/informar* correlacionaron significativa y positivamente con *significancia*.

Por último, respecto a las relaciones entre las dimensiones de *reminiscencias* y las dimensiones de *sentido de coherencia*, por ejemplo, la *preparación para la muerte*, correlacionó de forma significativa y positivamente con la *percepción de sentido, experiencia de sentido, metas y tareas y libertad*; *revivir la amargura* correlacionó de forma significativa y negativamente con todas las dimensiones de *sentido de coherencia*, es decir, con la *percepción de sentido, la experiencia de sentido, metas y tareas y libertad*.

A lo largo de esta investigación, hemos visto que la *integridad*, tiene como objetivo revisar toda la vida pasada y examinar los logros y aceptar los fracasos y pérdidas; todo ello, genera sentido de coherencia, confianza y construcción de la propia identidad a pesar de las crisis, dificultades o contingencias que se experimentan a lo largo del ciclo vital.

Mata, Fernández, Pascual, Gómez y Fuertes (2019), encuentran que las personas que se sienten emocionalmente bien y satisfechas con la vida, tienen metas significativas dando a la vida un propósito y sentido, resultados que compartimos en nuestra investigación al relacionar la integridad de forma positiva con sentido de coherencia y mayor propósito y sentido de vida; además, en nuestro estudio, las personas mayores que presentaban mayor integridad, tenían menor percepción y experiencia de soledad.

Los resultados de nuestra investigación indican que la *soledad* correlacionó significativa y negativamente con las dimensiones de sentido de coherencia y con las de propósito y sentido de vida, siendo las personas que experimentan más soledad las que menos coherencia y metas tienen, restándole valor y sentido a la vida. Según Heredia (2020), que estudió el sentido de coherencia, concluyó que las personas que se orientan de forma positiva a la vida, tienen metas y se sienten integrados socialmente, muestran una buena adaptación a la vejez. En esta línea, serán las personas que presenten más soledad, las que menor propósito y sentido de vida tengan, relación que compartimos en nuestra investigación.

Por último, y por lo que respecta *al sentido de coherencia y propósito y sentido de la vida*, nuestros resultados indican que las dimensiones de ambas escalas correlacionaron entre sí de forma significativa, siendo que quienes tenían un buen sentido de coherencia, buena comprensibilidad (capacidad para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúan frente al mundo), manejabilidad (capacidad para enfrentarse a situaciones

adversas) y significancia (sienten que su vida tiene sentido), tienen también más metas y mayor sentido de vida.

Una persona con un alto nivel de significatividad cree que merece la pena invertir su energía en todos aquellos retos y demandas que le rodean, teniendo este constructo un componente motivacional (Antonovsky, 1994).

Vega, Frías y Del Pino (2019), encuentran correlaciones positivas entre el sentido de coherencia y sentido de vida, resultados que compartimos en nuestra investigación.

El objetivo general 4 era Conocer y describir las condiciones de vida tras un periodo de confinamiento, en una muestra de personas mayores que viven en residencias, y el objetivo específico 4.1., Estudiar la duración y el lugar donde se ha llevado a cabo el confinamiento.

No tenemos evidencia de que se hayan realizado estudios de carácter psico-social en centros residenciales durante la pandemia debido fundamentalmente a la prohibición de acceso a los centros por personal externo, siendo por ello, muy difícil encontrar literatura de referencia para contrastar nuestros resultados. Este aspecto hace que nuestra investigación sea especialmente interesante en primer lugar, por ser unas de las primeras investigaciones realizadas en pandemia que evalúan el impacto emocional, cognitivo, funcional y de salud en personas mayores institucionalizadas tras un periodo de confinamiento y aislamiento por la COVID-19, describiendo además, las condiciones de vida, y en segundo lugar, por poder intervenir en variables adaptativas tan afectadas por el confinamiento, con un programa de intervención en reminiscencia integrativa e instrumental en mujeres mayores.

Es importante comentar, que los datos de esta parte de la investigación, se recogieron en el mes de julio y agosto del 2020, una vez finalizada la primera ola de la COVID-19 en España, no registrándose brotes en los centros estudiados, aunque sí se

llevaron a cabo medidas preventivas de aislamiento y confinamiento, cambiando la situación de los centros en la tercera ola.

Finalizada la primera parte de la investigación en la que obtuvimos resultados de bajo estado de ánimo, cognitivo, funcional y de salud tras el periodo de confinamiento, habiendo aumentado el deterioro cognitivo, la dependencia funcional, y empeorado el equilibrio y estabilidad en la marcha, aumentando los síntomas de ansiedad y depresión, consideramos necesario dar un paso más allá y conocer las condiciones de vida que sucedieron durante este periodo.

Respecto a la *duración y lugar* donde se realizó el confinamiento, casi toda la muestra permaneció confinada en el Centro entre 60-90 días (96,7%), coincidiendo con el primer estado de alarma vigente en nuestro país (11.03.2020 al 21.06.2020), no sufriendo restricciones de movilidad dentro de la residencia más de la mitad de los residentes (63,3%) pudiendo acceder a todas las zonas comunes (salones, salas de actividades, gimnasio, terrazas, jardines, cafetería, entre otras); por el contrario, el 31,1% permanecieron aislados en la habitación.

El *objetivo específico 4.2.* era *Analizar las condiciones sociales en las que se ha llevado a cabo el confinamiento*, y hemos encontrado que más de la mitad de la muestra (62,2%) permaneció acompañada la mayor parte del tiempo al compartir habitación con otro residente y mantener relaciones sociales con su grupo; el 27,8% estuvo casi siempre solo, en unos casos por disponer de habitación individual y en otros, por encontrarse en situación de aislamiento y el 10% acompañado puntualmente; en este caso se trata de residentes que aun compartiendo habitación, deciden quedarse solos durante el día.

En relación a si el residente ha permanecido en su *grupo original o ha habido cambio de grupo*, la mayor parte de la muestra permaneció con su grupo habitual (94,4%), aunque es importante comentar que el grupo original quedó dividido en subgrupos, con el

objetivo de tener supervisado y controlado a cada una de las personas y a los profesionales que les atienden, pudiendo realizar así el rastreo y aislamiento del grupo en caso de aparecer un caso positivo por COVID-19; por el contrario, el 3,3% cambió de grupo por cuestiones organizativas teniendo siempre en cuenta el perfil del residente reubicándolo en un grupo con características y necesidades similares y solo el 2,2% permaneció completamente aislado/a en la habitación por decisión propia o familiar, como medida preventiva.

Durante este periodo, las *visitas físicas de familiares y allegados* estaban suspendidas en los centros residenciales, sin embargo, el distanciamiento físico o el aislamiento social no implica necesariamente que no hubiese contacto con familiares y amigos en línea o mediante llamadas telefónicas; el apoyo social percibido a través de las tecnologías puede contrarrestar y disminuir la sensación de aislamiento (Chen y Schulz, 2016). Los residentes pudieron *contactar* por teléfono u otros medios telemáticos; el 33,3% tuvo contacto con más *frecuencia* de la habitual, debido a la preocupación y ansiedad familiar por la situación dramática vivida en las residencias a causa de la COVID-19 y por la restricción de visitas físicas; el 64,4% mantuvo la frecuencia habitual de contacto previo al confinamiento y no mantuvieron ningún contacto el 2,2%, ya que estos residentes no tenían familia o en caso de tenerla eran familiares de segundo grado de consanguinidad; manteniendo un contacto diario con sus familiares o allegados el 53,30% de los residentes.

En relación a los *medios*, el 50% de los residentes se comunicó exclusivamente por audio, al disponer los residentes de teléfono móvil y centralita y el 36,7% combinó audio con videollamadas gestionadas por los profesionales del centro (psicóloga, trabajadora social y animadora sociocultural).

Existe incierta evidencia sobre la efectividad de las videollamadas en personas mayores: Yasuda et ál. (2013), demostraron que las videollamadas tuvieron efectos

positivos sobre la estabilidad psicológica y las actividades de la vida diaria, sin embargo, Seifert (2020), indica que pueden ayudar a mantener las conexiones sociales, pero la calidad de los contactos se reduce en comparación con las interacciones físicas cara a cara y es posible que algunas personas mayores no tengan acceso a tales tecnologías, siendo más una limitación y fuente de ansiedad que un recurso.

La COVID-19 ha puesto de manifiesto *la brecha digital* entre la población, especialmente en personas mayores lo que además se relaciona con mayores índices de soledad, aislamiento, deterioro cognitivo y funcional (Bhattarai y Phillips, 2017).

En cuanto al *objetivo específico 4.3.*, que era *Valorar la influencia de los medios de comunicación en las residencias donde se ha llevado a cabo el confinamiento*, casi la totalidad de los residentes (98,9%) estuvo expuesto a información sobre la COVID-19 no recibiendo información al respecto el 1,1%.

La información puede ser un arma de doble filo si se recibe en exceso. Estar expuestos a demasiada información en la que predomina imágenes pandémicas lleva a presentar síntomas de ansiedad. En el estudio de Wang et ál. (2020), encontraron una relación negativa con el impacto psicológico; el tipo y fuente de información parece fundamental para nuestro bienestar psicológico (Ko et ál., 2020).

Existe poca evidencia sobre cómo las personas mayores reciben la información durante la pandemia y si las campañas de modificación de conducta han tenido éxito o no en esta población (Doraiswamy, Cheema y Mamtani, 2020). El mensaje tiene que ser limitado, focalizado e inequívoco con la intención de no abrumarlos o confundirlos, distando mucho de la realidad al estar sometidos a constantes cambios de discurso e indicaciones por los medios de comunicación, entre otros.

Por lo que respecta al *objetivo específico 4.4.*, *Analizar las actividades de ocio y terapéuticas realizadas durante este periodo*, son las *tertulias* la actividad más realizada (15,6%) y las *actividades físicas* (gimnasia, taichi) las menos (3,3%).

La realización de actividades puede ser un buen aliado para estimular las capacidades cognitivas, fomentar las relaciones sociales minimizando la experiencia de soledad, mejorar el estado de ánimo, entre otras, siendo especialmente relevantes en la situación de aislamiento que viven los centros residenciales.

Las *tertulias* son las actividades que más se realizan durante la pandemia debido a la gran necesidad que tienen los residentes de conocer y compartir información relacionada con la COVID-19 desde un punto de vista sanitario, social, económico y político, compartiendo también preocupaciones personales y familiares. Esta actividad permite regular emociones; miedo, angustia, preocupación, mejorando los niveles de estrés y ansiedad. La *lectura*, especialmente de prensa, seguida de revistas y libros, son las actividades individuales que más realizan, presentando una relación directa la lectura de prensa con la participación en las tertulias.

La *música* es un elemento presente en la vida de los residentes, ya sea como actividad de ocio individual o actividad grupal con sesiones de musicoterapia guiadas por el musicoterapeuta que semanalmente acude a los centros. Esta actividad también es de las que más gusta a los residentes; además, presenta muchos beneficios a nivel cognitivo (memoria, lenguaje, atención, concentración), a nivel social (previene el aislamiento, refuerza las relaciones sociales, promueve el estado anímico positivo, mejora la autoestima) y a nivel físico (relajación física al disminuir la ansiedad, mejora el movimiento; expresión corporal y agudiza los sentidos).

Muchos de los residentes han aumentado la participación en *actividades espirituales y religiosas*; meditar, rezar, asistir a misa, debido a la situación de estrés

provocada por la pandemia, siendo esta actividad también un estilo de afrontamiento, como hemos visto en el cap. 6.

Son las actividades de *estimulación cognitiva, artísticas, juegos de mesa, labores y TV, las* que quedan relegadas a un segundo plano, con una menor participación

Resulta interesante saber que las *actividades físicas* (gerontogimnasia, taichí, petanca), y *actividades al aire libre* dentro de las instalaciones del centro (jardines, terrazas y piscina), son las menos realizadas durante el confinamiento, a pesar de realizarse en el exterior minimizando el riesgo de contagio por la COVID-19 y los efectos positivos que produce en la persona tanto en la salud física como mental (Groot et ál., 2016). Hay revisiones que indican que el ejercicio físico moderado y adaptado a esta población se asocia a un menor riesgo de mortalidad por los efectos positivos a nivel cardiovascular; se asocia a menor riesgo de caídas y a nivel psicosocial previene el aislamiento, sintomatología depresiva y trastornos derivados de la ansiedad (García-Molina, Carbonell y Delgado, 2010; Garcia, Ramirez, Ypia, y Tonguino-Rosero, 2016), por lo que influye en el sentimiento de autoeficacia y calidad de vida; siendo por todo ello necesario potenciar desde los centros residenciales este tipo de actividades en tiempos de pandemia.

Aunque los residentes no identificaron como actividad propiamente dicha, la *actividad intergeneracional* de intercambio de cartas con los niños de diferentes colegios, reconocieron que esta experiencia fue muy grata y positiva al poder compartir con otras generaciones; experiencias, preocupaciones y consejos, avalados por la experiencia de las personas mayores; reduciendo el sentimiento de soledad, mejorando el estado de ánimo, autoestima y sentimiento de utilidad, tan importante este último en los tiempos que vivimos donde el edadismo sigue estando muy presente en la sociedad.

Las personas que se encuentran *confinadas* en sus habitaciones temporalmente por los motivos que ya hemos comentado, recibieron material de estimulación por parte de los

profesionales con el objetivo de poder seguir estimulando y ejercitando las capacidades cognitivas, físicas y funcionales. A nivel cognitivo, la psicóloga facilitó fichas de estimulación que permite ejercitar funciones cognitivas; orientación espacio-temporal, atención, memoria, praxis, lenguaje, entre otras y la ficha correspondiente al “diario positivo” donde se valora y agradece los pequeños detalles de cada día (tener una familia que nos quiere, vivir con comodidades, estar sano), restando importancia a las cosas negativas; permite establecer pequeños objetivos que les hagan sentir mejor. Es sabido que esta intervención mejora la salud, autoestima y disminuye los niveles de estrés y ansiedad, siendo una actividad muy interesante para contrarrestar los efectos del aislamiento.

A nivel físico y funcional, la fisioterapeuta realizó las intervenciones de mantenimiento y rehabilitación en la habitación a nivel individual y les llevó material del gimnasio (pedales, pesas, churros, gomas) que fue rotando por las habitaciones de las personas confinadas.

A pesar de la buena voluntad y profesionalidad, la participación en las actividades disminuyó por dos razones fundamentales: 1. Las personas mayores no se sentían tan motivadas en la realización de las actividades al no poder compartirlas con el grupo de iguales; 2. Por no disponer los centros de suficientes recursos humanos para poder atender a todas y cada una de las necesidades individuales en esta situación de excepcionalidad.

En relación con el objetivo específico 4.5., *Valorar las posibles reacciones emocionales, comportamentales e incidencias de salud durante este periodo*, diferentes estudios sobre el impacto psicológico de la COVID-19, muestran que más de la mitad de la población (53,8%), experimentó impacto psicológico moderado o severo (Wang et ál., 2020). Gustavsson y Beckman (2020), analizaron cómo perciben su salud mental personas mayores de 70 años o más en situación de aislamiento; aproximadamente la mitad de los encuestados informaron sentirse deprimidos.

El aislamiento, distanciamiento social y desconexión social, están relacionados con la depresión y ansiedad. La desconexión social autopercibida y el aislamiento percibido, predicen síntomas más altos de depresión y ansiedad (Mukhar, 2020a; Rana et ál., 2020; Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg y Rubin, 2020).

En nuestra investigación, hemos encontrado índices todavía más altos a los mencionados por los autores; el 70% presentó *reacciones emocionales* asociadas a miedo a morir como consecuencia de la COVID-19, ansiedad ante las posibles pérdidas de familiares y seres queridos y angustia por separación al no tener posibilidad de estar con hijos y nietos debido a las restricciones de acceso a los centros residenciales. Resultados similares hemos obtenido en cuanto a *incidencias comportamentales* (71,1%), destacando que casi la mitad de la muestra ha presentado problemas de *ansiedad* y *apatía* y tres de cada cuatro residentes, han presentado *trastornos del sueño*. Este alto porcentaje puede deberse al hecho de estar institucionalizado, por un lado, ya que según Pino (2013), existe mayor prevalencia de problemas de salud mental en personas mayores que viven institucionalizadas en comparación con personas mayores que viven en otro tipo de entorno, y por otro, por la situación actual de pandemia. Las *incidencias comportamentales* han llevado a un incremento de consumo de psicofármacos, engrosando aún más si cabe, la polifarmacia en los centros residenciales.

En nuestra investigación obtenemos mejores resultados en *depresión* que los encontrados por otros estudios al indicar que cuatro de cada diez personas mayores que viven en residencias están deprimidas (Cooke, O'Hanlon, Mukherjee, Nee y Thompell, 2017) y la mitad de personas mayores que viven en comunidad sufren síntomas depresivos e insomnio como consecuencia de la pandemia (Gustavsson y Beckman, 2020).

Hemos encontrado pocas incidencias comportamentales relacionadas con *delirios*, *trastornos de conducta*, *desinhibición* y *conducta motora aberrante*; ello puede deberse a

que estas incidencias están más vinculadas a personas que presentan deterioro cognitivo moderado y/o grave secundarios a demencia, no siendo este el perfil de nuestra muestra.

Y para concluir, el 27,8% presentó *incidencias de salud* durante el periodo de confinamiento destacando la *infección respiratoria* (11,1%), siendo una de las principales razones por las que se aislaba de forma preventiva al residente por presentar síntomas compatibles por la COVID-19 o ser persona de riesgo y *dispepsia* (20%), posiblemente ocasionada por ansiedad.

En relación con el *objetivo específico 4.6., Analizar si ha habido aislamiento preventivo, motivo y duración del mismo*, en nuestra investigación, el 12,2% de los residentes permanecieron en *aislamiento preventivo por ser persona de riesgo* (2,2%), *contacto estrecho* (1,1%) o presentar *sintomatología compatible con la COVID-19* (8,9%). Es importante comentar que en este primer estado de alarma y confinamiento, los centros estudiados no registraron casos de la COVID-19, siendo por ello tan bajo el porcentaje de aislamiento preventivo.

La mayor parte de los residentes (87,8%) no permanecieron en aislamiento preventivo, por el contrario, el 6,7% permanecieron aislados en su habitación entre 7-15 días. Es necesario comentar que no ha existido un único criterio a la hora de establecer cuántos días debía de permanecer el residente aislado en la habitación, ya que variaba en función de los conocimientos aportados por los científicos referente al comportamiento del virus.

2. Discusión Estudio 2

En segundo lugar, se discuten los resultados de los objetivos planteados por el Estudio 2 de nuestra investigación.

En primer lugar, el objetivo general 5 era *Analizar la eficacia de una intervención psicosocial a partir de un Programa de Reminiscencia Integrativa en un grupo de mujeres*

mayores que viven en residencias y el objetivo específico 5.1., era Analizar el efecto de la intervención de reminiscencias en mujeres mayores sobre diferentes variables psicofuncionales: cognitivas, depresión y ansiedad, y si dichos efectos se mantienen en el tiempo.

Con respecto al *aspecto cognitivo*, encontrando un efecto marginalmente significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo.

En el grupo tratamiento, se produjo una mejoría cognitiva tras la intervención, aunque empeoró ligeramente en el seguimiento. Es importante comentar que la evaluación de seguimiento se realizó inmediatamente después de *desconfinar* a las residentes que permanecieron más de un mes aisladas en las habitaciones por brote, favoreciendo esta situación de aislamiento y soledad, el deterioro cognitivo, ya que evitar la soledad ha demostrado ser protector de las funciones cognitivas (Borges et ál., 2019); respecto al grupo control aumentó significativamente el deterioro cognitivo en los tres tiempos (pre-intervención, intervención y seguimiento). Por todo ello, podemos afirmar que la intervención en reminiscencia mejora la capacidad cognitiva en mujeres mayores; existen estudios que abalan estos resultados (Cho, 2016; Meléndez et ál., 2015; Duru y Kapucu, 2016; González et ál., 2015; Van Bogaert et ál., 2016), aunque también es relevante comentar que el objetivo principal de la reminiscencia no es el mejorar las capacidades cognitivas, sino las variables emocionales y adaptativas.

En segundo lugar, y con el fin de analizar el efecto de la intervención de reminiscencias sobre la *Depresión y Ansiedad*, se mostró un efecto significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo en ansiedad y depresión.

Al analizar cada grupo a lo largo del tiempo, se obtuvieron diferencias significativas en el grupo tratamiento a lo largo de los tres tiempos en *ansiedad*. Concretamente, y por lo que respecta al grupo tratamiento se produce un descenso significativo de las puntuaciones

de la media pre al post, indicándonos que la intervención mejora los niveles de ansiedad, aunque posteriormente se produce un incremento significativo en la medida de seguimiento, pudiéndose deber a los efectos del periodo de aislamiento incluyendo además durante este periodo, las fiestas navideñas, donde las residentes estuvieron solas, sin visitas de la familia; con el único contacto familiar a través de llamadas y videollamadas. El aislamiento, distanciamiento físico entre personas, prohibición de visitas de familiares, paseos rutinarios y salidas, impactan directamente en aspectos emocionales muy relevantes para la salud de las personas mayores (Asmundson y Taylor, 2020), pudiendo repercutir en el aumento de sentimientos de soledad, miedo o desamparo y en los índices de depresión y ansiedad (Berg-Weger y Morley, 2020; Rana et ál., 2020).

En cuanto al grupo control se observa un aumento significativo de la media pre al post y de la medida post a la de seguimiento, empeorando en todos los tiempos los niveles de ansiedad. Por todo ello, podemos afirmar que la intervención en reminiscencia mejora la ansiedad en mujeres mayores.

Por otro lado, en la variable *depresión* se obtuvieron diferencias significativas en el grupo tratamiento y control a lo largo de los tres tiempos. En el grupo tratamiento se observa un ligero descenso marginalmente significativo entre la medida pre y post, mejorando la intervención la sintomatología depresiva, aunque posteriormente se produce un incremento significativo en la medida de seguimiento; esto puede deberse al hecho de permanecer en una situación de aislamiento, especialmente en fechas navideñas, tal y como hemos comentado en el caso de la ansiedad. En el grupo control se observa un aumento significativo de depresión en la media pre al post y de la medida post a la de seguimiento, empeorando en todos los tiempos.

El efecto positivo de la reminiscencia en la ansiedad y la depresión, puede deberse a que en las sesiones las mujeres mayores recuerdan hechos concretos que llevan a recordar

emociones positivas y a reinterpretar e integrar los recuerdos con valencias emocionales negativas, siendo esta función adaptativa; además, la intervención se realiza en grupo, favoreciendo las relaciones sociales, disminuyendo la experiencia de soledad y a su vez, mejorando el estado emocional.

Los síntomas depresivos se asocian con el uso desadaptativo de las funciones de reminiscencia. La persona centra sus recuerdos en metas no alcanzadas; sufre arrepentimiento y pérdida de significado de vida (Fernández, Ros, Escribano y Serrano, 2020).

Muchos estudios apoyan nuestros resultados al mejorar la intervención en reminiscencia los niveles de ansiedad y depresión (Charlesworth et ál, 2016; Duru y Kapucu, 2016; González et ál., 2015; Bailey et ál., 2017; Van Bogaert et ál., 2016; Yang et ál., 2016, Cha, 2016; Lopes et ál., 2016; Meléndez et ál., 2015, Siverová y Buzgová, 2018; Viguer et ál., 2017; Liu y Li, 2021; Zhao, 2021; Ameri, Nobahar, Ghorbani, Bazghalee, Sotodeh-Asl y Babamohamadi, 2021), siendo por ello una intervención eficaz para mejorar el estado de ánimo en mujeres mayores que viven en residencias en situaciones de aislamiento.

El último objetivo era el *objetivo específico 5.2., Analizar el efecto de la intervención en reminiscencias en las diferentes variables psicológicas y adaptativas: afectividad, satisfacción con la vida, afrontamiento, en los usos del recuerdo/reminiscencias, integridad, sentido de vida, percepción de soledad y sentido de coherencia tras la aplicación de la intervención.* Existen pocas investigaciones que estudian la relación entre variables adaptativas e integridad; significado de vida (Bohlmeijer, Westerhof y Emmerik-de Jong, 2008), resiliencia, capacidad adaptativa (Meléndez, Fortuna, Sales y Mayordomo, 2015), bienestar psicológico, satisfacción vital y calidad de vida (González, Mayordomo, Torres, Sales y Meléndez, 2015), a pesar de ser tan importantes en la vejez. La persona mayor tiene que enfrentarse a cambios y desafíos; pérdida de iguales, salud, poder adquisitivo; además en la situación actual de pandemia,

pérdida de libertad y de seres queridos. Cuando las pérdidas representan fracasos, y la persona piensa que no tiene recursos suficientes para afrontar la situación, puede aparecer el sentimiento de desesperanza, siendo la terapia de reminiscencia una herramienta eficaz para mejorar la capacidad adaptativa.

En nuestra investigación y respecto al efecto de la intervención en reminiscencias en las diferentes variables psicológicas y adaptativas: afectividad, satisfacción con la vida, afrontamiento, usos del recuerdo/reminiscencias, integridad, sentido de vida, percepción de soledad y sentido de coherencia tras la aplicación de la intervención, analizamos el efecto de la intervención en cada una de ellas.

En primer lugar, se evaluó el afecto positivo y negativo en general. La apatía que viven muchas personas en residencias se relaciona con afecto negativo. El *afecto positivo* es un elemento protector que se relaciona con buena salud cognitiva, funcional, emocional y social y el *afecto negativo* es un factor de riesgo de enfermedades (Krijthe, Walter, Hofman, Hunink y Tiemeier, 2011).

Por lo que respecta al *afecto negativo*, se observó un efecto significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo. Tras la intervención, las participantes presentaron menos emocionalidad displacentera (frustración, enfado, tristeza, amargura) y malestar (miedos, inhibiciones, inseguridades y frustración).

Respecto al grupo control, se ha encontrado una mayor puntuación en afecto negativo en todos los tiempos, presentando más emocionalidad displacentera que el grupo tratamiento; experimentando menos satisfacción vital, aceptación del pasado, integridad, sentido de coherencia, propósito y sentido de vida, llevando todo ello a la experiencia de desesperación, fruto de emociones contenidas durante la existencia; rabia, odio, culpabilidad y vergüenza, entre otras.

Por lo que respecta al *afecto positivo*, se observó un efecto significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo. Las participantes tras la intervención, presentaron más emociones placenteras caracterizadas por altos niveles de interés, motivación, energía, deseo y sentimientos de dominio, logro o éxito, lo que lleva a sentimientos de satisfacción, entusiasmo, energía, amistad, unión, y confianza, que comúnmente se relaciona con la extroversión, optimismo y capacidad de resiliencia. Estudios previos secundan nuestros resultados en los que las emociones positivas predominan sobre las negativas en las personas mayores (Zamarrón et ál., 2007; Córdoba, 2018).

Sentirse emocionalmente bien y satisfecho con la vida es esencial de cualquier etapa del ciclo vital ya que un estado de ánimo positivo es clave para afrontar cualquier tipo de problema o adversidad. Esta importancia crece en la vejez donde las emociones constituyen un aspecto fundamental ya que forman parte del desarrollo de la integridad y ayudan a las personas a enfrentarse a la última etapa de vida de una manera positiva.

En segundo lugar, la intervención de reminiscencias en mujeres mostró un efecto significativo para la interacción tiempo-grupo en la variable de *satisfacción vital*. La satisfacción con la vida es un elemento esencial que forma parte de las dimensiones subjetivas del envejecimiento; engloba el bienestar subjetivo (Flecha-García, 2015).

Tras la intervención, las participantes presentaron más satisfacción con la vida; sintieron que aman sus vidas y que las cosas les van bien a pesar de tener identificadas áreas de insatisfacción (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985); son más resilientes para afrontar las frustraciones y tienen mayor capacidad de regulación emocional (Scheibe y Carstensen, 2010).

Una de las funciones de la reminiscencia es transformar los acontecimientos negativos en resultados positivos favoreciendo con ello, la satisfacción vital, tarea que realizan las participantes en las sesiones.

Tal y como hemos visto en otras variables, los efectos de la intervención no se mantienen en la medida de seguimiento y puede deberse a la interferencia entre los resultados de nuestra investigación y los efectos devastadores del aislamiento como consecuencia del brote por la COVID-19, realizándose la medida de seguimiento justo después de *desconfinar* a las residentes de las habitaciones.

Respecto al grupo control, se han encontrado menores puntuaciones en satisfacción en todos los momentos temporales. Según Plagg, Engl, Piccoliori y Eisendle (2020), el miedo, estrés, soledad y aislamiento social de las personas mayores durante la pandemia, puede comprometer el bienestar subjetivo, psicológico y en última instancia, la satisfacción vital, siendo este el grupo más vulnerable al no disponer de los recursos que ofrece la intervención en reminiscencia; en esta línea, Barrett, Hogleve, y Brügger, (2020), estudian el efecto de las restricciones impuestas a consecuencia de la COVID-19 e indican que el confinamiento tiene un efecto negativo en el bienestar y en la satisfacción, resultados que compartimos en nuestra investigación.

Por todo ello, podemos afirmar que la intervención en reminiscencia mejora la satisfacción vital, en mujeres mayores que viven en residencias. Los pocos estudios en reminiscencia que han evaluado esta variable, apoyan nuestros resultados (González, Mayordomo, Torres, Sales y Meléndez, 2015; Gonçalves, Alburquerque y Paul, 2009; Meléndez, Fortuna, Sales y Mayordomo; 2015; Liao, Bluck y Glück, 2021), siendo eficaz para mejorar la satisfacción vital en mujeres mayores que viven en residencias en tiempos de pandemia.

Las *estrategias de afrontamiento* aplicadas para resolver los conflictos internos y externos pueden favorecer un envejecimiento satisfactorio; son diversos los estudios que analizan los diferentes tipos de afrontamientos utilizados por las personas mayores y los efectos al relacionarlos con la salud psicológica (Luna, Ramos y Rivera, 2016; Penley et ál., 2002).

Por lo que respecta al *afrontamiento* en nuestro estudio, se observó un efecto significativo de la intervención en reminiscencias para la interacción tiempo-grupo tanto en *afrontamiento activo* como en *afrontamiento pasivo*.

Las participantes tras la intervención, presentaron más *afrontamiento activo*; se enfrentaron al problema de forma directa realizando actividades que minimizaban el impacto de la situación crítica, regularon emociones, interpretaron de forma positiva y buscaron significado, y menos *afrontamiento pasivo*; evitando la situación y no comprometiéndose en resolver la situación adversa. Nuestros resultados apoyan los estudios de Gutmann (1974), Pfeiffer (1977), Carver y Connor (2010), que indican que las personas mayores utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento activo; inician acciones directas, incrementan los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor y planifican estrategias y dirección de acción para afrontar la situación estresante. En definitiva, utilizan estrategias funcionales al presentar un estilo de afrontamiento activo y directo reevaluando de forma positiva y tomando medidas de apoyo social y expresión emocional.

Los efectos de la intervención se mantuvieron en la medida de seguimiento en el afrontamiento activo, dotando de recursos (reformulación positiva, apoyo emocional e instrumental) a las mujeres mayores de la investigación para enfrentarse a situaciones adversas; sin embargo, se produjo un aumento del afrontamiento pasivo pudiéndose deber a la no aceptación o negación de la situación de pandemia que vivimos y falta de control

(manejabilidad) para mejorarla, siendo este tipo de afrontamiento desadaptativo para la persona.

Respecto al grupo control y en la medida de seguimiento, se halla una disminución muy importante del afrontamiento activo y aumento del afrontamiento pasivo; al comparar con el grupo tratamiento, podemos afirmar que la intervención en reminiscencia mejora la capacidad de afrontamiento en mujeres mayores, resultados que apoyan diferentes investigaciones (Siverová y Buzgová, 2018; Meléndez, Fortuna, Sales y Mayordomo, 2015; Satorres, Viquer, Fortuna y Meléndez, 2018 y Asiret y Dutkun, 2018).

Tal y como hemos visto a lo largo de esta tesis, la *reminiscencia* es la evocación de recuerdos del pasado de relevancia personal que pueden surgir espontánea o intencionalmente con el fin de cumplir un propósito; no es la frecuencia de recordar el pasado, sino la forma en que la gente mira hacia atrás e interpreta su historia de vida (Korte, Westerhof y Bohlmeijer, 2012).

En relación a los usos del *recuerdo/reminiscencias*, la intervención de reminiscencias en mujeres mayores mostró un efecto significativo para la interacción tiempo-grupo en todas las dimensiones; revivir amargura, resolución de problemas, preparación a la muerte, reducción aburrimiento, mantenimiento intimidad, conversación e informar-enseñar. Las participantes tras la intervención al recordar sus experiencias de vida, lo hacían con menos amargura, mayor coherencia, valor, significado y sentido; identificaban situaciones del pasado similares a los desafíos actuales y aplicaban técnicas adaptativas de afrontamiento, presentaban menos miedo a la muerte y mayor aceptación; mantenían viva la memoria de personas significativas de las que se encontraban separados principalmente por muerte; compartían los recuerdos personales e ideologías sin intención instructiva o de evaluación. Los efectos de la intervención se mantienen a los tres meses en algunas dimensiones; aburrimiento, mantenimiento de la intimidad, conversación e

informar/enseñar, sin embargo, no se mantienen en amargura, resolución de problemas y preparación para la muerte pudiéndose explicar por el efecto del aislamiento y pandemia ya que las participantes presentaron emocionalidad displacentera, falta de control ante la COVID-19 y más temor a la muerte al sufrir pérdidas de compañeros y amigos del centro; temer por su vida e incluso por la de sus familiares y seres queridos.

Respecto al grupo control se obtienen peores resultados en todas las dimensiones y en todos los tiempos respecto al grupo tratamiento a excepción de la reducción del aburrimiento que se mantiene en el seguimiento.

Por todo ello, podemos afirmar que la intervención en reminiscencia mejora el uso de los recuerdos favoreciendo la salud mental, ajuste y bienestar (Hallford y Mellor, 2013; Shellman y Zhang, 2014; Ros et ál., 2016); especialmente en mujeres mayores que viven en residencias al presentar más uso de reminiscencias negativas que los hombres cuando se enfrentan a situaciones de estrés (Fernández, Ros, Escribano y Serrano, 2020).

En cuanto a la *integridad*, la intervención de reminiscencias en mujeres mostró un efecto significativo para la interacción tiempo-grupo. Las participantes tras la intervención, aceptaron su vida personal como significativa; resolvieron conflictos del pasado; aceptaron las experiencias del pasado tanto positivas como negativas; presentaron menos miedo a la muerte, favoreciendo todo ello el logro de la sabiduría.

La integridad, mejora la salud física y mental en general (Webster, Westerhof y Bohlmeijer, 2014); la felicidad (Bergsma y Ardel, 2012); disminuye la soledad (Lee et ál., 2019); se asocia positivamente con la satisfacción de vida (Ardelt, 2000); el bienestar subjetivo (Ardelt, 1997) y facilita el proceso adaptativo.

Tal y como hemos visto en otras variables, los efectos de la intervención no se mantienen en la medida de seguimiento, pudiéndose deber al impacto del aislamiento y confinamiento por la COVID-19.

Respecto al grupo control, encontramos una disminución de la integridad en todos los tiempos, lo que lleva a la no aceptación de hechos del pasado, sentimientos de culpabilidad, frustración ante fracasos pasados y desesperación; genera malestar e incluso depresión (Erikson, 2000). En contexto de pandemia, las personas mayores viven experiencias negativas por pérdida de iguales, salud y libertad; experimentan aún más sentimientos de tristeza y desesperanza.

Meléndez et ál. (2015), realizan en comunidad una intervención en reminiscencia y obtienen mejoría en integridad, resultados que apoyan a los de nuestra investigación, siendo la reminiscencia una intervención eficaz para mejorar la integridad en mujeres mayores que viven en residencias.

En relación al *sentido de vida*, la intervención de reminiscencias en mujeres mayores mostró un efecto significativo para la interacción tiempo-grupo en todas sus dimensiones: percepción del sentido, experiencia del sentido, metas y tareas y dialéctica destino-libertad.

Las participantes tras la intervención, presentaron más sentido de vida al tener motivos y razones por los que vivir; hicieron una valoración más positiva de la vida; percibieron la propia vida y vida cotidiana con sentido, plenas de cosas buenas; tuvieron objetivos ligados a acciones concretas de la vida; más percepción de responsabilidad personal y capacidad para decidir sobre su destino.

En la variable sentido de vida y siguiendo la dinámica de las variables estudiadas, no se mantienen los resultados en la medida de seguimiento, obteniéndose en todas ellas peores puntuaciones; puede deberse a los efectos del periodo de aislamiento.

Respecto al grupo control, se halla una disminución de la puntuación en sentido de vida en todos los tiempos.

Teniendo en cuenta los resultados de nuestra intervención, y al comparar la evolución en los tiempos del grupo tratamiento con el grupo control, podemos afirmar que la intervención en reminiscencia mejora el sentido de vida. Diferentes estudios han mostrado que la falta de sentido de vida se asocia con mayor riesgo de mortalidad; por el contrario, el bienestar subjetivo y sentimiento positivo de vida y satisfacción vital, son factores que predicen la longevidad y el envejecimiento saludable (Torres y Flores, 2018; Flecha, 2019).

Las personas que se sienten satisfechas con su vida integran los buenos y malos momentos de su trayectoria vital y perciben su vida de forma coherente, es decir, tienen la capacidad de comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúan frente al mundo dando valor a aquello que sucede; piensan que la vida merece la pena.

Existen pocas investigaciones en reminiscencia que estudian el sentido de vida (Bohlmeijer et ál., 2008; Gonçalves et ál., 2009; Meléndez et ál., 2015); todas ellas obtienen buenos resultados tras la intervención, lo que apoya nuestros resultados, siendo por ello la intervención en reminiscencia una herramienta eficaz para mejorar el sentido de vida de las mujeres mayores que viven en residencias en contexto de pandemia.

La *soledad* se manifiesta cuanto mayor es la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que efectivamente se tienen; es un problema grave al que se enfrentan muchas personas mayores y lleva a un devastador coste físico y mental; contribuye a problemas de salud y mortalidad temprana (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015); frecuentemente estigmatizada, trivializada o ignorada, a pesar de la fuerte asociación con la morbilidad física, psicológica y mortalidad prematura (Cacioppo y Cacioppo, 2018).

Respecto a la percepción de *soledad* se observó un efecto significativo de la intervención en reminiscencias para la interacción tiempo-grupo.

Las participantes tras la intervención, presentaron menos experiencia de soledad. La relación con otras personas proporciona una sensación de conexión, comodidad y fuente de resiliencia que es un fuerte amortiguador de los problemas de la vida y los sentimientos de estrés y angustia (Flett, Khan y Su, 2019), especialmente durante la pandemia (Flett y Zangeneh, 2020).

Los efectos de la intervención no se mantienen en la medida de seguimiento; puede deberse a los efectos del periodo de aislamiento ya que como hemos visto en capítulos anteriores, existe una relación significativa entre soledad y aislamiento. Es importante recordar que la evaluación de seguimiento se realizó inmediatamente después de la aparición de brote en la residencia y confinamiento de las participantes en las habitaciones durante más de un mes.

Respecto al grupo control, se halla un aumento de la puntuación en soledad en todos los tiempos, siendo muy significativo en la medida de seguimiento. Las mujeres mayores de este grupo, tienen menos metas; propósito de vida; sentido de coherencia; restan valor y sentido a la vida.

No conocemos investigaciones de intervención en reminiscencia que hayan estudiado la soledad en personas mayores, sin embargo, debido a los buenos resultados de nuestra investigación, podemos decir que la intervención en reminiscencia es eficaz para mejorar la experiencia de soledad en mujeres mayores que viven en residencias y en situación de aislamiento por pandemia.

El *sentido de coherencia* es la capacidad de la persona de percibir el significado del mundo que le rodea, así como adquirir la relación entre las acciones y las consecuencias de éstas en el entorno; tiene como objetivo principal medir la orientación global de personalidad, la cual, facilita la solución de problemas de una forma adaptativa ante situaciones estresantes (Peña, 2014).

En relación al *sentido de coherencia*, en nuestra investigación se observó un efecto significativo para la interacción tiempo-grupo en las dimensiones de comprensibilidad y significancia pero no para la dimensión de manejabilidad.

Las participantes tras la intervención, presentaron más *comprensibilidad*, es decir, capacidad para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúan frente al mundo, pero menos *manejabilidad* que hace referencia al grado en el que las personas entienden que disponen de los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del entorno, y también, menos *significancia*, restándole valor a la vida; pensando que la vida no merece la pena. Estos resultados tienen mucho sentido si los analizamos en el contexto de pandemia en el que las participantes saben y conocen cuál es la situación que vivimos, pero no tienen recursos para solucionarla y además, después de haber sufrido pérdidas, incertidumbre, miedo, inseguridad y soledad, entre otras, sienten que ya han cumplido su misión en la vida, no presentando interés por seguir viviendo. Vega, Frías y Del Pino (2019), encuentran correlaciones positivas entre el sentido de coherencia y sentido de vida.

Tal y como hemos visto anteriormente, los efectos de la intervención no se mantienen en la medida de seguimiento por las razones que hemos comentado.

Respecto al grupo control, se halla una disminución de la puntuación en sentido de coherencia en todas las dimensiones y tiempos, siendo muy interesante trabajar esta variable adaptativa por los profesionales de los centros residenciales por repercutir, además, en la salud y en el ajuste psicológico (Vega, Frías y Del Pino, 2019).

No conocemos investigaciones de intervención en reminiscencias que hayan estudiado el sentido de coherencia y con los que podamos comparar nuestros resultados; sin embargo, a pesar de no haber conseguido los resultados esperados tras la intervención, conseguimos mejorar la comprensibilidad; comparando la evolución del grupo tratamiento con el grupo control, podemos afirmar que la intervención en reminiscencia mejora el

sentido de coherencia en las mujeres mayores que viven en residencias, siendo la reminiscencia una intervención eficaz.

Capítulo IX

Conclusiones

Parar" cerrar "esta" tesis "doctoral es interesante recoger los aspectos más relevantes de "la "investigación; "exponer" brevemente las principales conclusiones que pueden ser un aporte" para " futuras" investigaciones y proyectos relacionados.

A modo de resumen, recordamos que han sido dos los objetivos que han guiado la tesis doctoral: en primer lugar, conocer el impacto emocional, cognitivo, funcional y de salud que ha tenido el periodo de confinamiento y aislamiento por la COVID-19 en las personas mayores que viven en residencias, y en segundo lugar, evaluar el impacto que ha tenido el programa de intervención en reminiscencia integrativa en mujeres mayores, realizándose por ello, dos estudios.

La pandemia COVID-19, ha golpeado especialmente a las personas mayores que viven en residencias afectando en el *estado de ánimo, cognitivo, funcional y de salud* tras un periodo de confinamiento, aumentando el deterioro cognitivo, dependencia funcional, empeorando el equilibrio y estabilidad en la marcha y aumentando los síntomas de ansiedad y depresión.

El consumo de *psicofármacos* se ha incrementado “para aliviar el displacer”, lo que lleva a una mayor *polimedicación* en los centros residenciales. Más de la mitad (67%) consumen fármacos *hipnóticos o sedantes o ansiolíticos* no benzodiazepínicos, casi un 66% *antidepresivos* y un 35% *benzodiazepinas*.

Las *enfermedades crónicas o de larga duración* que más sufren las personas que han participado en el estudio son la *insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica*, siendo esta última especialmente relevante en la COVID-19.

Casi la mitad de la muestra presenta alta *comorbilidad*, teniendo mayor riesgo de fallecer asociado a esta condición.

Las personas que han participado en esta investigación presentan percepción de *dolor leve a moderada*, tienen buenos niveles de afecto positivo y bajos de afecto negativo, presentando en general, buena *afectividad* y se sienten *satisfechos* con su vida a nivel global: aman sus vidas a pesar de tener identificadas áreas de insatisfacción.

Utilizan estrategias de *afrontamiento activo y directo* (funcional): reevalúan la pandemia de forma positiva y toman medidas de apoyo social y expresión emocional.

Hacen uso del recuerdo para mantener viva la memoria de personas significativas a las que han perdido.

Para *resolver problemas* actuales, identifican situaciones anteriores, aplicando técnicas de afrontamiento a los desafíos. Para *mantener la identidad*, utilizan recuerdos personales que den coherencia, valor, significado de vida y consolidación del sentido de sí mismo.

Se sienten *integrados*: están adaptados a triunfos y fracasos o decepciones; aceptan su vida personal como la que es, aceptando su vida pasada como significativa y apropiada; resuelven conflictos del pasado y no temen a la muerte.

Muchos de ellos presentan *indefinición* respecto al *sentido de vida*, se encuentran en una situación en la que no tienen muchos motivos y razones por las que seguir viviendo al considerar que ya han cumplido con su misión.

También experimentan *soledad*, mantienen relaciones interpersonales con compañeros y profesionales aunque en menor número a las deseadas; sin embargo, no se producen relaciones con familiares y amigos debido a la situación de aislamiento que viven; además, en algunos casos aun teniendo relaciones sociales, no alcanzan el nivel deseado de intimidad.

Presentan un buen *sentido de coherencia*: tienen capacidad para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúan frente al mundo. Se muestran capaces para

manejarla y sienten que su vida tiene sentido estando orientada hacia metas que desean alcanzar, siendo el componente de *comprensibilidad*, el que obtiene puntuaciones más altas.

El *deterioro cognitivo* se relaciona con el *estado funcional* y con la *soledad*: las personas mayores que presentan deterioro cognitivo leve y que tienen mayores situaciones de dependencia, perciben una mayor experiencia de soledad que las personas sin deterioro cognitivo.

La *funcionalidad* se relaciona con las *caídas*: la pérdida de autonomía conlleva una peor marcha y equilibrio e incrementa el riesgo de caídas, con la *nutrición*: las personas con mayor situación de dependencia presentan un mayor riesgo de desnutrición, con la *soledad*: las personas con más independencia funcional, son las que viven más la experiencia de soledad en situación de aislamiento, con la *cognición y soledad*: las personas más independientes a nivel funcional, presentan mejor estado cognitivo y por tanto, mayor conciencia de la situación actual de pandemia que restringe las relaciones sociales, incluidas las visitas de familiares, lo que lleva a mayor sentimiento de soledad.

La *satisfacción con la vida* se relaciona con la *ansiedad*: en general, las personas mayores de la muestra se sienten poco satisfechas y experimentan displacer.

El *estado de ánimo* se relaciona con la *afectividad*, la *soledad* y el *dolor*, sobre todo en el caso de personas hospitalizadas que siguiendo las directrices de salud pública, permanecen aisladas en las habitaciones y sin contacto familiar, lo que lleva a experimentar ansiedad, depresión, afectividad negativa, soledad y dolor.

Las *emociones negativas* se relacionan de forma significativa y positiva con la percepción de *dolor físico y soledad*, y de forma negativa con *satisfacción vital, aceptación del pasado, integridad, sentido de coherencia, propósito y sentido de vida*, llevando todo ello a la experiencia de *desesperación*.

Las *emociones positivas* se relacionan de forma significativa y positiva con la *satisfacción vital, la aceptación del pasado, la integridad, mayor sentido de coherencia y mayor propósito y sentido de vida*, y de forma negativa con la percepción de *soledad* y de *dolor*.

La *satisfacción con la vida*, se relaciona negativamente con la *soledad*, lo que significa que, a mayor satisfacción vital menor percepción de soledad y de forma positiva y significativa con la *aceptación del pasado, la integridad, sentido de coherencia* y con el *propósito y sentido de vida*. Las personas mayores que presentan mayor satisfacción con la vida, también aceptan mejor el pasado, tienen una mayor integridad, sentido de coherencia, sentido a su vida y mayores propósitos o metas.

La *soledad* se relaciona significativa y negativamente con las dimensiones de *sentido de coherencia* y con las de *propósito y sentido de vida*, siendo las personas mayores que experimentan más soledad las que menos coherencia y metas tienen, restándole valor y sentido a la vida.

Respecto al *sentido de coherencia y propósito y sentido de la vida*, las dimensiones de ambas escalas correlacionan entre sí de forma significativa. Las personas mayores que tienen un mayor sentido de coherencia, comprensión, manejo y significado, también tienen más metas y mayor sentido de vida.

Es importante recordar que en este primer estado de alarma y confinamiento, los centros estudiados no registraron casos de la COVID-19.

En relación a las condiciones de vida de las personas mayores que viven en residencias tras un periodo de confinamiento y aislamiento por la COVID-19 y respecto a la *duración y lugar* donde se realizó el *confinamiento*, podemos concluir que casi la totalidad de la muestra permaneció confinada en el centro entre 60-90 días (96,7%), coincidiendo con el primer estado de alarma vigente en nuestro país (11.03.2020 al

21.06.2020), no sufriendo restricciones de movilidad dentro de la residencia más de la mitad de los residentes (63,3%) pudiendo acceder a todas las zonas comunes (salones, salas de actividades, gimnasio, terrazas, jardines, cafetería, entre otras). Por el contrario, el 31,1% tuvieron que permanecer aislados en la habitación mínimo 7 días como medida preventiva por ser contacto estrecho (personal del centro), tener síntomas compatibles con la COVID-19 (fiebre, tos, infección respiratoria), o ser persona de riesgo (diabética, EPOC...).

Referente a las *condiciones sociales* en las que se ha llevado a cabo el confinamiento, más de la mitad de la muestra (62,2%) permaneció acompañado la mayor parte del tiempo al compartir habitación con otro residente, manteniendo relaciones sociales con su grupo; el 27,8% estuvo casi siempre solo en la habitación, recibiendo únicamente la visita de los profesionales, en unos casos por disponer de habitación individual y en otros, por encontrarse en situación de aislamiento y el 10% acompañado puntualmente, en este caso se trata de residentes que aun compartiendo habitación, deciden quedarse solos en ella cuando su compañero se marcha durante el día a otras zonas del Centro, estando acompañados por el compañero solo por la noche.

En relación a si el residente ha permanecido en su *grupo original o ha habido cambio de grupo*, la mayor parte de las personas permanecieron con su grupo habitual (94,4%), aunque es importante comentar que el grupo original quedó dividido en subgrupos (cohortes), con el objetivo de tener supervisada y controlada a cada una de las personas y a los profesionales que les atendían, pudiendo realizar así el rastreo y aislamiento del grupo en caso de aparecer un caso positivo por la COVID-19. Por el contrario, el 3,3% cambió de grupo por cuestiones organizativas teniendo siempre en cuenta el perfil del residente, reubicándolo en un grupo con características y necesidades similares y solo el 2,2%

permaneció completamente aislado/a en la habitación por decisión propia o familiar, como medida preventiva.

Los residentes pudieron *contactar* por teléfono u otros medios telemáticos con sus familiares. El 33,3% tuvo contacto con más *frecuencia* de la habitual, debido a la preocupación y ansiedad familiar por la situación dramática vivida en las residencias a causa de la COVID-19 y por la restricción de visitas físicas. El 64,4% mantuvo la frecuencia habitual de contacto previo al confinamiento, y no mantuvo ningún contacto el 2,2%, ya que estas personas no tenían familia o en caso de tenerla eran familiares de segundo grado de consanguinidad; mantuvo un contacto diario con sus familiares o allegados el 53,30% de las personas.

En relación a los *medios*, el 50% de los residentes se comunicó exclusivamente por audio, al disponer de teléfono móvil y centralita telefónica y el 36,7% combinó audio con videollamadas gestionadas por los profesionales del Centro.

En cuanto a la *influencia de los medios de comunicación*, casi la totalidad de las personas (98,9%) estuvieron expuestas a información sobre la COVID-19 no recibiendo información al respecto tan solo el 1,1%.

Por lo que respecta al análisis de las *actividades de ocio y terapéuticas* realizadas durante este periodo son las *tertulias* la actividad más realizada (15,6%) y las *actividades físicas* (gimnasia, taichí) las menos (3,3%). La *lectura*, especialmente de prensa, seguida de revistas y libros, son las *actividades individuales* que más han realizado, presentando una relación directa la lectura de prensa con la participación en las tertulias.

El 70% de los participantes presentó *reacciones emocionales* asociadas a *miedo a morir* como consecuencia de la COVID-19, *ansiedad* ante las posibles pérdidas de familiares y seres queridos y *angustia por separación* al no tener posibilidad de estar con hijos y nietos debido a las restricciones de acceso a los Centros residenciales.

El 71,1% de los participantes presentó *incidencias comportamentales* destacando que casi la mitad de la muestra presentó problemas de *ansiedad* y *apatía* y tres de cada cuatro residentes, *trastornos del sueño*.

El 27,8% presentó algunos *problemas de salud* durante el periodo de confinamiento destacando la *infección respiratoria* (11,1%), siendo una de las principales razones por las que se aislaba de forma preventiva a la persona por presentar síntomas compatibles por la COVID-19 o ser persona de riesgo y *dispepsia* (20%), posiblemente ocasionada por ansiedad.

El 12,2% de las personas permanecieron en *aislamiento preventivo* por ser *persona de riesgo* (2,2%), *contacto estrecho* (1,1%) o presentar *sintomatología compatible* con la COVID-19 (8,9%). La mayor parte de los residentes (87,8%) no permanecieron en aislamiento preventivo. El 6,7% permanecieron aislados en su habitación entre 7-15 días.

El segundo estudio de nuestra investigación tiene por objetivo analizar la *efectividad* de una intervención psicosocial a partir de un programa de *reminiscencia integrativa en un grupo de mujeres mayores* que viven en residencias para mejorar *variables adaptativas y emocionales* relacionadas con el envejecimiento óptimo tras un periodo de confinamiento, así como analizar el mantenimiento de los efectos de la intervención a través de una medida de *seguimiento* a los tres meses de la intervención.

Podemos concluir que la intervención mejoró el aspecto *cognitivo*, disminuyó la *ansiedad*, la *depresión* y el *afecto negativo*, presentando las participantes menos emociones displacenteras (frustración, enfado, tristeza, amargura) y malestar (miedos, inhibiciones, inseguridades y frustración).

Mejóro el *afecto positivo*, presentando las participantes más emociones placenteras caracterizadas por altos niveles de interés, motivación, energía, deseo y sentimientos de dominio, logro o éxito, lo que lleva a sentimientos de satisfacción, entusiasmo, energía,

amistad, unión, y confianza, que comúnmente se relaciona con la extroversión, optimismo y capacidad de resiliencia.

Mejóro la *satisfacción con la vida*: sintieron que aman sus vidas y que las cosas les va bien a pesar de tener identificadas áreas de insatisfacción.

Presentaron más *afrontamiento activo*: se enfrentaron al problema de forma directa realizando actividades que minimizaban el impacto de la situación crítica, regularon emociones, interpretaron de forma positiva y buscaron significado, y menos *afrontamiento pasivo*, evitando la situación y no comprometiéndose en resolver la situación adversa.

Recordaban sus experiencias de vida, con menos amargura, mayor coherencia, valor, significado y sentido; identificaban situaciones del pasado similares a los desafíos actuales y aplicaban técnicas adaptativas de afrontamiento, presentaban menos miedo a la muerte y mayor aceptación. Mantenían viva la memoria de personas significativas de las que se encontraban separados principalmente por muerte; compartían los recuerdos personales e ideologías sin intención instructiva o de evaluación.

Mejóro la *integridad* al aceptar su vida personal como significativa: resolvieron conflictos del pasado, aceptaron las experiencias del pasado tanto positivas como negativas y presentaron menos miedo a la muerte, favoreciendo todo ello el logro de la sabiduría.

Mejóro el *sentido de vida* al tener más motivos y razones por los que vivir: hicieron una valoración más positiva de la vida, percibieron la propia vida y vida cotidiana con sentido, plenas de cosas buenas. Tuvieron objetivos ligados a acciones concretas de la vida, más percepción de responsabilidad personal y capacidad para decidir sobre su destino.

Disminuyó la experiencia de *soledad* al relacionarse con otras personas, lo que proporcionó una sensación de conexión, comodidad y fuente de resiliencia que es un fuerte amortiguador de los problemas de la vida y los sentimientos de estrés y angustia, especialmente durante la pandemia.

Mejóro el *sentido de coherencia* en las dimensiones de *comprensión* pero no en *significado* y *manejo*. Presentaron más *comprensión*, es decir, capacidad para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúan frente al mundo, pero menos *manejo* que hace referencia al grado en el que las personas entienden que disponen de los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del entorno, y también, menos *significado*, restándole valor a la vida; pensando que la vida no merece la pena.

Los efectos de la intervención no se mantienen en la medida de seguimiento en la mayoría de las variables, pudiéndose deber a que la evaluación que se realizó a los tres meses de la intervención se hizo justo después de un aislamiento de las residentes en sus habitaciones, tras un brote por la COVID-19. Ello nos hace pensar, que los resultados de la medida de seguimiento no son los esperados al estar condicionados por la aparición del brote, repercutiendo negativamente en variables cognitivas, emocionales y adaptativas, como hemos visto en el estudio 1 de nuestra investigación.

Como se ha explicado anteriormente en esta misma Tesis Doctoral, no hay muchas intervenciones similares a esta realizadas en España. Pero además, no conocemos ninguna intervención que se haya realizado en el periodo de post-confinamiento y que haya sido de utilidad a un grupo de personas que viven en un Centro residencial, habiendo vivido esta terrible situación de confinamiento y alejamiento de familiares.

Teniendo en cuenta todo esto, podemos concluir que nuestra investigación es especialmente interesante por:

- 1- Ofrecer datos interesantes bio-psico-sociales que pueden ser de gran interés para futuras investigaciones en éste u otros ámbitos de estudio.
- 2- Ser la primera investigación que se realiza en centros residenciales en tiempos de pandemia.

- 3- Ser de las primeras investigaciones que describen las condiciones de vida de confinamiento en residencias.
- 4- Ser de las primeras investigaciones que evalúan el impacto emocional, cognitivo, funcional y de salud en personas mayores que viven en residencias en un periodo de confinamiento y aislamiento por la COVID-19.
- 5- Ser de las primeras investigaciones en residencias y en tiempos de pandemia que realizan un programa de intervención en reminiscencia integrativa e instrumental.
- 6- Ser de las pocas investigaciones en reminiscencia que interviene en variables adaptativas y emocionales, tan afectadas por la pandemia.
- 7- Mejorar las variables psicofuncionales, adaptativas y emocionales relacionadas con el envejecimiento óptimo tras un periodo de confinamiento.
- 8- Ofrecer un análisis de correlaciones significativas que pueden ser de utilidad para realizar programas de intervención que se centren en una variable diana y que influya en otras variables psicofuncionales.
- 9- Ofrecer un programa de intervención en reminiscencia que también se puede aplicar a nivel individual y personalizar en función de la HV de cada participante (AICP).
- 10- Ser de las pocas investigaciones en reminiscencia que se realizan exclusivamente con mujeres mayores.
- 11- Ofrecer un programa de intervención en reminiscencia que puede aplicarse a más de las 50 residencias que este mismo grupo empresarial tiene en España, mejorando la calidad de vida de las personas mayores.

Capítulo X

Limitaciones y líneas de futuro

Una de las principales *limitaciones* de esta tesis doctoral fue la aparición de la pandemia por COVID-19, que no solo impidió iniciar la investigación en el momento que estaba planificado (confinamiento del país en el primer estado de alarma), sino que además llevó a replantear toda la investigación con la incertidumbre de si se podría iniciar, y en su caso, si se podría finalizar por la pandemia. El planteamiento inicial de esta tesis doctoral había sido realizar un único estudio en reminiscencia integrativa con personas mayores que viven en residencias, en tres Centros, siendo los residentes de un Centro, el grupo tratamiento (n=30), y los otros dos Centros, grupo control (n=30), realizando la intervención en dos tiempos y a los 60 participantes del estudio.

Estando presente en todo el proceso la citada *incertidumbre*, hemos podido realizar la investigación. La evaluación inicial se hizo al finalizar el primer estado de alarma y primera ola, la intervención en reminiscencia y evaluación post-intervención, en la segunda ola y finalmente, la evaluación de seguimiento, en la tercera ola y justo después del brote que apareció en el Centro en el que se realizó el estudio.

Otra de las limitaciones es la muestra pequeña de participantes en la intervención en reminiscencia debido a que los Centros estaban con brote y en aislamiento, lo que impidió el acceso a una muestra mayor. Finalmente contamos con la muestra de un solo Centro, dividiendo aleatoriamente el grupo en dos: grupo tratamiento (n=14) y grupo control (n=20). Es importante comentar, que en la medida de seguimiento, debido al brote por la COVID-19, contamos con 2 residentes menos en el grupo tratamiento y 3 residentes en el grupo control, por fallecimiento.

Así pues, a las dificultades habituales de realizar una investigación en contexto residencial, y de realizar un proyecto de intervención, se le sumó la pandemia.

Respecto a *líneas futuras de investigación*, sería muy interesante:

- 1- Realizar intervenciones teniendo en cuenta las muchas relaciones significativas entre variables que hemos encontrado en nuestra investigación.
- 2- Estudiar e intervenir en variables adaptativas en personas mayores, ya que existen muy pocos estudios al respecto, especialmente si se vincula a una intervención en reminiscencia (sentido de coherencia, integridad, entre otras).
- 3- Realizar el programa de reminiscencia integrativa en mujeres mayores que viven en residencias, una vez los Centros volvieron a la *normalidad*, para poder comprobar si los resultados de la medida de *seguimiento* a los tres meses de finalizar la intervención, son similares a los nuestros, verificándose o no nuestra hipótesis de que se ha producido interferencia entre los resultados de la medida de seguimiento y los efectos del nuevo brote (aislamiento, haber padecido la enfermedad, pérdida de iguales y seres queridos, ansiedad, miedo, incertidumbre, entre otros).
- 4- Realizar el programa de reminiscencia integrativa en mujeres mayores que viven en residencias con deterioro cognitivo moderado, adaptando el contenido, material y tiempo de las sesiones con el fin de saber si es tan efectiva la intervención como en nuestra investigación.

Capítulo XI

Referencias

- Abdulla, A., Adams, N., Bone, M., Elliott, AM, Gaffin, J., y Jones, D. (2013). British Geriatric Society. *Guidance on the management of pain in older people. Age Ageing*, 42 (suppl 1), i1-i57. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs200>.
- Abellán A., Ayala, A., y Pujol, R. (2019). Vivir en pareja sola es la forma de convivencia más común entre personas mayores. *Blog Envejecimiento [en-red]*, 6 de abril 2019. <http://hdl.handle.net/10261/148117>
- Abellán, A. (2019). *El aumento de los hombres cuidadores*. EnR? Envejecimiento en red. <http://hdl.handle.net/10261/180035>
- Abrantes, P. (2013). ¿Cómo se escribe la vida? Un estudio de la socialización a través del método biográfico. *Revista Mexicana de Sociología*, 75 (3), 439-464.
- Acevedo, A. (2013). Tradición y palabra: el Santo oficio de la memoria, la historia de vida y el método biográfico. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 11 (2), 137-148. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105329737010>
- Afonso, R., y Bueno, B. (2010). Reminiscence with different types of autobiographical memories: effects on the reduction of depressive symptomatology in old age. *Psicothema*, 22 (2), 213-220. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434>
- Afonso, RM, Bueno, B., Loureiro, MJ, y Pereira, H. (2011). Reminiscence, psychological well-being, and ego integrity in Portuguese elderly people. *Educational Gerontology*, 37 (12), 1063-1080. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.500585>
- Agüera, L., Moríñigo, A., Olivera, J., Pla, J., y Azanza, J. (2017). Deterioro comportamental leve como antecedente de la demencia: presentación de los criterios diagnósticos y de la versión española de la escala MBI-C para su valoración. *Revista de Neurología*, 65, 327-334.
- Aldeano, Á. (2014). Proyecto de intervención con pacientes de Alzheimer mediante terapia de orientación a la realidad [Trabajo fin de Grado. *Universidad de Valladolid*]. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/7325>

- Allen, AP, Doyle, C., y Roche, RA (2020). The Impact of reminiscence on autobiographical memory, cognition and psychological well-being in healthy older adults. *Europe's Journal of Psychology*, 16 (2), 317-330. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i2.2097>
- Alloy, LB, Hartlage, S. y Abromson, LY (1988). Testing the cognitive diathesis-stress theories of depression: issues of research design, conceptualization, and assessment. En LB Alloy (Ed.), *Cognitive Processes in Depression* (págs. 31-73). Guilford.
- Amarilla, FJ, Toribio, R., Rodríguez, M., Roncero, R., Lavado, JM y López, F. (2019). Impacto del deterioro cognitivo en la recuperación de la capacidad funcional, la institucionalización y la mortalidad de los ancianos intervenidos de fractura de cadera. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 81, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2019.01.001>
- Ameri, N., Nobahar, M., Ghorbani, R., Bazghalee, M., Sotodeh-Asl, N., y Babamohamadi, H. (2021). Effect of reminiscence on cognitive impairment and depression in haemodialysis patients. *Journal of Renal Care*. <https://doi.org/10.1111/jorc.12359>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, HJ, Aleman, A., y Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), 53-81. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005381.pub2>
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science y Medicine*, 36 (6), 725-733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
- Antonovsky, A. (1994). Antonovsky's sense of coherence concept: an instrument for primary prevention in social work services. *International Social Work*, 41 (4), 511-522. <https://doi.org/10.1177/002087289804100410>

- Antunes, R., Frontini, R., Amaro, N., Salvador, R., Matos, R., Morouço, P., y Rebelo, R. (2020). Exploring lifestyle habits, physical activity, anxiety and basic psychological needs in a sample of portuguese adults during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (12), 4360. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124360>
- Ardelt, M. (1997). Wisdom and life satisfaction in old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52 (1), 15-27. <https://doi.org/10.1093/geronb/52B.1.P15>
- Ardelt, M. (2000). Antecedents and effects of wisdom in old age: a longitudinal perspective on aging well. *Research on Aging*, 22 (4), 360-394. <https://doi.org/10.1177/0164027500224003>
- Armitage, R., y Nellums, LB (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5 (5), E256. [https://doi.org/10.1116/S24682667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1116/S24682667(20)30061-X)
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, JA, Manzano, S. y Olazarán J. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*.
- Arrogante, O., Pérez, AM, y Aparicio, EG (2015). Bienestar psicológico en enfermería: relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica*, 25 (2), 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.12.009>
- Arroyo-Anlló, EM, Díaz, JP, y Gil, R. (2013). Familiar music as an enhancer of self-consciousness in patients with Alzheimer’s disease. *Biomed Research International*, 752-965. <https://doi.org/10.1155/2013/752965>
- Aşiret, GD, y Dutkun, M. (2018). The effect of reminiscence therapy on the adaptation of elderly women to old age: a randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 41, 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.09.018>
- Asmundson, GJ, y Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: what all decision-makers, health authorities, and health

- care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 102211.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>
- Atkinson, RC y Shiffrin, RM (1968). Human memory: a proposed system and its control processes. *The Psychology of Learning and Motivation*, 2 (1), 89-195.
[https://doi.org/10.1016/S0079-7421\(08\)60422-3](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60422-3)
- Ayala, R., Jaramillo, J., Ramos, M., Cachuan, S., Garmendia, B., y Quezada, M. (2018). Rasgos diferenciales de la patología cardiovascular en el anciano: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y fibrilación auricular. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12 (62), 3659-3669.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2018.09.004>
- Azón, JC, Pellicer, B., Juárez, R., Azón, S., Berges, P. y Granada, JM (2016). Prevalencia de pacientes con síntomas psicológicos y conductuales de la demencia y su tratamiento con antipsicóticos. Estudio piloto. *Norte de Salud Mental*, 14 (55), 1-19.
- Baddeley, AD (1999). *Essentials of human memory*. Psychology Press.
- Bailey, EM, Stevens, AB, La Rocca, MA, y Scogin, F. (2017). A randomized controlled trial of a therapeutic intervention for nursing home residents with dementia and depressive symptoms. *Journal of Applied Gerontology*, 36 (7), 895-908.
<https://doi.org/10.1177/0733464815627956>
- Baixinho, C. y Dixe, MA (2017). ¿Cuáles son las prácticas y comportamientos de los mayores institucionalizados para prevenir las caídas? *Index de Enfermería*, 26 (4), 255-259. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300004&lng=es&nrm=iso
- Bajaj, B., y Pande, N. (2016). Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 93, 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.005>
- Baldwin, D., Woods, R., Lawson, R., y Taylor, D. (2011). Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis. *The BMJ*, 342, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmj.d1199>

- Ballard, C., Orrell, M., Sun, Y., Moniz-Cook, E., Stafford, J., Whitaker, R., Woods, B., Corbett, A., Banerjee, S., Testad, I., Garrod, L., Khan, Z., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J. y Fossey, J. (2017). Impact of antipsychotic review and non-pharmacological intervention on health-related quality of life in people with dementia living in care homes: a factorial cluster randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32 (10), 1094-1103.
<https://doi.org/10.1002/gps.4572>
- Barnett, ML, y Grabowski, DC (2020). Nursing homes are ground zero for COVID-19 pandemic. *JAMA Health Forum*, 1 (3), e200369-e200369.
<https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0369>
- Barrett, AM, Hogreve, J., y Brügger, EC (2020). Coping with governmental restrictions: the relationship between stay-at-home orders, resilience, and functional, social, mental, physical and financial wellbeing. *Frontiers in Psychology*, 11, 3996.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577972>
- Bavaresco B., Uchida, MC, Sousa, TM, Schwingel, PA, Oliveira, J., Almeida, FJ, ... y Rodrigues, B. (2017). Efectos de un nuevo enfoque de entrenamiento combinado en componentes de la autonomía funcional de las mujeres adultas mayores sanas. *PubliCE*, 20 (3).
- Beltrán-Jaimes, JO, Moreno-López, NM, Polo-Díaz, J., Zapata-Zabala, ME y Acosta-Barreto, MR (2012). Memoria autobiográfica: un sistema funcionalmente definido. *International Journal of Psychological Research*, 5 (2), 108-123.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299025051012>
- Benítez, M. (2014). *Eficacia de un programa de motricidad realizado mediante nuevas tecnologías en el incremento de capacidades físicas y cognitivas en personas mayores sanas y con enfermedad de Alzheimer* [Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla]. <http://hdl.handle.net/11441/58691>
- Benoit, M., Guerchouche, R., Petit, PD, Chapoulie, E., Manera, V., Chaurasia, G.,...y Robert, P. (2015). Is it possible to use highly realistic virtual reality in the elderly? A

- feasibility study with image-based rendering. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 557-63. <https://doi.org/10.2147/NDT.S73179>
- Bergh, S., y Selbæk, G. (2012). The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Norsk Epidemiologi*, 22 (2), 225-232. <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1570>
- Bergsma, A., y Ardel, M. (2012). Self-reported wisdom and happiness: an empirical investigation. *Journal of Happiness Studies*, 13 (3), 481-499. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9275-5>
- Berg-Weger M., y Morley JE (2020). Loneliness in old age: an unaddressed health problem. *Nutrition, Health, & Aging*, 24, 243-245. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1323-6>
- Berg-Weger, M., y Morley, JE (2020a). Loneliness and social Isolation in older adults during the COVID-19 pandemic: implications for gerontological social work. *Journal of Nutrition, Health, & Aging*, 24 (5), 456–458. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-13668>
- Bermejo, JC, y Rodicio, SG (2007). Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14 (10), 637-647. http://medsol.co/informacion/medolan/antipsicoticos_tipicos%20_y_atipicos.pdf
- Beutel, ME, Klein, EM, Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M.,...Tibubos, AN (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17, 97. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Bhattarai, P., y Phillips, JL (2017). The role of digital health technologies in management of pain in older people: an integrative review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 68, 14–24. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.08.008>
- Bishop, SR, Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, ND, Carmody, J., y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

- Bohlmeijer, ET, Westerhof, GJ, y Emmerik, M. (2008). The effects of integrative reminiscence on meaning in life: results of a quasi-experimental study. *Aging and Mental Health*, 12 (5), 639-646. <https://doi.org/10.1080/13607860802343209>
- Bonafont, A. (2017). *Veus de dones: efectes de la reflexió comprensiva i la construcció de sentit mitjançant el relat de vida en un espai d'interrelació basat en la paraula i l'escolta*. [Tesis doctoral, Universidad de Cataluña]. <https://hdl.handle.net/10854/4984>
- Bonafont, A. (2020). *Atención centrada en la persona: historia de vida y plan personalizado de atención y de apoyo al proyecto de vida*. Guías de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, 5. [https:// www.fundacionpilares.org](https://www.fundacionpilares.org)
- Borges, JV, de Freitas, BS, Antoniazzi, V., Dos Santos, DS, Vedovelli, K., Pires, VN, ... y Bromberg, E. (2019). Social isolation and social support at adulthood affect epigenetic mechanisms, brain-derived neurotrophic factor levels and behavior of chronically stressed rats. *Behavioural Brain Research*, 366, 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.03.025>
- Bowen, S., Chawla, N., y Marlatt, GA (2010). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30 (4), 295-305. <https://doi.org/10.1080/08897070903250084>
- Braconi, D. (2020). *Evaluación dinámica e inteligencia en adultos mayores* [Tesis Doctoral, Universidad Austral]. <https://rii.austral.edu.ar/handle/123456789/854>
- Brandstätter, M., Baumann, U., Borasio, GD, y Fegg, MJ (2012). Systematic review of meaning in life assessment instruments. *Psycho-Oncology*, 21 (10), 1034-1052. <https://doi.org/10.1002/pon.2113>
- Brennan, PL, Holland, JM, Schutte, KK, y Moos, RH (2012). Coping trajectories in later life: a 20-year predictive study. *Aging & Mental Health*, 16 (3), 305-316. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.628975>
- Brooks, SK, Webster, RK, Smith, LE, Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, GJ (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review

of the evidence. *The Lancet*, 395, 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Buela-Casal, G., y Sierra, J. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca nueva.

Bueno, B., y Navarro, AB (2003). Identificación de los problemas, afrontamiento y relación con la satisfacción vital en personas muy mayores. *Mapfre Medicina*, 14 (1), 37-50.

Burgueño, AA (2008). Atar para cuidar: uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados, 1, 1-26. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DB50F783-BEE9-494D-A6617F7A50AC6302/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>

Burnside, I., y Haight, BK (1992). Reminiscence and life review: analysing each concept. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (7), 855-862. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02008.x>

Burrick, D. (2010). “Une Epistémologie du récit de vie”. *Recherches Qualitatives*, 8, 7-36. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

Butler, RN (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26 (1), 65-76. <https://doi.org/10.1080/00332747.1963.11023339>

Butler, RN (1981). The life review: an unrecognized bonanza. *International Journal of Aging and Human Development*, 12, 35-38. <https://doi.org/10.2190/WC4T-V05J-40G5-3M7E>

Cabrero, GR (2020). La crisis del coronavirus y su impacto en las residencias de personas mayores en España. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 25 (6). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.11242020>

Cacioppo, JT y Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)

Calero, MJ, López, G., Ortega, A., y Cruz A. (2016). Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. *EJIHPE: European*

Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 6 (2), 71-82.

<https://doi.org/10.1989/ejihpe.v6i2.160>

Calvo, PZ (2018). *Eficacia del entrenamiento en tareas de memoria de trabajo sobre la memoria episódica de personas mayores* [Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca].

Campbell, KH, Tornatore, JM, Lawrence, KE, Illuzzi, JL, Sussman, LS, Lipkind, HS, y Pettker, CM (2020). Prevalence of SARS-CoV-2 among patients admitted for childbirth in Southern Connecticut. *Jama*, 323 (24), 2520-2522.

<https://10.1001/jama.2020.8904>

Carballo, V., Arroyo, MR, Portero, M., y de León, JR (2013). Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*, 28 (3), 160-168.

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.010>

Carmona, MP, Hernández, CR, y Álvarez-Merino, P. (2017). La narrativa gerontológica: perspectiva subjetiva del conocimiento en la vejez. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (2), 57-66.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1079>

Carreira C. y Facal, D. (2017). Ansiedad en las personas mayores de 50 años. Datos de un estudio representativo de la población mayor en España. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52 (4), 197-200.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.008>

Carstensen, LL (1993). Motivación para el contacto social a través de la vida: una teoría de la selectividad socioemocional. En Simposio de Nabaska JE, Jacobs (Ed.) sobre motivación: 1992, perspectivas del desarrollo en la motivación, vol. 40 (pp. 209-254). University of Nebraska Press.

Carver, CS, Scheier, MF y Weintraub, JK (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

- Carver, CS, y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Casale, S., y Flett, GL (2020). Interpersonally-based fears during the COVID-19 pandemic: reflections on the fear of missing out and the fear of not mattering constructs. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 17 (2), 88–93. <https://doi.org/10.36131/CN20200211>
- Casanova, SP, 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.
- Castro, MA (2019). Arteterapia y adulto mayor. *Metas de Enfermería*, 22 (8), 28-32. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081482>
- Catalano, D., Chan, F., Wilson, L., Chiu, CY, y Muller, V. (2011). The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: a structural equation model. *Rehabilitation Psychology*, 56, 200-211. <https://doi.org/10.1037/a0024571>
- Cedeño, NJ, Cuenca, MF, Mojica, AA., y Portillo, MT (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería investiga*, 5 (3), 63-70. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Coronavirus disease 2019: people who are at higher risk for severe illness*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html>
- Cerejeira, J., Lagarto, L., y Mukaetova-Ladinska, E. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, 73-81. <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>
- Cetinkol, G., Bastug, G., y Kizil, ET (2020). Poor acceptance of the past is related to depressive symptoms in older adults. *GeroPsych.*, 3, 246-251. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000227>

- Cevasco, AM (2010). Effects of the therapist's nonverbal behavior on participation and affect of individuals with Alzheimer's disease during group music therapy sessions. *Journal of Music Therapy*, 47 (3), 282-299.
<https://doi.org/10.1093/jmt/47.3.282>
- Cha, Y. (2016). A study on occupational reminiscence therapy (ORT) program for the elderly with mild cognitive impairment (MCI) in local community. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 17 (8), 605-614.
<https://doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.8.605>
- Chamorro, A. (2019). Memoria Autobiográfica, Gratitud, Perdón y Sentido del Humor: una Intervención en Personas Mayores [Tesis Doctoral, Universidad de Jaén].
<http://hdl.handle.net/10953/983>
- Chan, MF, Leong, KS, Heng, BL, Mathew, BK, Khan, SB, Lourdusamy, SS, ... y Taylor, BJ (2014). Reducing depression among community-dwelling older adults using life-story review: a pilot study. *Geriatric Nursing*, 35 (2), 105-110.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.10.011>
- Chang, ES, Kanno, S., Levy, S., Wang, SY, Lee, JE y Levy, BR (2020). Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. *PLoS One*, 15 (1), e0220857.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- Chapoulie, E., Guerchouche, R., Petit, P. D., Chaurasia, G., Robert, P., Drettakis, G. (2014). Reminiscence therapy using image-based rendering in VR. *IEEE Virtual Real*, 45-50. <https://doi.org/10.1109/VR.2014.6802049>
- Charlesworth, G., Burnell, K., Crellin, N., Hoare, Z., Hoe, J., Knapp, M., ... y Orrell, M. (2016). Peer support and reminiscence therapy for people with dementia and their family carers: a factorial pragmatic randomised trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 87 (11), 1218-1228.
<http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2016-313736>
- Chavarro, DA, Borda, MG, Cortés, D., Sánchez, S., y Rozo, NR (2018). Factores asociados al estado nutricional en pacientes adultos mayores hospitalizados. *Acta Médica Colombiana*, 43 (2), 69-73. <https://doi.org/10.36104/amc.2018.1024>

- Chen, LK (2020). Older adults and COVID-19 pandemic: resilience matters. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104-124.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104124>
- Chen, RR, y Schulz, PJ (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 18 (1), e18. <https://doi.org/10.2196/jmir.4596>
- Chiang, KJ, Lu, RB, Chu, H., Chang, YC, y Chou, KR (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: a Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, 23 (1), 7-10. <https://doi.org/10.1002/gps.1824>
- Ching, Y., Ya, Y., Chia, L., y Hsiu, L. (2020). Effect of group reminiscence therapy on depression and perceived meaning of life of veterans diagnosed with dementia at veteran homes. *Social Work in Health Care*, 59 (2), 75-90.
<https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1710320>
- Cho, CM (2016). The effects of reminiscence therapy on cognitive function, depression and quality of life among the community-dwelling elderly, 23 (4), 545-551.
<https://doi.org/10.21086/ksles.2016.08.23.4.545>
- Cisneros, GE, y Ausín, B. (2019). Prevalence of anxiety disorders in people over 65 years-old: a systematic review. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 54 (1), 34-48. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.009>
- Codesal-Julián, R., Gallego-González, E., Sánchez-Pastor, L., Chamorro-Delmo, J., Marín-Mayor, M., Quintana-Pérez, A., Navío-Acosta, M. y Agüera-Ortiz, LF (2010). Antiepilepticos en psicogeriatría: uso clínico práctico más allá de la epilepsia, 2 (4), 183-189. https://www.viguera.com/sep/sep/pdf/revista/0204/0204_0183_0199.pdf
- Coelho, T., Marques, C., Moreira, D., Soares, M., Portugal, P., Marques, A., ... y Fernandes, L. (2020). Promoting reminiscences with virtual reality headsets: a pilot study with people with dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (24), 9301. <https://doi.10.3390/ijerph17249301>

- Coker, RH., Hays, NP, Williams, RH, Wolfe, RR, y Evans, WJ (2015). Bed rest promotes reductions in walking speed, functional parameters, and aerobic fitness in older, healthy adults. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 70 (1), 91-96. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu123>
- Cole, MG (2002). Public health models of mental health care for elderly populations. *International Psychogeriatrics*, 14 (1), 3-6. <https://doi.org/10.1017/S1041610202008220>
- Cole, SW, Capitanio, JP, Chun, K., Arevalo, JM, Ma, J., y Cacioppo, JT (2015). Myeloid differentiation architecture of leukocyte transcriptome dynamics in perceived social isolation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112 (49), 15142-15147. <https://doi.org/10.1073/pnas.1514249112>
- Coleman, JS (1986). Social theory, social research, and a theory of action. *American Journal of Sociology*, 91 (6), 1309-1335. <https://doi.org/10.1086/228423>
- Collière, MF (1996). *Promover la vida*. Interamericana McGraw Hill.
- Comas, A., Zalakain, J., Litwin, C., Hsu, AT, Lane, N., y Fernández, JL (2020). Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. *Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE*, 14. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>.
- Cooke, C., O’Hanlon, S., Mukherjee, S., Nee, C. y Thompell, A. (2017). Collaborative approaches to treatment of depression among older people living in care homes. *Royal College of Psychiatrists*. <https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2018-09-12/Depression%20among%20older%20people%20living%20in%20care%20homes%20report%202018.pdf>
- Cordero, PR y Yubero, R. (2016). Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51, 12-21. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(16\)30138-Xt](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(16)30138-Xt)

- Córdoba Castillo, V. (2018). El envejecimiento del envejecimiento: un estudio sobre personas nonagenarias y centenarias en Valencia [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia]. <http://hdl.handle.net/10550/67676>
- Cortés, IM (2016). *Reminiscencias a través del tiempo. Del archivo fotográfico a la gráfica expandida* [Tesis Doctoral, Universidad Politécnica de Valencia]. <http://hdl.handle.net/10251/69746>
- Cortese, R., Canales, MM, y Siegien, NB (2018). Estudio del bienestar psicológico, emocional y social en la vejez. *Revista Conciencia EPG*, 3 (1), 101-115. <https://doi.org/10.32654/s12955-016-0317-6>
- Cotelli, M., Manenti, R. y Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: a review. *Maturitas* 72, 203-205. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.04.008>
- Crumbaugh, JC, y Maholick, LT (1964). An experimental study in Existentialism: the psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20 (2), 200-207.
- Cullen, MR, Baiocchi, M., Eggleston, K., Loftus, P., y Fuchs, V. (2016). The weaker sex? Vulnerable men and women's resilience to socio-economic disadvantage. *SSM - Population Health*, 2, 512-524. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.06.006>
- Cummings, JL (1997). The neuropsychiatric inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48 (5), 10-16. https://doi.org/10.1212/WNL.48.5_Suppl_6.10S
- Custodio, N., Hernández-Córdova, G., Montesinos, R., Bardales, Y., Mejía, K., y Aldinio, V. (2018). Evaluación de la apatía en la enfermedad de Parkinson y escalas disponibles para su medición en la investigación neuropsiquiátrica y la práctica clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81 (2), 103-112. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i2.3336>
- Czekierda, K., Banik, A., Park, CL, y Luszczynska, A. (2017). Meaning in life and physical health: systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 11 (4), 387-418. <https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1327325>

- Dassa, A., y Amir, D. (2014). The role of singing familiar songs in encouraging conversation among people with middle to late stage Alzheimer’s disease. *Journal of Music Therapy*, 51 (2), 131-153. <https://doi.org/10.1093/jmt/thu007>
- Davies, EA, y O'mahony, MS (2015). Adverse drug reactions in special populations—the elderly. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 80 (4), 796-807. <https://doi.org/10.1111/bcp.12596>
- Dávila, CD, y González, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23 (4), 261-265. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.04.003>
- De Gaulejac, V. (2011). L’injonction d’être sujet dans la société hypermoderne: la psychanalyse et l’Ideologie de la réalisation de soi. *Revue Française de Psychanalyse*, (75) 94, 995-1006. <https://doi.org/10.3917/rfp.754.0995>
- De Gaulejac, V. (2013). Entre l'individu et le sujet, il y a toute une histoire pour une approche socioclinique des récits de vie. *Les Politiques Sociales*, 1 (1), 108 – 120. <https://www.cairn.info/revue-les-politiques-sociales-2013-1-page-108.htm>
- De Groot, V., Beckerman, H., Lankhorst, GJ, y Bouter, LM (2003). How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56 (3), 221-229. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00585-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00585-1)
- De Hoyos, MC, Tapias, E., Barros, CM, Sánchez, M., y Otero, A. (2015). Evolución del consumo de fármacos específicos para la demencia en la comunidad autónoma de Madrid durante el periodo 2002-2012. *Neurología*, 30 (7), 416-424. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.02.007>
- De Jong Gierveld, J. y Kamphuis, FH (1985). The development of a rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9 (3), 289-299. <https://doi.org/10.1177/014662168500900307>
- Delory-Momberger, C. (2015). *La condición biográfica: ensayos sobre el relato en sí en la modernidad avanzada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Dewitte, L., Vandenbulcke, M., y Dezutter, J. (2019). Meaning in life matters for older adults with Alzheimer’s disease in residential care: associations with life satisfaction

- and depressive symptoms. *International Psychogeriatrics*, 31 (5), 607-615.
<https://doi.org/10.1017/S1041610218002338>
- Dezutter, J., Toussaint, L., Leijssen, M. (2016). Ego-Integrity, and Depressive Symptoms in Community-Dwelling and Residential Elderly Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 71, 786-797. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu146>
- Di Giacomo, E., Bellelli, G., Peschi, G., Scarpetta, S., Colmegna, F., de Girolamo, G., y Clerici, M. (2020). Management of older people during the Covid-19 outbreak: recommendations from an Italian experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35 (7), 803-805. <https://orcid.org/0000-0002-7028-5633>
- Díaz, E., Lozano, J.A. (2018). Realidad virtual y demencia. *Rev Neurol.*, 66 (10), 344-35.
<http://www.neurologia.com>
- Diener, E., Emmons, RA, Larsen, RJ, Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71–75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Suh, EM, Lucas, RE, y Smith, HL (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276.
<http://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Dillon, C., Serrano, CM, Castro, D., Leguizamón, PP, Heisecke, SL, y Taragano, FE (2013). Behavioral symptoms related to cognitive impairment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1443-1445. <https://doi.org/10.2147/NDT.S47133>
- Djernes, J. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (5), 372-387.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x>
- Doraiswamy, S., Cheema, S., y Mamtani, R. (2020). Older people and epidemics: a call for empathy. *Age and Ageing*, 49 (3), 493-493. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa060>
- Duan, L., y Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7, 300–302.
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)

- Dufournel, NV (2019). *Aproximación al self en arteterapia: expresión del sí mismo a través de una experiencia arteterapéutica* [Tesis Doctoral, Universidad de Santiago].
<https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2787/Aproximaci%C3%B3n%20al%20self%20en%20arteterapia.pdf?sequence=1>
- Duru, G., 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 and Neurology*, 29 (1), 31-37.
<https://doi.org/10.1177/0891988715598233>
- Dyer, SM, Harrison, SL, Laver, K., Whitehead, C., y Crotty, M. (2018). An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 30 (3), 295-309. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002344>
- Engvig, A., Fjell, AM, Westlye, LT, Moberget, T., Sundseth, O., Larsen, VA, y Walhovd, KB (2010). Effects of memory training on cortical thickness in the elderly. *Neuroimage*, 52 (4), 1667-1676.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.05.041>
- Envejecimiento en Red (2019). *Estadísticas sobre residencias*.
<http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/indicadores/residencias/index.html>
- Ericson, EH (2000). *The life cycle completed: a review*. Norton.
- Erikson, E. (1993, 1985). *El ciclo vital completado*. Paidós.
- Erikson, EH (1950). *Growth and crises of the "healthy personality."* En MJ Senn (Ed.), *Symposium on the healthy personality*, 91–146. Josiah Macy, Jr. Foundation.
- Erikson, EH (1982a). *El ciclo vital completado*. Paidós.
- Erikson, EH (1982b). *Identity and the life cycle*. W.W. Norton & Company.
- Etchemendy, E., Baños, R., Botella, C., y Castilla, D. (2010). Programa de revisión de vida apoyado en las nuevas tecnologías para las personas mayores: una aplicación de tecnologías positivas. *Escritos de Psicología*, 3 (2), 1-7. Universidad de Málaga.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100001&lng=es&tlng=en.

Ettinger, AB, y Argoff, CE (2007). Use of antiepileptic drugs for nonepileptic conditions: psychiatric disorders and chronic pain. *Neurotherapeutics*, 4 (1), 75-83.
<https://doi.org/10.1016/j.nurt.2006.10.003>

Etxebarria, I. (2014). *Funcionamiento emocional en las personas muy mayores: variables descriptivas y predictoras* [Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco].

Etxeberría, I. (2016). Estudio descriptivo de algunas variables emocionales en las personas mayores. *European Journal of Investigation in Health*, 6(2), 57-69.
<https://doi.1989/ejihpe.v6i2.159>

Eurostat (2020). *Distribution of population aged 65 and over by type of household - EU-SILC survey [ilc_lvps30]*.
https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_lvps30&lang=en

Facal, D., Maseda, A., Pereiro, AX, Gandoy, M., Lorenzo, L., Yanguas, J. y Millán, JC (2019). Cognitive frailty: a conceptual systematic review and an operational proposal for future research. *Maturitas*, 121, 48-56.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.12.006>

Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO. (2014). *Informe 2014. Envejecimiento activo en las mujeres mayores*.
<http://www.pensionistas.ccoo.es/6c07e7819565f96e0d28e02deba8f220000059>

Federación Internacional de Envejecimiento. (2020). *Combating systemic ageism in emergency preparedness responses*. https://ifa.ngo/spotlight-details/?spotlight_id=7170

Fernández-Lopes, RM y Argimon, II (2016). El entrenamiento cognitivo en los ancianos y efectos en las funciones ejecutivas. *Acta Colombiana de Psicología*, 19 (2), 177-197.
<https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/16175>

- Fernández, D., Ros, L., Escribano, F., y Serrano, J P (2020). Reminiscence, personality, coping and mood state in institutionalised older adults: a cross-sectional study. *Psychogeriatrics*, 20 (3), 310-320. <https://doi.org/10.1111/psyg.12500>
- Fernández, D., Ros, L., Escribano, F., y Serrano, JP (2020). Reminiscence, personality, coping and mood state in institutionalised older adults: a cross-sectional study. *Psychogeriatrics*, 20 (3), 310-320. <https://doi.org/10.1111/psyg.12500>
- Fernández-Ballesteros, R., Zimarrón, MD, y Ruiz, MA (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing & Society*, 21 (1), 25-43. <http://doi.org/10.1017/S0144686X01008078>
- Ferrer, A., Almeda, J., Alonso, J., y Brotons, C. (2010). Calidad de vida en nonagenarios: género, funcionalidad y riesgo nutricional como factores asociados. *Medicina Clínica*, 134 (7), 303-306. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.06.070>
- Filié, M., Satie, A., Martins, E., y Barros, D. (2009). Farmacología en la tercera edad: medicamentos de uso continuo y peligros de la interacción medicamentosa. *Gerokomos*, 20 (1), 22-27.
- Fink, S. (2020). U.S. Civil Rights Office rejects rationing medical care based on disability, age. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/03/28/>
- Fivush, R. (2011). The development of autobiographical memory. *Annual Review of Psychology*, 62, 559-582. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131702>
- Flecha, AC (2019). Autoaceptación y sentido/propósito vital en personas mayores institucionalizadas. *Pedagogía Social. Revista Universitaria*, (33), 137-150. <http://hdl.handle.net/10366/140048>
- Flecha-García, A. (2015). Subjective psychological well-being of senior residents in nursing homes. *Pedagogía Social*, 25, 319-341.
- Flett, GL, Khan, A., y Su, C. (2019). Mattering and psychological well-being in college and university students: a review and recommendations for campus-based initiatives. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17, 667–680. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00073-6>

- Flett, GL, y Heisel, MJ (2020). Aging and feeling valued versus expendable during the COVID-19 pandemic and beyond: a review and commentary of why mattering is fundamental to the health and well-being of older adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-27. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00339-4>
- Flett, GL, y Zangeneh, M. (2020). Mattering as a vital support for people during the COVID-19 pandemic: the benefits of feeling and knowing that someone cares during times of crisis. *Journal of Concurrent Disorders*, 2 (1), 106-123.
- Flórez, JA, Corrales, CE, y Ortiz, LY (2018). Influencia de las emociones sobre los procesos de la memoria declarativa en el deterioro cognitivo leve. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, (25), 3-21. <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- Folsom, JC (1968). Reality Orientation for elderly mental patient. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 291-307. <https://doi.org/10.1192/bjp.140.5.457>
- Folstein, MF, Folstein, SE y McHugh, PR (1975). "Mini Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Folstein, MF, Folstein, SE, McHugh, PR y Fanjiang, G. (2001). Mini-Mental State Examination: User's Guide. *Psychological Assessment Resources*.
- Fonseca, E., Pérez A., Ortuño, J., y Lucas, B. (2017). Efectos de una intervención de educación emocional en alumnos de un programa universitario para mayores. *Universitas Psychologica*, 16 (1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.eiee>
- Forbes, D., Forbes, SC, Blake, CM, Thiessen, EJ, y Forbes, S. (2015). Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 64-89. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006489.pub4>
- Fortuna, FB (2016). *Reminiscencia en adultos mayores no institucionalizados de república dominicana: seguimiento de una intervención* [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia]. <http://hdl.handle.net/10550/55217>

- Fraile, JS, y Verdú, ES (2012). Malestar emocional: manual práctico para una respuesta en atención primaria. *Generalitat Valenciana*.
- Frankl, V. (1946). El hombre en busca de sentido. *Herder*
- Frankl, V. (1984). El discurso acerca del sentido de la vida. *Avances en Psicología*, 17 (1), 35-58.
- Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., ... y Bergeron, CD (2020). Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us?. *Age and Ageing*, 49 (5), 692-695. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>
- Freeman, W., Wallin, NL, Merker, B., y Brown, S. (2000). *The origins of music*. MIT Press.
- Frijda, NH (1988). The laws of emotion. *American Psychological Association*, 43 (5), 349-358. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.43.5.349>
- Frijters, P., y Beatton, T. (2012). The mystery of the U-shaped relationship between happiness and age. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 82 (2-3), 525-542. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2012.03.008>
- Fry, PS (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* (págs. 369-394). McGill-Queen's University Press.
- Fundación Pilares (2020). *Declaración Conjunta: en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración*. <https://www.fundacionpilares.org/S0616-91262015000201005>
- Gajardo, J., y Aravena, JM (2016). ¿Cómo aporta la terapia ocupacional en el tratamiento de las demencias? *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 54 (3), 239-249. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000300008>
- Galiano, IM y Arrieta, MD (2020, 30 de enero). *La variable edad en la configuración del envejecimiento como estructura social*. Congreso Internacional de Ciencias Sociales. <https://conferences.eagora.org/index.php/cienciassociales/SOCIAL2020/paper/view/12470>

- Gallagher, D., Coen, R., Kilroy, D., Belinski, K., Bruce, I., Coakley, D., Walsh, B., Cunningham, C. y Lawlor, BA (2011). Anxiety and behavioural disturbance as markers of prodromal alzheimer's disease in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26 (2), 166-172.
<https://doi.org/10.1002/gps.2509>
- Gallego, MG, y García, JG (2017). Music therapy and alzheimer's disease: cognitive, psychological, and behavioural effects. *Neurología (English Edition)*, 32 (5), 300-308.
<https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2015.12.001>
- García, CL (2016). Adulto mayor: desde una vejez “biológica-social” hacia un “nuevo” envejecimiento productivo. *Maskana*, 7 (2), 29-41.
<https://doi.org/10.18537/mskn.07.02.03>
- García, L., Kartolo, A., Methot-Curtis, E. (2012). A Discussion of the Use of Virtual Reality in Dementia. 123-136. <https://doi.org/10.5772/46412>.
- García, M. (2017). *Las emociones y el bienestar en las personas mayores* [Trabajo fin de Máster]. Universidad Jaime I. <http://hdl.handle.net/10234/169492>
- García, NC, Ramirez, JC, Ypia, MA, y Tonguino-Rosero, S. (2016). Efecto de un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos en medio acuático versus terrestre para adultos mayores. *Revista Salud UIS*, 48 (4), 516-525.
<https://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-201601>
- García, X., Salguero, A., Molinero, O., De la Vega, R., Ruiz, R., y Márquez, S. (2015). El papel del perfil resiliente y las estrategias de afrontamiento sobre el estrés-recuperación del deportista de competición. *Kronos*, 14 (1), 1-3
<http://hdl.handle.net/11268/4306>
- García, Y., Díaz, A., Arpajón, Y., Estévez, A., Aldama, A., Conesa, AI, y del Busto, A. (2018). Enfermedad arterial periférica asintomática en pacientes con factores de riesgo del síndrome metabólico. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, 19 (2), 91-103.

- García-Alberca, JM (2015). Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer: evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. *Neurología*, 30 (1), 8-15.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.10.002>
- García-Alberca, JM, Lara, JP, y Berthier, M. (2010). Neuropsychiatric and behavioral symptomatology in Alzheimer disease. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38 (4), 212-222. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/11/64/ESP/11-64ESP-212-222-981604.pdf>
- García-Anaya, M., Apiquian, R., y Fresán, A. (2001). Los antipsicóticos atípicos: una revisión. *Salud Mental*, 24 (5), 37-43.
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22438>
- García-Molina, VA, Carbonell, A., y Delgado, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10, 556-576. <http://hdl.handle.net/10481/37360>
- García-Soler, Á., Díaz-Veiga, P., De Eulate, NS, Mondragón, G., y Sancho, M. (2017). Estudio de la implicación en un grupo de personas con demencia con atención tradicional y un grupo con atención centrada en la persona. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52 (2), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.002>
- Georgemiller, R., y Maloney, HN (1984). Group life review and denial of death. *Clinical Gerontologist*, 2 (4), 37-49. https://doi.org/10.1300/J018v02n04_04
- Gerst-Emerson, K., y Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American Journal of Public Health*, 105 (5), 1013-1019. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302427>
- GesEPOC (2012). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)-Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Archivos de Bronconeumología*, 48, 2-58.
[https://doi10.1016/S0300-2896\(12\)70035-2](https://doi10.1016/S0300-2896(12)70035-2)

- Gil, I., Costa, P., Parola, V., Cardoso, D., Almeida, M., y Apóstolo, J. (2019). Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018007403458>
- Gimeno, M., Aguiar, JP, Costa, AM y Alves, F. (2017). Psicofármacos y riesgo de caídas en ancianos: resultados preliminares del estudio piloto caso-control anidado en una residencia de ancianos portuguesa. *Farmacéuticos Comunitarios*, 9 (1), 28-33. <https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.001.04>
- Glaw, X., Kable, A., Hazelton, M., y Inder, K. (2017). Meaning in life and meaning of life in mental health care: an integrative literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38 (3), 243-252. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1253804>
- Glozman, JM, y Naumova, VA (2014). Art-therapy as a method for mobilizing personal resources in the elderly. *Psychology in Russia*, 7 (3), 80.
- Gobierno de España. (2020). *Royal Decree 463/2020, of March 14th, declaring the state of alarm for the management of the health crisis situation caused by COVID-19*. BOE, 67, 25390–25400.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan, P., y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297 (6653), 897-899. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>
- Goldberg, DP (1979). A scaled version of the Goldberg y Hiller Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Gómez, L. (2017). La Inteligencia Emocional en personas mayores. *Revista Mapa*, 1 (4). <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/26789>
- Gómez, T., Matarín, E., y García, F. (2021). La sostenibilidad del sistema de salud y el mercado farmacéutico: una interacción permanente entre el costo de los medicamentos, el sistema de patentes y la atención a las enfermedades. *Salud Colectiva*, 16, e2897. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2897>

- Gómez-Aguirre, N., Caudevilla, A., Bellostas, L., Crespo, M., Velilla, J. y Díez-Manglano, J. (2017). Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. *Revista Clínica Española*, 217 (5), 289-295.
<https://doi.org/10.1016/j.rce.2016.12.013>
- Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, EM, y López-Arza, MG (2017). Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurología*, 32 (4), 253-263. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.11.001>
- Gonçalves, DC, Albuquerque, PB, y Paul, C. (2009). Life review with older women: an intervention to reduce depression and improve autobiographical memory. *Aging Clinical and Experimental Research*, 21 (4-5), 369-371.
<https://doi.org/10.1007/BF03324931>
- González, C., Ausín, B., Castellanos, MA, Saiz, J., López, A., Ugidos, C., y Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172-176.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Gonzalez, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., y Meléndez, JC (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, 27 (10), 1731-1737. <https://doi:10.1017/S1041610215000344>
- González, OG, Fonseca, JC, y Jiménez, C. (2006). El cáncer como metáfora de muerte o como opción para resignificar la vida: narrativas en la construcción de la experiencia familiar y su relación con el afrontamiento del cáncer de un hijo menor de edad. *Diversitas Perspectivas en Psicología*, 2 (2). 259-277.
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2006.0002.06>
- Gow, AJ, Pattie, A., Whiteman, MC, Whalley, LJ, y Deary, IJ (2007). Social support and successful aging: investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. *Journal of Individual Differences*, 28 (3), 103-115.
<https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.103>

- Groot, C., Hooghiemstra, AM, Raijmakers, PG, Van Berckel, B., Scheltens, P., Scherder, E. J., Van Der Flier, WM y Ossenkoppelle, R. (2016). The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: a meta-analysis of randomized control trials. *Ageing Research Reviews*, 25, 13-23.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.11.005>
- Güelman, M., y Borda, PD (2014). Narrativas y reflexividad: los efectos biográficos del enfoque biográfico. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 4 (1), 1-16. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/38184>
- Guevara, CR (2011). Validación al español de la escala de Tinetti en adultos mayores de 65 años [Tesis Doctoral, Univesidad CES]. <http://hdl.handle.net/10946/928>
- Gustavsson, J., y Beckman, L. (2020). Compliance to recommendations and mental health consequences among elderly in Sweden during the initial phase of the COVID-19 Pandemic: a cross sectional online survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (15), 5380.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17155380>
- Gutmann, DL (1974). The country of old men: cross-cultural studies in the psychology of later life. En RL Levine (Ed), *Culture and Personality: Contemporary Readings* (págs. 95-121).
- Hallford, DJ, y Mellor, D. (2013). Adaptive autobiographical memory in younger and older adults: the indirect association of integrative and instrumental reminiscence with depressive symptoms. *Memory*, 21 (4), 444-457.
<https://doi.org/10.1080/09658211.2012.736523>
- Hamarat, E., Thompson, D., y Zabrocky, KM (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.
<https://doi.org/10.1080/036107301750074051>
- Han, SD, y Mosqueda, L. (2020). Elder Abuse in the COVID-19 Era. *Journal of The American Geriatrics Society*, 68 (7), 1386–1387. <https://doi.org/10.1111/jgs.16496>

- Haron, H., Sabri, SM, y Jamil, N. (2014). Exploring technology use in reminiscence for elderly knowledge recall, *Aust.J.Basic & Appl.Sci.*, 8 (5), 469-477.
- Harris, AJ, Leland, J., y Tully, T. (2020). Nearly 2,000 dead as Coronavirus ravages nursing homes in N.Y. region. *The New York Times*.
<https://www.nytimes.com/2020/04/11/nyregion/nursing-homes-deaths-coronavirus.html>
- Helvik, A., Selbaek., G., Saltyte, J., Roeh, I., y Bergh, S. (2018). The course of neuropsychiatric symptoms in nursing home residents from admission to 30-month follow-up. *PloSOne*, 13 (10), 206-214.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206147>
- Hemels, ME, Koren, G. y Einarson, TR (2002). Increased use of antidepressants in Canada: 1981- 2000. *Annals of Pharmacotherapy*, 36 (9), 1375- 1379.
<https://doi.org/10.1345/aph.1A331>
- Henskens, M., Nauta, IM, Vrijkotte, S., Drost, KT, Milders, MV, y Scherder, EJ (2019). Mood and behavioral problems are important predictors of quality of life of nursing home residents with moderate to severe dementia: a cross-sectional study. *PloS One*, 14 (12), e0223704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223704>
- Heredia, JE (2020). *Sentido de coherencia y envejecimiento exitoso en adultos mayores de Lima metropolitana* [Tesis Doctoral, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas].
<http://hdl.handle.net/10757/648740>
- Hernández, M. (2000). *Desigualdades según género en la vejez*. Consejería de Presidencia. Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud.
<http://hdl.handle.net/20.500.11914/1481>
- Hernández, V., Prada, R., y Hernández, CA (2018). Bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14 (2), 243-262.

- Herrera, MS, Fernández, MB, y Barros, LC (2018). Estrategias de afrontamiento en relación con los eventos estresantes que ocurren al envejecer. *Ansiedad y Estrés*, 24 (1), 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.008>
- Ho, HC, Yeung, DY, y Kwok, SY (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 9 (3), 187-197. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.888577>
- Hofer, J, Busch, H, Au, A, Poláčeková, I, Tavel, P, y Tsien, T (2020). Reminiscing to teach others and prepare for death is associated with meaning in life through generative behavior in elderlies from four cultures. *Aging and Mental Health*, 24 (5), 811-819. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.154856>
- Holt-Lunstad, J., Smith, TB, Baker, M., Harris, T., y Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10 (2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2014). Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el acceso y el uso adecuado de medicamentos. *Boletín Fármacos*, 16 (1),1. <http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/>
- Hsieh, CJ, Chang, C., Su, SF, Hsiao, YL, Shih, YW, Han, WH, y Lin, CC (2010). Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. *Journal of Experimental y Clinical Medicine*, 2 (2), 72-78. [https://doi.org/10.1016/S1878-3317\(10\)60012-5](https://doi.org/10.1016/S1878-3317(10)60012-5)
- Huici, C., y Gómez, C. (2004). Las relaciones intergrupales. En C. Huici y JF Morales (Eds.), *Psicología de grupos I: estructura y procesos* (págs. 369-408). UNED.
- Hupkens, S., Machielse, A., Goumans, M., y Derkx, P. (2018). Meaning in life of older persons: an integrative literature review. *Nursing Ethics*, 25 (8), 973-991. <https://doi.org/10.1177/0969733016680122>
- Ildarabadi, E., Khorashadizadeh, F., Zafaranlou, NR, Shamsabadi, A., y Esfarayen, I. (2020). Effectiveness of group reminiscence therapy on mental health status and

levels of happiness among elderly patients on hemodialysis: a randomized clinical trial, 11 (4), 129-135. <https://doi.org/10.33879/AMH.114.2020.04011>

Inel, A., y Simsek, N. (2019). The effect of reminiscence therapy with internet-based videos on cognitive status and apathy of older people with mild dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 32 (2), 104-113. <https://doi.org/10.1177/0891988718819864>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO. http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2016). *Informe 2016. Las personas mayores en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infppmm2016v1.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2019). *Informe anual IMSERSO 2019*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informe-anual2019.pdf>

Instituto Edad y Vida (2015). Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales. *Senda*. <https://www.edad-vida.org/wp-content/uploads/2017/04/Informe-EV-Perfil-Sanitario-pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017). *Mujeres y hombres en España. Salud. Esperanza de vida en buena salud*. Instituto Nacional de Estadística.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019a). *Educación y Cultura*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735573113

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019b). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares. Uso internet últimos*

tres

meses.https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019c). *Defunciones según la Causa de muerte 2020*. Instituto Nacional de Estadística.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020a). *Defunciones semanales y acumuladas. Nacional y comunidades autónomas. 2000-2020*.

https://www.ine.es/experimental/defunciones/experimental_defunciones.htm

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020b). *Notas de prensa*

<http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021). *Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de Covid-19*.

https://www.ine.es/experimental/defunciones/experimental_defunciones.htm#tablas_resultados

International Long Term Care Policy Network (LTC). (2020). Impact of the COVID-19 Outbreak on Long-Term Care in the United States. *International Long-Term Care Policy Network*. <https://archives.pdx.edu/ds/psu/33420>

Irazoki, E., García, JA, Sánchez, J., y Franco, M. (2017). Eficacia de la terapia de reminiscencia grupal en personas con demencia. Revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Neurol*, 65 (10), 447-456.

<https://doi.org/10.33588/rn.6510.2017381>

Irish, M., Cunningham, CJ, Walsh, JB, Coakley, D., Lawlor, BA, Robertson, IH, y Coen, RF (2006). Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22 (1), 108-120. <https://doi.org/10.1159/000093487>

Jakobsson, U., y Hallberg, IR (2005). Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective. *Aging Clinical and Experimental Research*, 17 (6), 494–501.<https://doi.org/10.1007/BF03327417>

- James, JB, y Zarrett, N. (2006). Ego integrity in the lives of older women. *Journal of Adult Development*, 13 (2), 61-75. <https://doi.org/10.1007/s10804-006-9003-2>
- Janus, SI, van Manen, JG, Ijzerman, MJ y Zuidema, SU (2016). Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 28 (11), 1775-1790. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001150>
- Jawaid, A. (2020). Protecting older adults during social distancing. *Science*, 368 (6487), 145-146. <https://doi.org/10.1126/science.abb802>
- Jazaieri, H., Morrison, AS, Goldin, PR, y Gross, JJ (2015). The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Current Psychiatry Reports*, 17 (1), 531. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0531-3>
- Jenkins, C., y Germaine, C. (2019). Living well in older age: what can we learn from the Japanese experience? *Nursing Older People*, 31 (1), 30-35. <https://doi.org/10.7748/nop.2019.e1107>
- Jeong, H., Yim, HW, Song, Y., Ki, M., Min, J., y Cho, J. (2016). Mental health status of people isolated due to middle east respiratory syndrome. *Epidemiology and Health*, 38, 1–7. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Jiménez, J. (2020). *Archivo de vídeo: videoconferencia pautas básicas de orientación para familiares en caso de conducta suicida. Colegio Oficial Psicología. Canal Psicología TV en Directo.*
<https://www.copmadrid.org/web/formacion/actividades/20200709090241572101/videoconferencia-pautas-basicas-orientacion-familiares-caso-conducta-suicida>
- Jimenez, MR, Gomez, C., y Soto, E. (2020). Coronavirus, ageism, and Twitter: an evaluation of Tweets about older adults and COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68 (8), 1661-1665. <https://doi.org/10.1111/jgs.16508>
- Jiménez, S. (2015). *Optimización de terapias farmacológicas en adultos mayores hospitalizados utilizando criterios de Beers 2012 y Stopp&Start.* [Tesis Doctoral, Universidad de Chile]. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130109>

- Jin, B., y Liu, H. (2019). Comparative efficacy and safety of therapy for the behavioral and psychological symptoms of dementia: a systemic review and Bayesian network meta-analysis. *Journal of Neurology*, 266 (10), 2363-2375.
<https://doi.org/10.1007/s00415-019-09200-8>
- Jordan, RE, Adab, P., y Cheng, KK (2020). Covid-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1198>
- Jürschik, P. (2007). *Evaluación del estado nutricional de la población mayor de diferentes niveles asistenciales: utilidad clínica de la escala "Mini Nutritional Assensment"(MNA)*. [Tesis Doctoral, Universidad de Lleida].
<http://hdl.handle.net/10803/8278>
- Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C., y Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*, 24 (1), 14-17
- Kabátová, O., Puteková, S., y Martinková, J. (2016). Loneliness as a risk factor for depression in the elderly. *Clinical Social Work*, 7(1), 48-52.
https://doi.org/10.22359/cswhi_7_1_05
- Kabat-Zinn, J. (2014). Meditation is not for the faint-hearted. *Mindfulness*, 5 (3), 341-344. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0307-1>
- Kales, HC, Gitlin, LN y Lyketsos, CG (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 1, 350-369,
<https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- Kaufmann, JC (2004). *L'invention de soi: une théorie de l'identité*. Armand Colin.
<https://doi.org/10.4000/sdt.30004>
- Khait, AA, Reagan, L., y Shellman, J. (2021). Uses of reminiscence intervention to address the behavioral and psychosocial problems associated with dementia: an integrative review. *Geriatric Nursing*, 42 (3), 756-766.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.03.021>

- Killen, A., y Macaskill, A. (2015). Using a gratitude intervention to enhance well-being in older adults. *Journal of Happiness Studies*, 16 (4), 947-964.
<https://doi.org/10.1007/s10902-014-9542-3>
- Kim, K., y Lee, J. (2019). Effects of Reminiscence Therapy on Depressive Symptoms in Older Adults with Dementia: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 49 (3), 225-240.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2019.49.3.225>
- Kinney, MO, Brigo, F., y Kaplan, PW (2020). Optimizing status epilepticus care during the COVID-19 pandemic. *Epilepsy & Behavior*, 109, 1-2
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107124>
- Ko, NY, Lu, WH, Chen, YL, Li, DJ, Wang, PW, Hsu, ST, ... y Yen, CF (2020). COVID-19-related information sources and psychological well-being: an online survey study in Taiwan. *Brain, Behavior, and Immunity*. 87, 153-154. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.019>
- Korte, J., Cappeliez, P., Bohlmeijer, ET y Westerhof, GJ (2012a). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42 (6), 1163-1173.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711002042>
- Korte, J., Cappeliez, P., Bohlmeijer, ET y Westerhof, GJ (2012b). 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. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0239-3>
- Korte, J., Westerhof, GJ, y Bohlmeijer, ET (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. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0239-3>
- Krause, N. (2004). Stressors arising in highly valued roles, meaning in life, and the physical health status of older adults. *The Journals of Gerontology Series B:*

Psychological Sciences and Social Sciences, 59 (5), S287-S297.

<https://doi.org/10.1093/geronb/59.5.S287>

Krause, N. (2007). Evaluating the stress-buffering function of meaning in life among older people. *Journal of Aging and Health*, 19 (5), 792-812.

<https://doi.org/10.1177/0898264307304390>

Krijthe, BP, Walter, S., Hofman, A., Hunink, MG, y Tiemeier, H. (2011). Is positive affect associated with survival? A population-based study of elderly persons. *American Journal of Epidemiology*, 173 (11), 1298-1307. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr012>

Lamas-Rojas, H., Lamas-Lara, FJ (2006). Un instrumento de investigación (y de intervención): el relato en el adulto mayor. *Academia Peruana de Psicología*, 395. *Athenea*.

Lancioni, GE, Bosco, A., De Caro, MF, Singh, NN, O'Reilly, MF,... y Green, VA (2015). Effects of response-related music stimulation versus general music stimulation on positive participation of patients with Alzheimer's disease. *Developmental Neurorehabilitation*, 18 (3), 169-176.

<https://doi.org/10.3109/17518423.2013.802388>

Lardieri, L. (2020). WHO: Nearly all coronavirus deaths in Europe are people aged 60 and older. *U.S. News*, 2. <https://www.usnews.com/news/world-report/articles/2020-04-02/who-nearly-all-coronavirus-deaths-in-europe-are-peopleaged-60-and-older>

Lazarus, RS, y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez-Roca.

Lee, EE, Depp, C., Palmer, BW, Glorioso, D., Daly, R., Liu, J., ... y Jeste, DV (2019). High prevalence and adverse health effects of loneliness in community-dwelling adults across the lifespan: role of wisdom as a protective factor. *International Psychogeriatrics*, 31 (10), 1447.

<https://doi.org/10.1017/S1041610218002120>

Lee, KH, Lee, JY, y Kim, B. (2020). Person-centered care in persons living with dementia: a systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*, 207.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnaa207>

- Lee, SY, Tung, HH, Peng, LN, Chen, LK, Hsu, CI, y Huang, YL (2020). Resilience among older cardiovascular disease patients with probable sarcopenia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 86, 103939.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103939>
- Lemos, M., y Vélez, DM (2015). Consideraciones sobre la depresión como factor de riesgo en pacientes cardiovasculares. *CES Psicología*, 8 (1), 192-206.
[https:// www.redalyc.org/pdf/4235/423539425012.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539425012.pdf)
- Levy, BR, Chung, PH, Bedford, T., y Navrazhina, K. (2014). Facebook as a site for negative age stereotypes. *Gerontologist*, 54, 172-176.
<https://doi.org/10.1093/geront/gns194>
- Liao, HW, Bluck, S., y Glück, J. (2021). Recalling youth: control over reminiscence bump events predicts life satisfaction in midlife. *Psychology and Aging*, 36 (2), 232–240. <https://doi.org/10.1037/pag0000592>
- Lieberman, MA y Tobin, SS (1983). *The experience of old age: stress, coping and survival*. Basic Books.
- Liem, A., Wang, C., Wariyanti, Y., Latkin, CA, y Hall, BJ (2020). The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7 (4), e20.[https:// doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30076-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30076-6).
- Lisbona, A. (2010). Introducción: teoría de la identidad social y algunas aplicaciones actuales. *Revista de Psicología Social*, 25 (2), 185-188.
<https://doi.org/10.1174/021347410791063796>
- Liu, M., y Li, Y. (2021). Reminiscence therapy-based care program relieves anxiety, depression and improves quality of life in post-operational non-small cell lung cancer patients. *The Clinical Respiratory Journal*, 15 (5), 472-481.
<https://doi.org/10.1111/crj.13323>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... y Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender

differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>

Lobo, A., y Serrano, C. (2005). El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Atención Primaria*, 35 (3), 152-155.

<https://core.ac.uk/download/pdf/82624073.pdf>

Logar, S. (2020). Care home facilities as new COVID-19 hotspots: lombardy Region (Italy) case study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104087.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104087>

LoGerfo, M. (1981). Three ways of reminiscence in theory and practice. *International Journal of Aging and Human Development*, 12, 39-47.

<https://doi.org/10.2190/CBKG-XU3M-V3JJ-LA0Y>

Lök, N., Bademli, K., y Selçuk-Tosun, A. (2019). The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34 (1), 47-53.

<https://doi.org/10.1002/gps.4980>

Londoño, N., Marín C., y Giraldo F. (2008). Documento guía para la identificación de variables y los instrumentos: estudio de prevalencia de los trastornos mentales y caracterización psicológica de los usuarios de consulta externa en psicología de diferentes universidades de Colombia.

http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2008/prevalencia_trastornos_men.ppt.

Loos, E., Ivan, L. (2018). Visual ageism in the media. En L. Ayalon y C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism*, 19 (págs. 163-176). Springer International. <http://www.springer.com/series/8818>

Lopes, TS, Afonso, RM, y Ribeiro, OM (2016). A quasi-experimental study of a reminiscence program focused on autobiographical memory in institutionalized older adults with cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 183-192. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.05.007>

- López, B., Fernández, I., y Márquez, M. (2017). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 6 (15), 501-522.
- López, JA, y Parada, MA (2015). Fiabilidad y validez del Mini Nutritional Assessment (MNA) en pacientes sometidos a hemodiálisis: revisión de la literatura. *Enfermería Nefrológica*, 18, 55-55.
- Lopez, MD (2016). *Arte para estimular emociones y recuerdos contra el Alzheimer: el museo como espacio de inclusión social* [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. <http://hdl.handle.net/1021/50763>
- López-Dóriga, P., y Andrino, N. (2016). Apatía post ictus. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51 (3), 164-169. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.09.002>
- López-Gómez, I., Hervás, G., y Vázquez, C. (2015). Adaptación de las "Escalas de afecto positivo y negativo" (PANAS) en una muestra general española. *Psicología Conductual*, 23 (3), 529-548.
- Lü, W., Wang, Z., Liu, Y., y Zhang, H. (2014). Resilience as a mediator between extraversion, neuroticism and happiness, PA and NA. *Personality and Individual Differences*, 63, 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.015>
- Luna, S., Ramos, P., y Rivera, F. (2016). Coping strategies, stress and health of grandmothers caring for ascending and descending relatives/Afrontamiento, estrés y salud en abuelas cuidadoras de familiares ascendentes y descendentes. *Estudios de Psicología*, 37 (1), 90-114. <https://doi.org/10.1080/02109395.2015.1122435>
- Luo Y., Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med*, 74 (6), 907-914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Maciá, E., Duboz, P., Montepare, JM, y Gueye, L. (2015). Exploring life satisfaction among older adults in Dakar. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 30 (4), 377-391. <https://doi.org/10.1007/s10823-015-9275-8>

- Mackinlay, E., y Trevitt, C. (2010). Living in aged care: using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19 (6), 394-401. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00684.x>
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., y Wicker, ER (2016). The impact of resilience among older adult. *Geriatr Nurs*, 37 (4), 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
- Maher, JP, Pincus, AL, Ram, N., y Conroy, DE (2015). Physical activity and life satisfaction across adulthood. *Developmental Psychology*, 51(10), 1407-1419.
- Mahoney, FI y Barthel, DW (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65. <https://psycnet.apa.org/record/2012-30334-001>
- Malone, ML, Hogan, TM, Perry, A., Biese, K., Bonner, A., Pagel, P., y Unroe, KT (2020). COVID-19 in older adults: key points for emergent department providers. *Journal of Geriatric Emergency Medicine*, 1, 1–11.
- Mandich, VC, Custodio, J., y Sánchez, MG (2016). Errores en memoria episódica verbal y quejas mnésicas. En *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-044/159>
- Marin, AG, Seiciu, PL, Popescu, AM, Bighea, A., y Berteanu, M. (2015). Technology for post-stroke cognitive rehabilitation. *International Journal of Pharma Medicine and Biological Sciences*, 4 (2), 146-150.
- Marin, RS (1991). Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 3 (3), 243-254. <https://dx.doi.org/10.1176/jnp.3.3.243>
- Márquez, M. (2008). Emociones y envejecimiento. *Informes Portal Mayores*, (84) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/marquez-emociones-01.pdf>

- Márquez-González, M., Izal, M., Montorio, I., y Pérez, G. (2004). Emoción en la vejez: una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de vida de las personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 39 (3), 44-51.
- Martínez, MR, Morgante, MG, Remorini, C. (2010). Etnografía, curso vital y Envejecimiento. Aportes para una revisión de categorías y modelos. *Perspectivas en Psicología*, 13, 33-52. <https://www.academica.org/carolina.remorini/25>
- Martínez, T. (2013). *El decálogo de la Atención Centrada en la Persona*. <https://www.acpgerontologia.com>
- Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231. <https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/4504>
- Martinez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos*. Modelos de atención y evaluación. Fundación Pilares para la Autonomía Personal. <https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/8646>
- Martínez, T. (2019). *El modelo ACP-gerontología. Aplicar y evaluar atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos*. Documentos Acp-gerontología, 7. <https://www.acpgerontologia.com>
- Martínez-Cengotitabengoa, M., Díaz-Gutiérrez, MJ, Besga, A., Bermúdez-Ampudia, C., López, P., Rondon, MB, ... y Gonzalez-Pinto, A. (2018). Prescripción de benzodiazepinas y caídas en mujeres y hombres ancianos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(1), 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.004>
- Martorell, MA (2015). *Recuerdos del corazón: vivencias, prácticas y representaciones sociales de familiares cuidadores de personas con Alzheimer*. Grupo 5.
- Mata, AG, Fernández, JB, Pascual, RG, Gómez, AR, y Fuertes, A. (2019). Motivación, emociones y pensamiento positivo en el campo de la salud y la adherencia terapéutica. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5 (1), 345-354. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1608>

- Matilla-Mora, R., Martínez-Piédrola, RM, y Huete, JF (2016). Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51 (6), 349-356. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.006>
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., y Meléndez, JC (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14 (2), 101-112.
- McAdams, DP (2001). The psychology of life stories. *Review of general psychology*, 5 (2), 100-122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>
- McMahon, AW y Rhudick PJ (1964). Reminiscing: adaptational significance in the aged. *Archives of General Psychiatry*, 10, 292-298. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720210074011>
- Meléndez, JC, Agustí, AI, Delhom, I., Rodríguez, MF, y Satorres, E. (2018). Bienestar subjetivo y psicológico: comparación de jóvenes y adultos mayores. *Summa Psicológica UST*, 15 (1), 18-24. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2018.15.335>
- Meléndez, JC, Delhom, I., y Satorres, E. (2020). Las estrategias de afrontamiento: relación con la integridad y la desesperación en adultos mayores. *Ansiedad y Estrés*, 26 (1), 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.12.003>
- Meléndez, JC, Fortuna, FB, Sales, A, y Mayordomo, T (2015a). The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60 (2), 294-298. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.12.001>
- Meléndez, JC, Fortuna, FB, Sales, A, y Mayordomo, T (2015b). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10 (3), 240-247. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936968>
- Meléndez, JC, Mayordomo, T., Sancho, P., y Tomás, JM (2012). Coping strategies: gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of*

Psychology, 15 (3), 1089-1098.

https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39399

Meléndez, JC, Navarro, E., Sales, A. y Mayordomo, T. (2012). Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (4), 671-680.

<https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000400008>

Meléndez, JC, Tomás, JM, 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 (1), 164-169.

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/113591>

Melendez, JC, Torres, M., Redondo, R., Mayordomo, T., y Sales, A. (2017). Effectiveness of follow-up reminiscence therapy on autobiographical memory in pathological ageing. *International Journal of Psychology*, 52 (4), 283-290.

<https://doi.org/10.1002/ijop.12217>

Mendoza, N., Del Valle, S., Rioja, N., Gomez, J., y Hornero, R. (2018). Potential benefits of a cognitive training program in mild cognitive impairment (MCI). *Restorative Neurology and Neuroscience*, 36 (2), 207-213. <https://doi.org/10.3233/RNN-170754>

Mías, CD, Bastida, MF, Del Boca, ML, y Legeren, AL (2017). Edades críticas en el declive de distintas funciones neurocognitivas en adultos jóvenes y mayores. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3 (2), 182-190.

<https://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp>

Miguel, MP, y Herrero, IL (2018). Influencia de las emociones positivas en la longevidad y/o mortalidad: avances y desafíos. *Investigación en Salud y Envejecimiento Volumen V*, 57-62.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). Informe Encuesta Europea de Salud 2014.

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/pdf/EESE14_inf.pdf

- Miro, C. (2018). *Memories and emotions in the Dutch population: a study of the relationship between memories and the intensity of positive and negative emotions* [Tesis Doctoral, Universidad de Twente].
<http://purl.utwente.nl/essays/76362>
- Mitty, E., y Flores, S. (2007). Assisted living nursing practice: the language of dementia: theories and interventions. *Geriatric Nursing*, 28 (5), 283-288.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.08.009>
- Mora, AR, y Mangas, LL (2019). Prevalencia de la apatía, la ansiedad y la depresión en función del género y la fase de la enfermedad en una muestra de enfermos de Alzheimer. *Apuntes de Psicología*, 37 (1), 61-67. <https://hdl.handle.net/11441/98461>
- Morell, L. (2018). Relación entre emociones y salud/enfermedad. *Facultad de Enfermería y Fisioterapia*. <http://hdl.handle.net/11201/147860>
- Muchnik, E. (2005). *Envejecer en el siglo XXI: historias y perspectivas de la vejez*. Lugar Editorial.
- Mukhtar, S. (2020a). Pakistanis' mental health during the COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102-127. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102127>
- Mukhtar, S. (2020b). Mental health and emotional impact of COVID-19: applying health belief model for medical staff to general public of Pakistan. *Brain, Behavior, and Immunity*, 28-29. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.012>
- Mukhtar, S. (2020c). Psychosocial Impact of COVID-19 on Older Adults: a Cultural Geriatric Mental Health-Care Perspectived. *Journal of Gerontological Social Work*, 63 (6-7), 665-667. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1779159>
- Mukhtar, S., y Mukhtar, S. (2020). Letter to the editor: mental health and psychological distress in people with diabetes during COVID-19. *Metabolism*, 108, 154-248.
<https://doi.org/10.1016/j.metabol.2020.154248>
- Muñiz, R., Gómez, S., Curto, D., Hernández, R., Marco, B., García, P., Tomás, J. y Olazarán, J. (2016). Reducing physical restraints in nursing homes: a report from

- María Wolff and Sanitas. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (7), 633-639. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.011>
- Muñoz, E., Blázquez, JL, Galparsoro, N., González, B., Lubrini, G., Periañez, JA, Ríos, M., Sánchez, I., Tirapu, J., y Zulaica, A. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. UOC.
- Naarding, P., Voshaar, RO, y Marijnissen, RM (2020). COVID-19: clinical challenges in dutch geriatric psychiatry. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28 (8), 839-843. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.019>
- Nakazawa, E., Ino, H., y Akabayashi, A. (2020). Chronology of COVID-19 cases on the Diamond Princess cruise ship and ethical considerations: a report from Japan. *Disaster medicine and public health preparedness*, 14 (4), 506-513. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.50>
- Narme, P., Clément, S., Ehrlé, N., Schiaratura, L., Vachez, S., Courtaigne, B., et al. (2014). Efficacy of musical interventions in dementia: evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 38 (2), 359-369. <https://doi.org/10.3233/JAD-130893>
- Navarro, AB, y Bueno, B. (2015). Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores. *Anales de Psicología*, 31 (3), 1008-1017. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.17248>
- Neff, KD, y Germer, CK (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Nelson, K., y Fivush, R. (2004). The emergence of autobiographical memory: a social cultural developmental theory. *Psychological Review*, 111 (2), 486-511. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.2.486>.
- Niewiadomski, C., De Villers, G. (2002). *Souci te soin de soi: liens et frontières entre histoire de vie, psychothérapie et psychanalyse*. El Harmattan.

- Niki, K., Yahara, M., Inagaki, M., Takahashi, N., Watanabe, A., Okuda, T., ... y Ito, T. (2020). Immersive Virtual Reality Reminiscence Reduces Anxiety in the Oldest-Old Without Causing Serious Side Effects: a Single-Center, Pilot, and Randomized Crossover Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 14, 598161. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.598161>
- Niu, S., Tian, S., Lou, J., Kang, X., Zhang, L., Lian, H., ... Zhang, J. (2020). Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: a descriptive study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104058. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104058>
- Noblejas, M. (2000). Fiabilidad de los test PIL y Logotest. *Nous. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 4, 81-90.
- Noblejas, MA. (1994). *Logoterapia: fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del "logro interior de sentido"*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
- O'Rourke, J., Tobin, F., O'Callaghan, S., Sowman, R., y Collins, DR (2011). 'YouTube': a useful tool for reminiscence therapy in dementia? *Age & Ageing*, 40 (6), 742-744. <https://doi.org/10.1093/ageing/ afr100>
- Olazarán, J. y Clare, L. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Alzheimer's & Dementia*, 2 (3), 528. <https://doi.org/10.1159/000316229>
- Olazarán, J., López, J., Agüera, LF, López, JM, Beltrán, JL, García, P., Rigueira, A., M., Quintana, D. y Muñiz, R. (2016). Criterios CHROME para la acreditación de centros libres de sujeciones químicas y para una prescripción de psicofármacos de calidad. *Psicogeriatría*, 6 (3), 91-98. <https://www.ceafa.es/files/2017/03/Criterios%20CHROME%20RevPsicoGer2016.pdf>
- 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 and Geriatric Cognitive Disorders*, 30 (2), 161-178.

<https://doi.org/10.1159/000316119>

Olazarán, J., y Muñiz, R. (2017). *Cognitive stimulation, training, and rehabilitation*. Cognitive stimulation therapy for dementia: history, evolution and internationalism. *Taylor & Francis*.

Olivera, J., Val, MJ, Hermoso, C. y Pelegrín, C. (2015). Uso de antipsicóticos fuera de indicación en los mayores. *Informaciones Psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (220), 23-30.

<http://www.informacionespsiquiatricas.com/adminnewsletter/uploads/docs/20150617104236.pdf>

Onder, G., Rezza, G., Brusaferro, S. (2020). Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 323 (18), 1775-1776.

<https://doi.org/10.1001/jama.2020.4683>

Organización Mundial de la Salud en Europa. (OMS). (2020). *Press briefing on COVID-19 and the health and well-being of older people*.

<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2018). Envejecimiento y salud. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Ors, A., y Maciá, L. (2013). Mayores institucionalizados: valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. *Gerokomos*, 24 (1), 18-21.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100004>

Ortega, E., Ramón, K., Sánchez, A., Verdú, L. y Vidal, V. (2017). Relación entre la depresión y el suicidio en la población geriátrica. *Terapia Ocupacional*, 1 (1), 1-22.

<http://www.revistas.innovacionmh.es/index.php?journal=terapiaocupacional&page=article&op=view&path%5B%5D=1240&path%5B%5D=337>

- Ory, M., Kinney, MK, Hawkins, M., Sanner, B., y Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes: strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (3), 164-171. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00181-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00181-8)
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, VG, Papoutsis, E., y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Paredes, AM (2015). *Trastornos cognitivos asociados a enfermedades clínicas en el adulto mayor en el Hospicio Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil período 2010-2014* [Tesis Doctoral, Universidad de Guayaquil]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48252>
- Paredes, YV, Yarce, E., y Aguirre, DC (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 16 (1), 114-128. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>.
- Park, K., Lee, S., Yang, J., Song, T., y Hong, G. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31 (11), 1581-1597. <https://doi.org/10.1017/S1041610218002168>
- Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica del Uruguay*, 36 (3), 333-334. <http://www2.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/566>
- Pearlin, LI, y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2–21. <https://doi.org/10.2307/2136319>
- Peel, NM, Navanathan, S., y Hubbard, RE (2014). Gait speed as a predictor of outcomes in post-acute transitional care for older people. *Geriatrics and Gerontology International*, 14 (4), 906-910. <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12191>

- Pellegrino, L. (2017). Las historias de vida en el método de planificación pastoral ver-
juzgar-actuar. *Veritas*, (36), 113-133. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732017000100006>
- Penley, JA, Tomaka, J., y Wiebe, JS (2002). The association of coping to physical and
psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral
Medicine*, 25 (6), 551-603. <https://doi.org/10.1023/A:1020641400589>
- Penning, MJ, Liu, G. y Chou, PH (2014). Measuring loneliness among middle-aged and
older adults: the UCLA and de Jong Gierveld Loneliness scales. *Social Indicators
Research*, 118, 1147-1166. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0461-1>
- Peña, AI (2014). Sentido de coherencia e inteligencia emocional: efecto en la ansiedad
social de estudiantes universitarios. *Revista INFAD de Psicología. International
Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4 (1), 295-302.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.615>
- Peña-Casanova, J. (1999). *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la
enfermedad de Alzheimer: definición, descripción, guías de intervención y consejos*.
Fundación La Caixa.
- Pereyra, FE., Perea, FJ, Blanco, I., Hervás, G., y Avia, MD (2012). Hacia la transformación
de los servicios para personas mayores con discapacidad. *IX Jornadas Científicas
Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Facultad de
Psicología, Universidad Complutense de Madrid*.
- Pérez, EF, Andrade, MC, García, ES, y López, LP (2019). Vejez emprendedora: hallazgos
preliminares del bienestar subjetivo. *Paraninfo Digital*, 1-4.
<http://ciberindex.com/p/pd/e30114>
- Pérez, J., Abellán, A., Aceituno, P., y Ramirio, D. (2020). Un perfil de las personas
mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento
en red*, 25, 38.
[http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-
indicadoresbasicos2020.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf)

- Pérez, R., Iglesias, D., Cerquera, AM, Martín, M., y Riquelme, A. (2017). Caracterización del dolor y las emocionales en ancianos cubanos comunitarios con dolor osteoarticular, 14 (1). <http://hdl.handle.net/20.500.12494/5160>
- Pérez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, JC, 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 (2), 90-103. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1120253>
- Pérez-Fuentes, MD, Molero, MM, Gázquez JJ, Barragán, AB, Martos, A., y Pérez-Esteban, M. (2016). Inteligencia emocional y salud en el envejecimiento: beneficios del programa PECE-PM. *Actualidades en Psicología*, 30 (121), 11-23. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i121.24048>
- Perlmutter, M. y Hall, E. (1992). *Adult development and aging*. John Wiley.
- Pfeiffer, E. (1977). Psychopathology and social pathology. En JE Birren y KW Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (págs. 650-671). Van Nostrand Reinhold.
- Pillemer, DB, Goldsmith, LR, Panter, AT, y White, SH (1988). Very long-term memories of the first year in college. *Journal of Experimental Psychology: learning, memory and cognition*, 14 (4), 709-715. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.14.4.709>
- Pinazo, C. (2019). *Alteraciones conductuales en personas mayores que viven en residencias* [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia].
- Pinazo, S., y Bellegarde, M. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. *Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal*, 5.
- Pinazo-Clapés, C., Pinazo-Hernandis, S., y Sales, A. (2020). Effects of an Educational Program for Professional Caregivers on Behavioral Alterations in Nursing Home Residents: Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8845. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238845>

- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55 (5), 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
- Pino, MB (2013). Depresión en el Adulto Mayor. *Salud Mental*.
- Pinquart, M. (2002). Creating and maintaining purpose in life in old age: a meta-analysis. *Ageing International*, 27 (2), 90-114. <https://doi.org/10.1007/s12126-002-1004-2>
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23 (4) 245-266. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2
- Pinto, JM, y Neri, AL (2013). Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: estudio fibra. *Ciência y Saúde Coletiva*, 18 (12). 3449-3460. <http://doi.org/10.1590/S1413-812332013001200002>
- Plagg, B., Engl, A., Piccoliori, G., y Eisendle, K. (2020). Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: between benefit and damage. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104086. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104086>
- Prat, J. (2004). *I ... això és la meva vida: relats biogràfics i societat*. Generalitat de Catalunya. <http://hdl.handle.net/10687/423642>
- Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, RM, Alcañiz, M., ... y Botella, C. (2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 16 (8), 964-974. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.702726>
- Puig, L., Ruiz de Morales, JG., Dauden, E., Andreu, JL, Cervera, R., Adán, A., ... y Gil, Á. (2019). Prevalence of ten Immune-mediated inflammatory diseases (IMID) in Spain. *Revista Española de Salud Pública*, 25 (93), e201903013.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., y Xu, Y. (2020). A nation wide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic:

implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33, e100213.

<http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Quoidbach, J., Mikolajczak, M., y Gross, JJ (2015). Positive interventions: an emotion regulation perspective. *Psychological Bulletin*, 141 (3), 655-693.

<https://doi.org/10.1037/a0038648>

Raggi, A., Tasca, D., y Ferri, R. (2017). A brief essay on non-pharmacological treatment of Alzheimer's disease. *Reviews in the Neurosciences*, 28 (6), 587-597.

<https://doi.org/10.1515/revneuro-2017-0002>

Ramakers, I., Verhey, F., Scheltens, P., Hampel, H., Soininen, H., Aalten, P., Olde, M., Verbeek, M., Spuru, L., Blennow, K., Trojanowski, LQ, Shaw, LM, Visser, PJ (2013). Anxiety is related to Alzheimer cerebrospinal fluid markers in subjects with mild cognitive impairment. *Psychological Medicine*, 43 (5), 911-920.

<https://doi.org/10.1017/S0033291712001870>

Ramírez, M., y Lee, S. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Revista Latinoamericana Polis*, 33, 2-15.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30525012019>

Rana, W., Mukhtar, S., y Mukhtar, S. (2020). Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102080. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102080>

Ranieri, RM (2018). *Incidencia de las actividades de estimulación cognitiva sobre la memoria de trabajo en adultos mayores institucionalizados* [Tesis Doctoral, Universidad Católica Argentina].

<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8558>

Ray, KD, y Mittelman, MS (2017). Music therapy: a nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Dementia*, 16 (6), 689-710. <https://doi.org/10.1177/1471301215613779>

Red Europea de Reminiscencia. (2021). <http://www.europeanreminiscencenetwork.org>

- Reisberg, B., Ferris, SH, de Leon, MJ, y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1136-1139. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>
- Reker, GT (1997). Personal meaning, optimism, and choice: existential predictors of depression in community and institutional elderly. *The Gerontologist*, 37 (6), 709-716. <https://doi.org/10.1093/geront/37.6.709>
- Reyes, JA., Mena, N., Ojea, T., González, MM, Cabezudo, P., Ciano, NL, ... y Serrano, PJ (2020). Análisis de letalidad por COVID-19 en pacientes con demencia neurodegenerativa. *Neurología*, 35 (9), 639-645. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.07.005>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., Afonso, RM, y Pachana, N. (2015). Predictors of anxiety in centenarians: health, economic factors, and loneliness. *International Psychogeriatrics*, 27 (7), 1167-1176. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001628>
- Richards CH, Leitch FE, Horgan PG y McMillan DC (2010). A systematic review of POSSUM and its related models as predictors of post-operative mortality and morbidity in patients undergoing surgery for colorectal cancer. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 14 (10), 1511-1520. <https://doi.org/10.1007/s11605-010-1333-5>.
- Ricoeur, P. (1999). *Historia y narratividad*. Paidós.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C. y Hernán, M. (2011). Análisis del Modelo Salutogénico en España: aplicación en Salud Pública e implicaciones para el Modelo de Activos en Salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85 (2), 129-139.
- Robitaille, A., Cappeliez, P., Coulombe, D., y Webster, JD (2010). Factorial structure and psychometric properties of the reminiscence functions scale. *Aging and Mental Health*, 14 (2), 184-192. <https://doi.org/10.1080/13607860903167820>
- Robles, A., Grávalos, GJ, Hermida, SR, González, AL, Gil, C, y Caballero, AG (2012). Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia y factores asociados: estudio transversal multicéntrico.

Revista Española de Geriátría y Gerontología, 47 (3), 96-101.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.02.002>

Rodakowski, J., Saghafi, E., Butters, MA, y Skidmore, ER (2015). Non-pharmacological interventions for adults with mild cognitive impairment and early stage dementia: an updated scoping review. *Molecular Aspects of Medicine*, 43, 38-53.

<https://doi.org/10.1016/j.mam.2015.06.003>

Rodríguez, AD, Leiton, AL, Guerrero, KA, y Tenganan, DS (2016). Educación emocional y satisfacción con la vida percibida en un grupo de adultos mayores. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 7 (2), 312-331.

<https://doi.org/10.21501/22161201.1781>

Rodríguez, AM., Brito, JP y Sotuyo, MM (2017, 8 de enero). *Efectividad de un programa de Rehabilitación Neurocognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer*. III Congreso de Medicina Familiar.

<http://www.medicinafamiliar2020.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/view/Paper/337>

Rodríguez, EN (2013). Instrumento de evaluación económica para la medición de años de vida ajustados a la calidad en adultos mayores. *Medisan*, 17 (8), 4035-4044.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000800019&lng=es&tlng=pt.

Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pilares.

Rodríguez, R., Garrido, H., y Collado, S. (2020). Impacto psicológico de COVID-19 en España: informe de datos tempranos. *Trauma Psicológico: Teoría, Investigación, Práctica y Política*, 12 (5), 550.

Rodríguez, TM, Galán, AS, Flores, RR, Jordán, MT, y Montes, JB (2016). Behavior and emotion in dementia. *Update on Dementia*, 450-475.

<https://doi.org/10.5772/64681>

Rogers, CR (1977). *Carl Rogers on personal power*. Delacorte.

- Rojas, MC, y Carvajal, AC (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*, 61 (2).
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>
- Rojas-Jara, C., Calquin, F., González, J., Santander, E., y Vásquez, M. (2019). Efectos negativos del uso de benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud y Sociedad*, 10 (1), 40-50. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00003>
- Ros, L., Meléndez, JC, Webster, J., Mayordomo, T., Sales, A., Latorre, JM y Serrano, JP (2016). Reminiscence Functions Scale: factorial structure and its relation with mental health in a sample of Spanish older adults. *International Psychogeriatrics*, 28 (9), 1521-1532. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000326>
- Rosenbaum, L. (2020). Facing Covid-19 in Italy: ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *The New England Journal of Medicine*, 382 (20), 1873-1875.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp2005492>
- Rousseau, J. (2007). *Diccionario de música* (Vol. 25). Ediciones Akal.
- Rozo, V., Rodríguez, O., Montenegro, Z., y Dorado, C. (2016). Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11 (1), 12-18.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179346558004>
- Ruan, Q., Yu, Z., Chen, M., Bao, Z., Li, J. y He, W. (2015). Cognitive frailty, a novel target for the prevention of elderly dependency. *Ageing Research Reviews*, 20, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.12.004>
- Ruiz-Vargas JM (2010). *Manual de psicología de la memoria*. Síntesis.
- Ryan, RM, y Deci, EL (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 141-166. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>

- Ryff, CD (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, CD (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (4), 99-104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Ryff, CD y Heincke, SG (1983). Subjective organization of personality in adulthood and aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 807-816. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.4.807>
- Sáez, MP, Sánchez, N., Jiménez, S., Alonso, N., y Valverde, JA (2015). Valoración del dolor en el anciano. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 22 (6), 271-274. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462015000600008>
- Salazar-Villanea, M. (2020). Narrativa autobiográfica y reminiscencias en costarricenses con Alzheimer. *Revista Signos*, 53 (102), 219-241. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-09342020000100219>
- Salech, F., Palma, QD, y Garrido, QP (2016). Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27 (5), 660-670. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.09.011>
- Salgueiro, E., Elizarde, BC, Elola, AI, García-Pulido, B., Nicieza-García, ML, y Manso, G. (2018). Los criterios STOPP/START más frecuentes en España. Una revisión de la literatura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53 (5), 274-278. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.03.001>
- Salovey, P., y Mayer, J. (2014). Inteligencia emocional. *Imaginación, Conocimiento y Personalidad*, 9 (3), 185-211. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/40394256/Inteligencia_emocional_wiki.pdf?
- Sánchez, D., Bravo, N., Miranda, J., y Olazarán, J. (2015). Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11 (72), 4316-4322. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.01.003>

- Sánchez, MW, Cabaco, AS, Litago, DU, Iglesias, AI, y Camarón, CG (2015). Intervención optimizadora del bienestar cognitivo y emocional en mayores institucionalizados: un estudio piloto. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 195-206.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.335>
- Sandín, B., Valiente, RM, García-Escalera, J., y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (1). <http://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Sara, L., Rivera, F., y Ramos, P. (2017). Ajuste psicológico y clasificación de mujeres cuidadoras de nietos y nietas y/o ascendientes en función de su inteligencia emocional. *Apuntes de Psicología*, 34 (2-3), 161-169.
- Saredakis, D., Keage, HA, Corlis, M., y Loetscher, T. (2021). Virtual reality intervention to improve apathy in residential aged care: protocol for a multisite non-randomised controlled trial. *BMJ Open*, 11 (2), e046030.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046030>
- Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital* [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia].
- Satorres, E., Viguier, P., Fortuna, FB, y Meléndez, JC (2018). Effectiveness of instrumental reminiscence intervention on improving coping in healthy older adults. *Stress and Health*, 34 (2), 227-234. <https://doi.org/10.1002/smi.2776>
- Schacter, DL y Tulving, E. (1994). *Memory systems*. The MIT Press.
- Scheibe, S., y Carstensen, LL (2010). Emotional aging: recent findings and future trends. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 65 (2), 135-144. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp132>
- Scheibe, S., y Esteban, MI, Anray, J., y Marrero, J. (2015). Percepción del bienestar psicológico del alumnado de la Universidad para Mayores de la Universidad de La Laguna. *Encuentro Nacional AEPUM 2015*.

https://www.researchgate.net/publication/306281317_Percepcion_del_bienestar_psicologico_del_alumnado_de_la_Universidad_para_Mayores_de_la_Universidad_de_la_Laguna.

Scott J., y Huskisson EC (1979). Vertical or horizontal visual analogue scales. *Ann Rheum Dis*, 38 (6), 560. <https://doi.org/10.1136/ard.38.6.560>

Scott, I., Cooper, C., Leverton, M., Burton, A., Beresford-Dent, J., Rockwood, K., Butler, L., y Rapaport, P. (2019). Effects of nonpharmacological interventions on functioning of people living with dementia at home: a systematic review of randomised controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34 (10), 1386-1402. <https://doi.org/10.1002/gps.5127>

Seaward, B. (2015). *Managing Stress: principles and strategies for Health and Well-Being*. Jones and Barlett Learning.

Seidl, U., Lueken, U., Thomann, P., Geider, J. y Schröder, J. (2011). Autobiographical memory deficits in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 27, 567-574. <https://doi.org/10.3222/JAD-2011-110014>

Seifert, A. (2020). The digital exclusion of older adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of Gerontological Social Work*, 1-3. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1764687>

Sepúlveda, L. (2010). Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación en políticas sociales. *Perspectivas*, 21, 27-53. <https://doi.org/10.29344/07171714.21.436>

Serrano, J. (2002). *Entrenamiento de memoria autobiográfica sobre eventos positivos específicos en ancianos con síntomas depresivos* [Tesis Doctoral, Universidad de Castilla la Mancha]. <http://hdl.handle.net/10578/903>

Serrano, JP, Latorre, JM, Gatz, M., y Montañés, J. (2005). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19 (2), 272-277.

- Serrano, JP, Latorre, JM, Ros, L., Navarro, B., Aguilar, MJ, Nieto, M., y Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24 (2), 224-229.
- Serrano, JP, Latorre, JM, y Montañés, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología. Elsevier*, 40 (4), 220-227. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)74858-7](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)74858-7)
- Servello, A., y Evaristo, E. (2020). COVID-19: the Italian viral “Gerocide” of the 21st century. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104-111. <https://10.1016/j.archger.2020.104111>
- Shah TM, Weinborn M., Verdile G., Sohrabi HR y Martins RN (2017). Enhancing cognitive functioning in healthy older adults: a systematic review of the clinical significance of commercially available computerized cognitive training in preventing cognitive decline. *Neuropsychol Rev.*, 27 (1), 62-80. <https://doi.org/10.1007/s11065-016-9338-9>.
- Shah, BM, y Hajjar, ER (2012). Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28 (2), 173-186. <http://doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.002>
- Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M., y Steptoe, A. (2017). Social isolation and loneliness: prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychology*, 36 (2), 179-187.
- Sheikh, A., Dhingra-Kumar, N., Kelley, E., Kieny, MP, y Donaldson, L. (2017). El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 95, 546-546A. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.198002>
- Shellman, JM, y Zhang, D. (2014). Psychometric testing of the modified reminiscence functions scale. *Journal of Nursing Measurement*, 22 (3), 500-510. <https://doi.org10.1891/1061-3749.22.3.500>

- Shih, H., Lin, C., Tu, F., Chang, M., Hsu, H., Chi, C. y Kao, C. (2015). An increased risk of reversible dementia may occur after zolpidem derivative use in the elderly population: a population-based case-control study. *Medicine*, 94 (17), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000000809>
- Shropshire, M. (2020). Reminiscence intervention for community-dwelling older adults without dementia: a literature review. *British Journal of Community Nursing*, 25 (1), 40-44. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.1.40>
- Sierra, EM, Pérez, L., y Quianella, M. (2019). Plasticidad cerebral, una realidad neuronal. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23 (4), 599-609.
- Sikkes, SA, Tang, Y., Jutten, RJ, Wesselman, LM, Turkstra, LS, Brodaty, H., ... y Bahar-Fuchs, A. (2020). Toward a theory-based specification of non-pharmacological treatments in aging and dementia: focused reviews and methodological recommendations. *Alzheimer's y Dementia*. <https://doi.org/10.1002/alz.12188>
- Siverová, J., y Bužgová, R. (2018). The effect of reminiscence therapy on quality of life, attitudes to ageing, and depressive symptoms in institutionalized elderly adults with cognitive impairment: a quasi-experimental study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27 (5), 1430-1439. <https://doi.org/10.1111/inm.12442>
- Smith, PJ, y Blumenthal, JA (2011). Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 64 (10), 924-933. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.06.003>
- Socken, P. (2020). When did elderly people like me become disposable? *Jewish Telegraphic Agency*. <https://doi.org/10.1007/s11569-020-00239-4>
- Spalletta, G., Musicco, M., Padovani, A., Perri, R., Fadda, L., Canonico, V., . . . Palmer, K. (2010). Neuropsychiatric symptoms and syndromes in a large cohort of newly diagnosed, untreated patients with alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (11), 1026-1035. <https://doi.10.1097/JGP.0b013e3181d6b68d>

- Staudinger, UM (2001). Life reflection: a social–cognitive analysis of life review. *Review of General Psychology*, 5 (2), 148-160. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.148>
- Stein, AC (2016). *Relación entre actividad física, salud percibida, bienestar subjetivo, depresión y enfermedades crónicas en personas mayores* [Tesis Doctoral, Universidad de León].
- Subramaniam, P., Woods, B., y Whitaker, C. (2014). Life review and life story books for people with mild to moderate dementia: a randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, 18 (3), 363-375. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.837144>
- Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., ... y Liu, W. (2020). Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *MedRxiv*. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.03.06.20032425>
- Sundstrom, A., Adolfsson, AN, Nordin, M., y Adolfsson, R. (2020). Loneliness increases the risk of all-cause dementia and Alzheimer’s disease. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 75, 919–926. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbz139>
- Suso, C., y Martín, R. (2020). How much support is there for the recommendations made to the general population during confinement? A Study during the first three days of the COVID–19 quarantine in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (12), 4382. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124382>
- Sutipan, P., Intarakamhang, U., y Macaskill, A. (2017). The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *Journal of Happiness Studies*, 18 (1), 269-291. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9711-z>
- Sweeney, L., Wolverson, E., y Clarke, C. (2020). Understanding the shared experiences of creating a digital life story with individuals with dementia and their spouse. *Dementia*, <https://doi.org/10.1177/1471301220970403>
- Tajfel, H. (1981). *Grupos humanos y categorías sociales*. Herder.
- Tam, W., Poon, SN, Mahendran, R., Kua, EH, y Wu, XV (2020). The effectiveness of reminiscence-based intervention on improving psychological well-being in

- cognitively intact older adults: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 103-847. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103847>
- Tarazona, FJ, Martínez, N., Vidán, MT, y García, JA (2020). COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 55 (4), 191–192. <http://doi.org/10.1016/j.regg.2020.04.001>
- Tárraga, L. (1997). Tecnología blanda para la enfermedad de Alzheimer: programa de psicoestimulación integral. *Daño cerebral y calidad de vida: demencias. Fundación Mapfre Medicina*.
- Taylor, SE, Kemeny, ME, Reed, GM, Bower, JE, y Gruenewald, TL (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55 (1), 99. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.99>
- Taylor, SS, Davis, MC, y Zautra, AJ (2020). Relationship status and quality moderate daily pain related changes in physical disability, affect, and cognitions in women with chronic pain. *Pain*, 154 (1), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.10.004>
- Teruel, AF (2011). *Psicofarmacología, terapias psicológicas y tratamientos combinados*. Editorial UOC.
- The Guardian. (2020). *113 years old coronavirus survivor: the elderly are the forgotten ones of society*. <https://www.theguardian.com/world/2020/may/16/worlds-oldest-coronavirus-survivor-the-elderly-are-the-forgotten-ones-of-society>
- Theeke, LA (2009). Predictors of loneliness in US adults over age sixty-five. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 (5), 387-396. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2008.11.002>.
- Tinetti, ME, Baker, DI, Gottschalk, M., Garrett, P., McGeary, S., Pollack, D., y Charpentier, P. (1997). Systematic home-based physical and functional therapy for older persons after hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil*, 78 (11), 1237- 1247. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(97\)90338-5](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(97)90338-5)
- Tinetti, ME, Speechley, M. y Ginter, SF (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, 319 (26), 1701-1707. <https://doi.org/10.1056/NEJM198812293192604>

- Tipton, PW, y Wszolek, ZK (2020). What can Parkinson’s disease teach us about COVID-19?. *Neurologia i neurochirurgia polska*, 54 (2), 204-206.
<https://doi.org/10.5603/PJNNS.a2020.0039>
- Tomás, JM, Sancho, P., Gutiérrez, M., y Galiana, L. (2014). Predicting life satisfaction in the oldest-old: a moderator effects study. *Social Indicators Research*, 117 (2), 601-613. <http://search.proquest.com/docview/168015445?accountid=14777>
- Torales, J., y Arce, A. (2017). Principios de psicofarmacología: una introducción. *Medicina Clínica y Social*, 1 (1), 54-99.
<http://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/6>
- Torges, CM, Stewart, AJ, y Duncan, LE (2008). Achieving ego integrity: personality development in late midlife. *Journal of Research in Personality*, 42 (4), 1004-1019.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.02.006>
- Torrabadella, L. y Tejero, E. (2010). *Vidas al descubierto: historias de vida de los “sin techo”*. Icaria.
- Torres, WI, y Flores, MM (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología (PUCP)*, 36 (1), 9-48.
<http://dx.doi.org/10.18800/psico.201801.001>
- Trejo-Morales, P., y Cansino, S. (2011). Effects of divided attention on episodic memory in young and older adults. *Revista Colombiana de Psicología*, 20 (2), 181-191.
- Trentini, F. (2015). ¿Cómo impacta la técnica de revisión de vida en sucesos específicos positivos en el bienestar de adultos mayores institucionalizados? *UR. FP*.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/5727>
- Triadó, C., Osuna, M. J., Resano, C. S., y Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3), 152-162.
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: from mind to brain. *Annual Reviews of Psychology*, 53 (1), 1-25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135114>

- Turner, JC (1999). Some current issues in research on social identity and self-categorization theories. En N. Ellemers, S. Spears, y B. Doosje (Eds.), *Social identity*. UK Blackwell.
- Turner, JC y Reynolds, KJ (2001). The social identity perspective in intergroup relations: theories, themes and controversies. En R. Brown, y S. Gaertner (Eds.), *Blackwell Handbook of Social Psychology. Intergroup Processes*. Blackwell Publishing.
- Tyrrell, CJ, y Williams, KN (2020). The paradox of social distancing: implications for older adults in the context of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12 (S1), S214. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000845>
- Ubillos, S., García, R., y Puente, A. (2019). Validación de un instrumento para la medición del dolor crónico en centros asistenciales de la tercera edad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42 (1), 19-30. <http://dx.doi.org/10.23938/assn.0390>
- Uribe, AF, Orbegozo, LJ, y Linde, JM (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106011>
- Valarezo, JL, Maldonado, Silva, JC, y Medina, RP (2020). Influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad residentes en una institución geriátrica, *Espacios*, 41 (14), 2.
- Van Agteren, J., Iasiello, M., Lo, L., Bartholomaeus, J., Kopsaftis, Z., Carey, M., y Kyrios, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature Human Behaviour*, 1-22. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>
- Van Bogaert, P, Tolson, D, Eerlingen, R, Carvers, D, Wouters, K, Paque, K, . . . Engelborghs, S (2016). SolCos model-based individual reminiscence for older adults with mild to moderate dementia in nursing homes: a randomized controlled intervention study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23 (9-10), 568-575. <https://doi.org/10.1111/jpm.12336>

- Van der Linde, R., Stephan, B., Savva, G., Dening, T. y Brayne, C. (2012). Systematic reviews on behavioural and psychological symptoms in the older or demented population. *Alzheimer's Research y Therapy*, 4 (28), 1-23.
<https://doi.org/10.1186/alzrt131>
- Van der Linde, RM, Dening, T., Stephan, BC, Prina, AM, Evans, E., y Brayne, C. (2016). Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 209 (5), 366-377.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.14840>
- Vargas-Thils, M. (2013). Récit de vie et construction de soi chez l'individu social contemporain. En C. Laviolette, *Récit de vie: construction du sin te de liens*. Les politiques sociales.
- Vázquez, C., Hervás, G. (2009). *Psicología Positiva Aplicada*. 2ª Edición. Desclée de Brouwer.
- Vazquez, MC (2016). *El rol de la inhibición cognitiva en el declive de la memoria episódica, en adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata* [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Mar del Plata].
<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/477>
- Vega DC, Frías, A., y Del Pino, R. (2019). Validez y confiabilidad de la escala de sentido de coherencia en estudiantes de grado de enfermería de una Universidad Española. *Gaceta Sanitaria*, 33, 310-316. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.009>
- Viguer, P., Satorres, E., Fortuna, FB, y Meléndez, JC (2017). A follow-up study of a reminiscence intervention and its effects on depressed mood, life satisfaction, and well-being in the elderly. *The Journal of Psychology*, 151 (8), 789-803.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1393379>
- Vila-Miravent, J., Villar, F., Celdrán, M. y Fernández, E. (2012). El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. *Revista de Psicología, Ciències de l'educació*

i de l'esport Blanquerna, 30 (1), 109-117.

<https://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/viewFile/257072/344114>

Villalobos, X., Kulzer, K., y Fernández, X. (2016). Relación entre funcionalidad y caídas en la población adulta mayor del Proyecto Costa Rica. Estudio Longitudinal de envejecimiento saludable. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 2 (4), 294-301. <http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/214>

Villar, F. (2006). "Historias de vida y Envejecimiento". *Informes Portal Mayores*, 59.

Lecciones de Gerontología, VII.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/documentos/villar-historias-01.pdf>

Villar, F., y Serrat, R. (2017). Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52 (4), 216-222. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.06.004>

Vinaccia, S., Quiceno, JM, y Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28 (2), 366- 377. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.2.148821>

Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, MB, y Nielsen, GH (2015). The impact of group-based mindfulness training on self-reported mindfulness: a systematic review and metaanalysis. *Mindfulness*, 6 (3), 501-522. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0283-5>

Vitores, O. (2020). El impacto de la soledad sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida en una muestra de personas mayores institucionalizadas [Trabajo fin de Máster, Universidad País Vasco]. <http://hdl.handle.net/10810/38272>

Wagner, J., Lang, FR., Neyer, FJ, y Wagner, GG (2014). Self-esteem across adulthood: the role of resources. *European Journal of Ageing*, 11, 109–119.

<https://doi.org/10.1007/s10433-013-0299-z>

- Wagner, J., Lüdtke, O., Jonkmann, K., y Trautwein, U. (2013). Cherish yourself: longitudinal patterns and conditions of self-esteem change in the transition to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104 (1), 148. <https://doi.org/10.1037/a0029680>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, CS, y Ho, RC (2020a). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, RS, ... y Ho, RC (2020b). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Watson, D., Clark, A., y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: the PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070. <http://www.cnbc.pt/jpmatos/28.Watson.pdf>
- Watt, LM., y Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*, 4 (2), 166-177. <https://doi.org/10.1080/13607860050008691>
- Webber, S., Baker, S., y Waycott, J. (2021). Virtual visits: reminiscence in residential aged care with digital mapping technologies. *Australasian Journal on Ageing*. <https://doi.org/10.1111/ajag.12902>
- Webster, JD (1993). Construction and validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journals of Gerontology*, 48, 256-262. <https://doi.org/10.1093/geronj/48.5.P256>
- Webster, JD (1997). The reminiscence functions scale: a replication. *International Journal of Aging and Human Development*, 44 (2), 137-148. <https://doi.org/10.2190/AD4D-813D-F5XN-W07G>

- Webster, JD, Bohlmeijer, ET, y Westerhof, GJ (2010). Mapping the future of reminiscence: a conceptual guide for research and practice. *Research on Aging*, 32 (4), 527-564. <https://doi.org/10.1177/0164027510364122>
- Webster, JD, Westerhof, GJ, y Bohlmeijer, ET (2014). Wisdom and mental health across the lifespan. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69 (2), 209-218. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs121>
- Weinstein, N., Brown, KW, y Ryan, RM (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*, 43 (3), 374-385. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.008>
- Westerhof, GJ, Bohlmeijer, ET, Van Beljouw, IM, y Pot, AM (2010). Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 50 (4), 541-549. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp168>
- Westerhof, GJ, Bohlmeijer, ET., y Webster, JD (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30 (4), 697-721. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09990328>
- Whitmore RG, Stephen JH, Vernick C., Campbell PG, Yadla S., Ghobrial GM, Maitenfort MG y Ratliff JK (2013). ASA grade and Charlson Comorbidity Index of spinal surgery patients: correlation with complications and societal costs. *The Spine Journal*, 14 (1) 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2013.03.011>
- Wiley, J., y Sons, L. (2016). Mini-Mental State Examination (MMSE) para la detección de la demencia en personas de 65 años o mayores sin evaluación clínica en poblaciones de atención primaria y de la comunidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27 (3), 404-406.
- Williams, B. (2020). Mental health concerns arise amid COVID-19 epidemic. *Psychiatry advisor*. <https://www.psychiatryadvisor.com/home/topics/general-psychiatry/mental-health-concerns-arise-amid-covid-19-epidemic/>

- Williams, HL, Conway, MA y Cohen, G. (2008). Autobiographical memory. En G. Cohen y MA Conway (Eds.), *Memory in the Real World*, (págs.21-90). Psychology Press.
- Wong, PT (1995). The processes of adaptive reminiscence. En BK Haight y JD Webster (Eds), *The art and science of reminiscing: theory, research, methods, and applications* (págs. 23- 35). Taylor & Francis.
- Wong, TP, y Watt, M. (1991). What types of reminiscence are associated with success ful aging?. *Psychology and Aging*, 6 (2), 272-79. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.6.2.272>
- Woods, B., O’Philbin, L., Farrell, EM, Spector, AE y Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, 11-20. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>
- Woodward, NJ y Wallston, BS (1987). Age and health care beliefs: self-efficacy as a mediator of low desire for control. *Psychology y Aging*, 2 (1), 3-8. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.1.3>
- Wu, Y., Sang, ZQ, Zhang, XC, y Margraf, J. (2020). The relationship between resilience and mental health in Chinese college students: a longitudinal cross-lagged analysis. *Frontiers in Psychology*, 11, 108-119. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00108>
- Wu, Z., y McGoogan, JM (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
- Wyman, MF, Shiovitz-Ezra, S., Bengel, J. (2018). Ageism in the health care system: providers, patients, and systems. En L. Ayalon y C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (págs. 193-212). Springer International.
- Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. *Psychiatry investigation*, 17 (2), 175. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>

- Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., y Xiang, YT (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7 (4), e19. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30079](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30079)
- Yang, YP, Lee, FP, Chao, HC, Hsu, FY, y Wang, JJ (2016). Comparing the effects of cognitive stimulation, reminiscence, and aroma-massage on agitation and depressive mood in people with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (8), 719-724. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.021>
- Yasuda, K., Kuwahara, N., Kuwabara, K., Morimoto, K., y Tetsutani, N. (2013). Daily assistance for individuals with dementia via videophone. *American Journal of Alzheimer's Disease y Other Dementias*®, 28 (5), 508-516. <https://doi.org/10.1177/1533317513494440>
- Yujia, RE, Rong, TA., Hua, SU, y Xin, LI (2021). Intervention Effect of Group Reminiscence Therapy in Combination with Physical Exercise in Improving Spiritual Well-Being of the Elderly. *Iranian Journal of Public Health*, 50 (3), 531-539. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i3.5594>
- Zamarrón, MD, Fernández, R., Díaz, J., Montero, P., López, MD, Molina, MA., ... y Mañanes, V. (2007). Estudio bio-psico-social sobre personas de 90 años y más. Proyecto de investigación I+D+I IMSERSO. https://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/.../idi35_06uam.pdf
- Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Häfner, S., Lacruz, ME, Emeny, RT, . . . Peters, A. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29 (3), 245-252. <http://doi.org/10.1002/gps.3998>
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., y Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3, 3– 8. <http://dx.doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>
- Zhao, Q., Tan, L., Wang, H., Jiang, T., Tan, M., Tan, L., . . . Lai, T. (2016). The prevalence of neuropsychiatric symptoms in alzheimer's disease: systematic review and meta-

analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 264-271.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.069>

Zhao, X. (2021). Reminiscence therapy-based care program for reducing anxiety and depression in glioma survivors: a randomized controlled trial. *Medicine*, 100 (5). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023056>

Zhou, X. (2020). Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, 286, 112895.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112895>

Capítulo XII

Anexos

ANEXO I

Cuestionario de reminiscencia integrativa en personas mayores que viven en residencias en tiempos de pandemia



CUESTIONARIOS REMINISCENCIA INTEGRATIVA

EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

1ª PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL:	Tiempo Estimado
1. <u>Presentación.</u>	2 min.
2. <u>Evaluación Inicial 1ª Parte:</u>	
a. Datos sociodemográficos.	5 min.
b. Mini-Mental State Examination (MMSE).	15 min.
c. Escala de ansiedad/depresión (GOLDBERG).	15 min.
d. Escala de Valoración Funcional (BARTHEL).	10 min.
e. Escala de afectividad (PANAS).	15 min.
f. Escala de satisfacción con la vida (SWLS).	2 min.
g. Escala evaluación del dolor (EVA).	1 min.
	Tiempo: 63 min.
3. <u>Evaluación Inicial 2ª Parte:</u>	
h. Escala de afrontamiento (COPE-28).	15 min.
i. Escala de reminiscencia (RFS).	20 min.
j. Escala de integridad de Ryff (ESC-INT).	15 min.
k. Escala de propósito de vida (PIL).	15 min.
l. Escala de soledad (DJGLS).	10 min.
m. Escala de sentido de coherencia (SOC-13/OLQ-13).	10 min.
n. Cuestionario condiciones de confinamiento	10 min.
	Tiempo: 95 min.
4. <u>Evaluación Inicial programa interno gestión centros residenciales:</u>	
a. Psicofármacos.	
b. Polifarmacia.	
c. Índice de comorbilidad (CHARLSON).	

Estimado/a Sr./Sra....., en primer lugar quisiera darle las gracias por recibirme y colaborar en este estudio. Como ya comentamos en la reunión anterior, hoy le voy a formular una serie de cuestiones y se trata de que usted conteste según sienta, piense o considere.

Entrevistadora..... **Fecha**.....

Tiempo 1 Tiempo 2 Tiempo de pase: Menos de 60 minutos Entre 60 y 90 minutos Más de 90 minutos N.º Encuesta: ID

Edad: _____ años **Fecha nacimiento:** _____ **Sexo:** Hombre Mujer

Estado Civil: Casado/viviendo en pareja Viudo/a Soltero/a Separado/a o divorciado/a

Nivel de Estudios: Sin estudios Estudios Primarios Estudios Secundarios Estudios Universitarios

Motivo de Ingreso: Voluntad Propia Voluntad Ajena (viudedad)

Voluntad Ajena (ergonomía domicilio) Voluntad Ajena (salud) Otros

Acontecimientos vitales estresantes en el último año: Duelo Accidente Enfermedad

Otros: _____

Fármacos: Neurolépticos Típicos y Atípicos Antidepresivos Benzodiazepinas

Otras drogas hipnóticas o sedantes o ansiolíticos Inhibidores de la acetilcolinesterasa y memantina Antiepilépticos

Polifarmacia (5 ó más fármacos): Sí No

Enfermedad Vascular cerebral **Diabetes** **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica** **Insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica** **Demencia** **Enfermedad arterial periférica** **Insuficiencia rena crónica (diálisis)** **Cáncer** **TOTAL:** _____

(MMSE) Le voy a formular unas preguntas para saber cómo se encuentra usted de memoria.

ORIENTACIÓN TEMPORAL _____ 5

Año	Estación	Mes	Día semana	Día de mes

ORIENTACIÓN ESPACIAL _____ 5

País	Provincia	Ciudad (pueblo)	Dónde estamos	Planta

FIJACIÓN _____ 3

Repita estas tres palabras (se volverán a preguntar): Pelota Caballo Manzana

ATENCIÓN Y CÁLCULO _____ 5

Si tiene 30€ y me va dando de 3 en 3 ¿cuántos le van quedando? 27 24 21 18 15

MEMORIA _____ 3

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?: Pelota Caballo Manzana

DENOMINACIÓN _____ 2

¿Qué es esto? (mostrar un lápiz o un boli) ¿Y esto? (mostrar un rejoj)

REPETICIÓN _____ 1

Repita la frase: En un trigal había 5 perros: sí no

COMPRENSIÓN _____ 3

Aquí tenemos esta cuartilla: Cójala con la mano derecha Dóblela por la mitad

Póngala sobre la mesa

LECTURA _____ 1

Lea lo que indica aquí: **CIERRE LOS OJOS** Sí No

Hágalo: Sí No

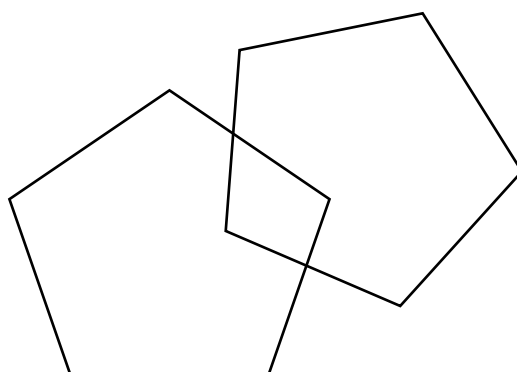
ESCRITURA _____ 1

Escriba una frase (1 punto si es comprensible) Sí No

DIBUJO

_____1

Copie este dibujo (1 punto si están presentes los 10 ángulos y la intersección)



Puntuación Total: _____/30

(GOLDBERG) A continuación, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las **dos últimas semanas** alguno de los siguientes síntomas:

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4- ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (sínt. vegetativos)		
8- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
	PUNTUACIÓN TOTAL	
SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
1- ¿Se ha sentido con poca energía?		
2- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
5- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8- ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
	PUNTUACIÓN TOTAL	
PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)		

(BARTHEL) (Dígame, si usted necesita ayuda para:

ALIMENTACIÓN: Independiente Ayuda Dependiente **BAÑO:** Independiente Dependiente **VESTIDO:** Independiente Ayuda Dependiente **ASEO PERSONAL:** Independiente Dependiente **DEPOSICIÓN:** Continente Incontinencia ocasional Incontinente **MICCIÓN:** Continente Incontinencia ocasional Incontinente **USO DEL RETRETE:** Independiente Ayuda Dependiente **TRASLADO SILLÓN CAMA:** Independiente Mínima ayuda Gran ayuda Dependiente **DEAMBULACIÓN:** Independiente* Ayuda Independiente en silla de ruedas Inmóvil **ESCALERAS:** Independiente Ayuda Dependiente (*) *Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto andador.* **TOTAL:** _____

(PANAS) Le voy a leer una serie de palabras que describen **diferentes sentimientos y emociones**. Usted deberá indicarme cuáles son apropiadas para usted. Indique cómo se ha sentido durante la **última semana**. Ejemplo: si le digo la palabra “Triste”, y en la **última semana** usted se ha sentido muy triste, entonces registraremos su respuesta con el número 5 (Triste:5).

Motivado		Irritable	
Molesto (disgustado)		Alerta	
Emocionado		Avergonzado	
De malas		Inspirado	
Firme		Nervioso	
Culpable		Decidido	
Temeroso		Atento	
Agresivo		Inquieto	
Entusiasmado		Activo	
Orgullosa		Inseguro	

Ahora indique cómo se siente **generalmente**, esto es, cómo se siente regularmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

Muy poco o nada Algo Moderadamente Bastante Mucho

1 2 3 4 5

Ejemplo: si se presenta la palabra “Triste”, y **en general o regularmente** usted se ha sentido muy triste, entonces registraremos su respuesta con el número 5 (Triste:5).

Motivado		Irritable	
Molesto (disgustado)		Alerta	
Emocionado		Avergonzado	
De malas		Inspirado	
Firme		Nervioso	
Culpable		Decidido	
Temeroso		Atento	
Agresivo		Inquieto	
Entusiasmado		Activo	
Orgullosa		Inseguro	

6.Intentó proponer una estrategia sobre qué hacer				
7.Hago bromas sobre ello				
8.Me critico a mí mismo				
9.Consigo apoyo emocional de otros				
10.Tomo medidas para intentar que la situación mejore				
11.Renuncio a intentar ocuparme de ello				
12.Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables				
13.Me niego a creer que haya sucedido				
14.Intentó verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo				
15.Utilizo alcohol u otras sustancias para hacerme sentir mejor				
16.Intentó hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales				
17. Consigo consuelo y la comprensión de alguien				
18. Busco algo bueno de lo que está sucediendo				
19.Me río de la situación				
20.Rezo o medito				
21.Aprendo a vivir con ello				
22.Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la tv.				
23.Expreso mis sentimientos negativos				
24.Utilizo alcohol u otras sustancias para ayudarme a superarlo				
25.Renuncio al intento de resolver el problema				
26.Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir				
27.Me echo la culpa de lo que ha sucedido				
28.Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen				

(RFS) Ahora vamos a hablar de **reminiscencia**, es decir, de **nuestros recuerdos**. Para ello, le voy a leer unas frases y usted me deberá indicar la **cantidad de veces** que piensa en un **recuerdo pasado** con un **propósito** en concreto. Ej. 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 frecuentemente 6.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Rara vez	Pocas veces	En ocasiones	A menudo	Muy frecuentemente

Cuando rememoro es:

1.Para enseñar a los 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...)	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

(ESC-INT) A continuación le voy a presentar una serie de afirmaciones sobre **pensamientos y sentimientos** que las personas adultas **podemos experimentar en cualquier momento de la vida**. Señale hasta qué punto se las aplicaría a usted mismo/a **EN ESTA ETAPA DE SU VIDA**. No existen respuestas correctas ni incorrectas. Conteste sinceramente.

1	2	3	4	5	6
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Si pudiera retroceder las manecillas del reloj hay muchas cosas que haría de manera diferente.	1	2	3	4	5	6
2. Aunque pudiera hacerlo cambiaría pocas cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6
3. Una de mis frustraciones es no haber viajado más.	1	2	3	4	5	6
4. A menudo desearía haber nacido en un período distinto de la historia.	1	2	3	4	5	6

5. En general, diría que me arrepiento de pocas cosas de mi pasado.	1	2	3	4	5	6
6. Leer diarios y cartas antiguas me produce más dolor que placer.	1	2	3	4	5	6
7. Encuentro que toda mi vida pasada tiene sentido, incluyendo lo positivo y lo negativo.	1	2	3	4	5	6
8. Mi vida ha sido satisfactoria y no me asusta pensar en la muerte.	1	2	3	4	5	6
9. Ojalá mi vida acabara de empezar para que pudiera evitar muchas de las equivocaciones cometidas.	1	2	3	4	5	6
10. No me molesta pensar en los objetivos que no he alcanzado y que probablemente nunca alcanzaré.	1	2	3	4	5	6
11. Generalmente me siento muy contento/a con lo que he logrado en la vida.	1	2	3	4	5	6
12. Si hubiera tenido un poco más de suerte, mi vida se hubiera desenvuelto de manera diferente.	1	2	3	4	5	6
13. Continuo disgustado/a con ciertas experiencias que ocurrieron en mi niñez.	1	2	3	4	5	6
14. Hay algunas desilusiones en la vida que nunca podré aceptar	1	2	3	4	5	6
15. Prefiero la vida que han vivido otras muchas personas a la mía propia.	1	2	3	4	5	6
16. En general, estoy muy cómodo/a con las elecciones que he hecho en mi vida laboral.	1	2	3	4	5	6

(PIL) Ahora, le voy a decir unas afirmaciones y usted ha de darle a cada una de ellas una puntuación del 1 al 7 en función de lo **que piense o sienta**:

1. Generalmente me encuentro:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente aburrido			Neutral			Exhuberante, entusiasmado

2. La vida me parece:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente rutinaria			Neutral			Siempre emocionante

3. En la vida tengo:

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna meta o anhelo			Neutral			Muchas metas y anhelos definidos

4. Mi existencia personal es:

1	2	3	4	5	6	7
Sin sentido ni propósito			Neutral			Llena de sentidos y propósitos

5. Cada día es:

1	2	3	4	5	6	7
Exactamente igual			Neutral			Siempre nuevo y diferente

6. Si pudiera elegir:

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Nunca habría nacido			Neutral			Tendría otras nueve vidas iguales que ésta
---------------------	--	--	---------	--	--	--

7.Después de retirarme:

1	2	3	4	5	6	7
Holgazanearía el resto de mi vida			Neutral			Haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar

8.En el logro de mis metas vitales:

1	2	3	4	5	6	7
No he conseguido ningún progreso			Neutral			He llegado a mi realización completa

9.Mi vida es:

1	2	3	4	5	6	7
Vacía y llena de desesperación			Neutral			Un conjunto de cosas buenas y emocionantes

10.Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido:

1	2	3	4	5	6	7
Una completa basura			Neutral			Muy valiosa

11.Al pensar en mi propia vida:

1	2	3	4	5	6	7
Me pregunto a menudo la razón por la que existo			Neutral			Siempre encuentro razones para vivir

12.Tal y como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo:

1	2	3	4	5	6	7
Me confunde por completo			Neutral			Se adapta significativamente a mi vida

13.Me considero:

1	2	3	4	5	6	7
Una persona irresponsable			Neutral			Una persona muy responsable

14.Con respecto a la libertad de que dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente			Neutral			Absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales

15.Con respecto a la muerte, estoy:

1	2	3	4	5	6	7
Falto de preparación y atemorizado			Neutral			Preparado y sin temor

16.Con respecto al suicidio:

1	2	3	4	5	6	7
Lo he considerado seriamente como una salida a mi situación			Neutral			Nunca le he dedicado un segundo pensamiento

17. Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida es:

1	2	3	4	5	6	7
Prácticamente nula			Neutral			Muy grande

18. Mi vida está:

1	2	3	4	5	6	7
Fuera de mis manos y controlada por factores externos			Neutral			En mis manos y bajo control

19. Enfrentarme a mis tareas cotidianas supone:

1	2	3	4	5	6	7
Una experiencia dolorosa y aburrida			Neutral			Una fuente de placer y satisfacción

20. He descubierto:

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna misión o propósito en mi vida			Neutral			Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida

(DJGLS) Para cada una de las afirmaciones, indique hasta qué punto describen su situación actual, la forma como usted se siente.

No	Más o menos	Sí
----	-------------	----

1. Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios.	1	2	3
2. Echo de menos tener un buen amigo/a de verdad.	1	2	3
3. Siento una sensación de vacío a mi alrededor.	1	2	3
4. Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de necesidad.	1	2	3
5. Echo de menos la compañía de otras personas.	1	2	3
6. Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado.	1	2	3
7. Tengo mucha gente en la que confiar completamente.	1	2	3
8. Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy estrecha.	1	2	3
9. Echo de menos tener gente a mi alrededor.	1	2	3
10. Me siento abandonada a menudo.	1	2	3
11. Puedo contar con mis amigos/as siempre que los necesito.	1	2	3

(SOC-13) Le voy a presentar una serie de preguntas referentes a **varios aspectos de nuestra vida**. Cada una de ellas tiene 7 opciones de respuesta. Indique el número que **mejor exprese su opinión**.

1. ¿Tiene la impresión de que realmente no le importa lo que pase a su alrededor?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca			Neutral			Muy a menudo

2. ¿Le ha sorprendido alguna vez la conducta de alguien cuando pensaba que le conocía bien?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha ocurrido			Neutral			Siempre me ha ocurrido

3. ¿Le han decepcionado algunas personas en las que confiaba?.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha ocurrido			Neutral			Siempre me ha ocurrido

4. Hasta ahora su vida

1	2	3	4	5	6	7
Sin metas claras u objetivos			Neutral			Tiene metas muy claras

5. ¿Cree que se le trata de forma injusta?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo			Neutral			Muy rara vez o nunca

6. ¿Sientes que te encuentras en una situación poco frecuente y que no sabes qué hacer?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo			Neutral			Muy rara vez o nunca

7. Realizar las actividades de cada día es

1	2	3	4	5	6	7
Fuente de satisfacción			Neutral			Fuente de dolor y aburrimiento

8. ¿Tiene muchas ideas y sentimientos que se mezclan?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo			Neutral			Muy rara vez o nunca

9. ¿Tiene sentimientos en su interior que preferiría no tenerlos?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo			Neutral			Muy rara vez o nunca

10. Muchas personas, incluso aquellas con fuerte carácter, se sienten muchas veces como si fuesen un cero a la izquierda en ciertas situaciones, ¿con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca			Neutral			Muy a menudo

11. Cuando algo sucede has comprobado que por lo general

1	2	3	4	5	6	7
Le has dado excesiva o excasa importancia			Neutral			Has visto las cosas en su proporción adecuada

12. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de que las cosas que hace en su vida cotidiana tienen poco sentido?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo			Neutral			Muy rara vez o nunca

13. ¿Con qué frecuencia tiene la impresión de que no está seguro de poder actuar bajo control?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo			Neutral			Casi nunca o nunca

ANEXO II

Cuestionario de condiciones de vida durante el confinamiento



CUESTIONARIO CONDICIONES DE VIDA DURANTE EL CONFINAMIENTO.

¿En el Centro durante el estado de alarma (hasta fase 2)? Sí No ¹

¿Dispone de por lo menos 2 medidas de evaluación protocolarias previas al confinamiento?

Sí No ²

Fecha de nacimiento (edad) _____

Sexo: Mujer Hombre

Nivel educativo: Básico ³ Primario Secundario Superior

Profesión/es (la ejercida durante la mayor parte de la vida): Sin ocupación Obrero cualificado

Ama de casa Trabajador cualificado, comerciante, o equivalentes Funcionario nivel medio, personal de gestión o equivalente Alto funcionario, dirección o equivalentes

Enfermedades pasadas y cirugías de relevancia _____

Enfermedades actuales _____

Medicación actual _____

Hábitos de ocio (con qué disfruta o qué le gusta hacer más): Actividades al aire libre (salidas, gimnasia, petanca, huerto) Labores (costura, jersey, ganchillo) Espirituales y religiosas (meditar, rezar, asistir a misa) Música (coro, radio) Juegos de mesa (parchís, dominó, bingo) TV Actividades artísticas (pintar, dibujar) Actividades de estimulación cognitiva (pasapalabra, crucigramas, fichas) Actividades físicas (gimnasia, taichí) Lectura (prensa, revistas, libros) Tertulias

¹ Si hizo salidas durante el estado de alarma, estas tuvieron un carácter puntual (p.ej. ir al hospital por una cita médica; excluir al participante si la respuesta es negativa).

² Excluir al participante si la respuesta es negativa.

³ Sabe leer y realizar operaciones aritméticas básicas, pero no completó los estudios primarios.

DATOS DEL CONFINAMIENTO

Condiciones de confinamiento:

Duración en días: 30 días o más Entre 30 y 60 días Entre 60 y 90 días

Lugar/es: Habitación Habitación y número restringido de zonas comunes Sin restricciones de movilidad dentro de la planta sin restricciones de movilidad dentro del Centro

Condiciones Sociales: Casi siempre solo Acompañado puntualmente Acompañado la mayor parte del tiempo

Cambio de grupo:

- No, durante el confinamiento el residente permaneció con su grupo habitual.
- Sí, durante el confinamiento el residente cambió de grupo debido a las medidas de prevención de riesgo de contagio.
- Sí, durante el confinamiento el residente estuvo completamente aislado/a.

Visitas o contacto telemático:

- No pudo comunicarse con allegados por teléfono u otros medios telemáticos.
- Sí pudo comunicarse con allegados por teléfono u otros medios telemáticos.
- Sí pudo comunicarse con allegados por teléfono u otros medios telemáticos con más frecuencia de la habitual.

Si la respuesta a la sección es afirmativa, consignar:

FRECUENCIA

- Diariamente
- Semanalmente
- Quincenalmente

MEDIOS

- Escrito
- Solo audio
- Videoconferencia
- Escrito y audio
- Escrito y videoconferencia
- Audio y videoconferencia
- Escrito, audio y videoconferencia

Influencia de los medios de comunicación:

- Sí, durante el confinamiento estuvo expuesto a información sobre el COVID-19 a través de los medios de comunicación de masas (televisión, radio).
- No, durante el confinamiento no estuvo expuesto a información sobre el COVID-19 a través de los medios de comunicación de masas (televisión, radio).

Ocio:

- No, durante el confinamiento no tuvo acceso a recursos de ocio individuales ni grupales.
- Sí, durante el confinamiento tuvo acceso a recursos de ocio individuales (p. ej. prensa escrita, libros de lectura).
- Sí, durante el confinamiento tuvo acceso a recursos de ocio grupales (p. ej. bingo estimulativo).
- Sí, durante el confinamiento tuvo acceso a recursos de ocio individuales y grupales.

Rutinas terapéuticas:

- No, durante el confinamiento no tuvo acceso a las rutinas terapéuticas propias del Centro (estimulación cognitiva, terapia ocupacional, fisioterapia...).
- Sí, durante el confinamiento tuvo acceso a las rutinas terapéuticas pero con menor frecuencia e intensidad de lo habitual.
- Sí, durante el confinamiento tuvo acceso a las rutinas terapéuticas con igual frecuencia e intensidad de lo habitual.
- Sí, durante el confinamiento tuvo acceso a las rutinas terapéuticas con más frecuencia e intensidad de lo habitual.

Reacciones emocionales:

- No, durante el confinamiento el residente no mostró más reacciones emocionales de las habituales.
- Sí, durante el confinamiento el residente manifestó reacciones emocionales relacionadas con el COVID-19 (miedo a la muerte, ansiedad ante las pérdidas, angustia por separación).

Incidencias comportamentales destacables durante este periodo:

- No, durante el confinamiento no presentó ninguna incidencia comportamental destacable.
- Sí, durante el confinamiento presentó incidencia comportamental destacable.

Si la respuesta a la sección es afirmativa, consignar:

- Ansiedad Depresión Apatía Euforia Irritabilidad o labilidad emocional
- Alucinaciones Delirios Agitación y/o agresividad Trastorno del sueño
- Trastorno de conducta Desinhibición Conducta motora aberrante

Incidencias de salud destacables durante este periodo:

Reminiscencia integrativa en personas mayores que viven en residencias

- No, durante el confinamiento no presentó ninguna incidencia de salud destacable.
- Sí, durante el confinamiento presentó incidencia de salud destacable.

Si la respuesta a la sección es afirmativa, consignar:

Infección respiratoria Dispepsia Otras