

Eficacia de una intervención: reminiscencia integrativa y
bienestar en personas mayores de dos ciudades colombianas

María Fernanda Reyes Rodríguez (Directora)

Ana María Salazar (Co-directora)

Gladis Tatiana Navarro García; Hugo Hernán Erazo Gómez

Universidad El Bosque

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología

Bogotá D.C., Julio de 2019

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO DE GRADO

NOTA DE SALVEDAD

La Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque informa que los conceptos, datos e información emitidos en el trabajo de grado titulado:

Eficacia de una intervención: reminiscencia integrativa y bienestar en personas mayores de dos ciudades colombianas

Presentado como requisito para optar por el título de Magister en Psicología, son responsabilidad de los autores quienes reconocen ante la Universidad que éste trabajo ha sido elaborado de acuerdo con los criterios científicos y éticos exigidos por la disciplina y la Facultad.

Agradecimientos

A la Universidad el Bosque especialmente a la doctora María Fernanda Reyes y Ana María Salazar

A los habitantes de la localidad de Kennedy Bogotá, a todos los adultos mayores que participaron, en especial a la señora María Antonia.

A la Fundación EMTEL Popayán, a sus directivos y personal de apoyo del Centro Vida Norte y a todos los adultos mayores que participaron en este proyecto

Dedicatoria

Tatiana

A Sebastián que es la luz de mi vida

Hugo

A mis hijas: María del Mar y Sofía Isabel

Eficacia de una intervención: reminiscencia integrativa y bienestar en personas mayores de dos ciudades colombianas

Gladis Tatiana Navarro García, Hugo Hernán Erazo Gómez

Resumen

Introducción: La reminiscencia integrativa es una intervención no farmacológica que estimula la recuperación de la memoria autobiográfica y permite darle significado al presente y pasado (Wat y Wong, 1991), Ha sido usada como terapia de intervención en adultos mayores para disminuir sintomatología depresiva y mejorar el bienestar (Frazer, Cristensen, Griffiths, 2005). **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la intervención de reminiscencia integrativa de Fortuna (2016) para generar bienestar subjetivo y psicológico, y disminuir sintomatología depresiva en adultos mayores no institucionalizados en Bogotá y Popayán. **Método:** Se realizó un estudio cuasi experimental con 70 adultos mayores (35 en el grupo control 35 en el grupo de tratamiento). Se valoraron características demográficas, satisfacción con la vida, bienestar psicológico y sintomatología depresiva antes de la intervención y dos meses después. **Resultados:** Las personas mayores que recibieron la intervención en reminiscencia integrativa presentaron mayor satisfacción vital y bienestar psicológico y así como una menor puntuación en la escala de depresión que aquellas que no lo recibieron, esto se presentó tanto en Bogotá como en Popayán con algunas diferencias entre ciudades. **Conclusiones:** La terapia de reminiscencia aplicada puede ser considerada como una intervención eficaz mejorar parámetros de salud mental en adultos mayores.

Palabras clave: Reminiscencia, vejez, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, depresión.

Tabla de contenido

Capítulo primero	
Introducción	2
Justificación	3
Objetivo general	4
Objetivos específicos	5
Capítulo segundo	
La reminiscencia integrativa como estrategia de intervención en adultos mayores	6
Envejecimiento: más allá del paradigma de la decadencia	6
Tipos de envejecimiento.	7
Formas de adaptación en el envejecimiento.	9
Memoria autobiográfica en la vejez.	9
Reminiscencia.	10
Funciones y categorías de la reminiscencia.	11
Terapia de reminiscencia.	13
Bienestar subjetivo y bienestar psicológico	15
Depresión	20
Eficacia de la intervención con reminiscencia	22
Hipótesis	26
Capítulo tercero	
Método	27

Tipo de estudio y diseño	27
Participantes	28
Instrumentos	31
Procedimiento	33
Consideraciones éticas	41
Capítulo cuatro	
Resultados	43
Análisis de normalidad de las escalas de bienestar y depresión	44
Resultados inferenciales: Evaluación de la intervención en reminiscencia integrativa en la satisfacción vital, EDGY y bienestar psicológico	46
Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en el bienestar subjetivo: Satisfacción Vital (SV)	46
Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en la puntuación en la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (EDGY)	48
Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en la dimensión de Auto-aceptación del Bienestar Psicológico	50
Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en la dimensión de Dominio del Ambiente del Bienestar Psicológico	51
Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en la dimensión de Crecimiento Personal del Bienestar Psicológico	53
Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en la dimensión de Propósito en la Vida solo para el Grupo Tratamiento	54
Capítulo quinto	
Discusión	56
Referencias	60
Apéndices	72

Lista de tablas

Tabla 1	
<i>Diseño de investigación</i>	28
Tabla 2	
<i>Características y nivel socioeconómico de los participantes según grupo y ciudad</i>	29
Tabla 3	
<i>Con quien viven los participantes y si presenta algún tipo de enfermedad</i>	30
Tabla 4	
<i>Plan de trabajo por semanas.</i>	35
Tabla 5	
<i>Número de sesiones GT</i>	36
Tabla 6	
<i>Medias y desviaciones típicas de la medición pre-post de las escalas por grupo y por ciudad.</i>	43
Tabla 7	
<i>Puntuaciones Z de asimetría y curtosis por grupo para cada variable dependiente.</i>	45
Tabla 8	
<i>Medias y desviación estándar por ciudad, grupo y condición.</i>	48

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Distribución de la muestra según a la escolaridad	30
<i>Figura 2.</i> Diagrama del proceso realizado por ciudades	40
<i>Figura 3.</i> Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de satisfacción vital	47
<i>Figura 4.</i> Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de EDGY	49
<i>Figura 5.</i> Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de EDGY en Bogotá	50
<i>Figura 6.</i> Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de EDGY en Popayán	50
<i>Figura 7.</i> Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de Auto-aceptación	51
<i>Figura 8.</i> Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de Dominio del Ambiente	52
<i>Figura 9.</i> Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de Crecimiento Personal	54
<i>Figura 10.</i> Puntuación pre-test y Post-test para la variable propósito en la vida solo para el GT	55

Lista de apéndices

Apéndice A

Portfolio tratamiento en reminiscencia y talleres psicoeducativos.

Apéndice B

Protocolo de pruebas

Apéndice C

Consentimiento informado grupo tratamiento

Apéndice D

Consentimiento informado grupo control

Capítulo primero

Introducción

El crecimiento de la población mayor es un fenómeno global e inevitable, y si bien en América Latina éste fenómeno no está tan avanzado como en algunos países europeos o Canadá, actualmente la región se encuentra viviendo esta transición demográfica y se proyecta que para el año 2050, un gran porcentaje de las personas en edad de senectud harán parte de los países que están en desarrollo (Organización de las Naciones Unidas – ONU, 2015). Colombia se encuentra en este cambio demográfico, pues ha logrado un descenso en la mortalidad, un aumento significativo en la expectativa de vida y una disminución en la tasa de natalidad, entre 1985 y 1993 la tasa era del 27.5 % y para el 2010- 2015 disminuyó al 18.9 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Según el último Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2018) actualmente el 13,4% de la población tiene 60 años y más. El CNPV estima que por cada 100 menores de 15 años hay 60 personas mayores. Ahora bien, a pesar del aumento de la población mayor, desafortunadamente las condiciones de vida de este segmento poblacional son preocupantes puesto que presentan altas tasas de pobreza y baja cobertura en pensiones (MinSalud, 2015).

El estudio Nacional de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) realizado por el Ministerio de Salud (2015) plantea la necesidad de trabajar por el bienestar de los mayores, lo cual motiva la elaboración de programas, proyectos y propuestas encaminadas a trabajar a favor de esta población. Este mismo estudio reporta que factores sociales, personales, conductuales y de salud influyen en el bienestar de la población mayor en el país, por esto el desarrollo de políticas públicas que permitan la oportunidad de envejecer con dignidad

e igualdad son necesarias. Sin embargo, la realidad a la que se enfrentan los adultos mayores a pesar de los esfuerzos de los diferentes gobiernos, todavía son insuficientes.

Ahora bien, este reto, no solamente es de competencia de los gobiernos sino también de la sociedad, es por esto que los profesionales de ciencias sociales y de la salud que trabajan con población mayor, deben asumir la responsabilidad de capacitarse e implementar intervenciones que sean especialmente dirigidas a personas mayores en las que se tenga en cuenta sus cambios cognoscitivos, sensoriales y sociales, que estén especialmente dirigidas al mantenimiento de un desarrollo óptimo que generen bienestar y que esencialmente hayan sido probadas como efectivas y eficaces (American Psychological Association - APA, 2003). Una de las alternativas que se puede implementar para realizar acciones positivas e intervención directa con personas mayores, son intervenciones dirigidas desde la perspectiva de la psicología positiva que busquen promover el bienestar en los mayores, como lo son las intervenciones basadas en reminiscencia, como la reminiscencia integrativa.

La reminiscencia integrativa o de integración es una intervención no farmacológica que se centra en la revisión de acontecimientos pasados, independientemente de si son negativos o positivos, con el fin de darles significado, coherencia e integración y lograr con ello la reconciliación de la vida pasada y presente, encontrando con ello sentido y valor en la vida que se ha tenido, lo cual genera autoestima y aceptación de sí mismo y de los otros (Shelman, Mokel, y Hewitt, 2009; Watt y Wong, 1991).

Para muchos adultos mayores puede ser difícil pasar por un proceso de revisión de lo que ha sido su vida, sobre todo cuando en esa revisión se recuerdan las experiencias negativas, la intervención y acompañamiento en reminiscencia integrativa busca ayudar a las personas a desarrollar una visión más equilibrada de sus vidas, regular sus emociones y reconciliarse con cómo ha sido su vida en el proceso de la revisión y recuerdo (Cappeliez, 2002).

La reminiscencia es una intervención que está dirigida a personas mayores sin patologías o también se recomienda para quienes presentan sintomatología depresiva, debido a que se vincula fácilmente a una actividad común y reconocible, pues los recuerdos forman parte de la vida cotidiana, y para muchos adultos mayores, la narrativa es la forma principal por la cual la experiencia humana se hace significativa, por ello, en

el campo de la Psicogerontología, se ha usado la narrativa como estrategia de reminiscencia para la atención terapéutica en adultos mayores con depresión (Triadó-Tur, Villada-Posada, Solé-Resano, y Osuna- Olivares, 2003) y también se ha reportado como eficaz en procesos de estimulación cognitiva de adultos mayores con deterioro cognitivo (Alonso, Duarte, Pereira, y Esgalhado, 2010; Salazar, 2015; Vega, Rodríguez, Montenegro, y Dorado, 2016).

Una estrategia de intervención que incluya un enfoque narrativo es especialmente adecuada para la creación de sentido e identidad, dado que la capacidad de una persona para mantener una auto narrativa basada en memorias autobiográficas es esencial en un proceso de reconstrucción de vida, pues es una respuesta biográfica a preguntas existenciales como ¿de dónde vengo? ¿Cómo me he convertido en la persona que soy ahora? ¿Con qué valores estoy comprometido? (Payne, 2000).

Es importante resaltar que preservar la identidad es especialmente importante para los adultos mayores, pues en ésta etapa de la vida en que se experimentan algunas pérdidas como la muerte de su cónyuge y/o amigos cercanos, enfermedades físicas y menor independencia, la reminiscencia a través de la narrativa, invita a los adultos mayores a poner sus experiencias en un contexto de ciclo vital a través de una historia coherente que les da una dirección para actuar y les permite pensar y sentir que su vida es significativa (Triado et al., 2003).

El presente estudio busca aplicar una adaptación del programa de intervención en reminiscencia integrativa desarrollada por Fortuna (2016) y replicar la metodología de evaluación de la eficacia. Fortuna (2016) en su tesis doctoral estudió el efecto de la reminiscencia en adultos mayores no institucionalizados de República Dominicana en la reducción de la sintomatología depresiva y en la mejora del bienestar subjetivo, psicológico, autoestima, propósito de vida y resiliencia. La intervención se mostró eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva, y en la mejoría de bienestar subjetivo y psicológico, pero no se obtuvieron efectos positivos significativos en autoestima, propósito de vida y resiliencia (Meléndez, Fortuna, Galán, y Mayordomo, 2015).

La investigación realizada evalúa la eficacia de la intervención de reminiscencia integrativa desarrollada por Fortuna (2016) para promover el componente de satisfacción vital del bienestar subjetivo y bienestar psicológico, así como disminuir sintomatología

depresiva en adultos mayores no institucionalizados en Bogotá y Popayán, a través de un diseño cuasi experimental.

Justificación

El envejecimiento poblacional se ha convertido en un reto para el estado y la sociedad, pues las exigencias para atender a estos sectores de la población son cada vez mayores, debido a que muchos de ellos se encuentran inmersos en esta situación de pobreza y vulnerabilidad (Dulcey-Ruiz, Arrubla, y Sanabria, 2013). En Colombia los índices de trabajo informal superan en gran medida las cifras del trabajo formal, y la mayoría de los adultos mayores trabajan de manera informal y se encuentran desprovistos de los beneficios propios de la contratación legal (como el acceso a salud, pensión, cesantías y caja de compensación), las cuales contribuyen a mejorar de manera directa el bienestar de los trabajadores (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2008). Ahora bien, las necesidades de este sector poblacional son bastantes y existen pocos profesionales capacitados para trabajar con esta población, especialmente desde una mirada no patológizante.

La transición demográfica ha traído múltiples retos para las políticas sociales, en salud y económicas, así como la necesidad de plantear políticas públicas a favor del bienestar de los adultos mayores que les garantice una vida digna en ésta etapa, y no solo la prolongación de la vida, sino la plenitud física, psicológica y social (OMS, 2017).

Una propuesta pertinente que incremente el bienestar y puede generar además integración social, es la implementación de una intervención desde un enfoque de la psicología positiva, como la reminiscencia integrativa, la cual es una técnica que hace parte del recuerdo autobiográfico que ha sido usada en adultos mayores alrededor del mundo, y que ha traído beneficios reflejados en disminución de síntomas depresivos (Bohlmeijer, Smith, y Cuipers, 2003; Hsieh y Wang, 2003), además de una mejoría en aspectos relacionados con la autoestima, la satisfacción y el bienestar psicológico (Meléndez, Charco, Mayordomo, y Galán, 2013; Nomura y Hashimoto, 2006; Wang, 2007; Woods, Spector, Jones, Orrell, y Davies, 2005).

La terapia de la reminiscencia integrativa ofrece diversas ventajas para las personas mayores, pues se ha logrado evidenciar la reducción de sentimientos de soledad,

decremento de la depresión y aumento de autoimagen positiva (Meléndez et al., 2013), así como la estimulación cognitiva del lenguaje y la memoria en adultos mayores sanos (Vega et al. 2016) y con deterioro cognitivo (Salazar, 2015).

Es importante recordar que la reminiscencia integrativa es una estrategia basada en la narrativa, muy pertinente para los adultos mayores, especialmente en mujeres, pues a través de la narración de sus historias de vida se movilizan recursos personales, se facilita la resignificación de acontecimientos y se construyen nuevas visiones que originan un guión narrativo vital inédito, que contribuye a un mayor bienestar generando un renovado sentido de vida (Quiroga y Baker, 2018).

Otra de las ventajas de la reminiscencia integrativa es que su aplicación puede desarrollarse de manera grupal, previene el aislamiento y fomenta espacios y tiempos de conexión personal entre los mayores, en los cuales se fortalecen habilidades comunicativas, sociales e integrativas (Woods et al., 2005).

El presente estudio está dirigido a evaluar una intervención en reminiscencia integrativa propuesta por Fortuna (2016) y explorar de qué manera aporta a la investigación en desarrollos de terapias no farmacológicas que brinden a las minorías poblacionales como las personas mayores, nuevas formas para garantizar el bienestar social y mental a un bajo costo, mediante la implementación de intervenciones no farmacológicas, como las de reminiscencia. Por otro lado, este estudio contribuye a generar conocimiento en el ámbito de las intervenciones basadas en la evidencia, al aplicar un diseño cuasi-experimental para su evaluación.

Por lo tanto, el presente proyecto se plantea como pregunta de investigación ¿La intervención de reminiscencia integrativa de Fortuna (2016) es eficaz para generar bienestar (satisfacción vital y bienestar psicológico) y disminuir sintomatología depresiva en un grupo de personas mayores residentes en dos ciudades colombianas (Bogotá y Popayán)?

Objetivo General

Evaluar la eficacia de una intervención de Reminiscencia integrativa de Fortuna y Meléndez (2016) para generar el bienestar y disminuir sintomatología depresiva en un grupo personas mayores residentes de ciudades colombianas (Bogotá y Popayán).

Objetivos Específicos

- Identificar si la intervención en reminiscencia integrativa promueve bienestar subjetivo (satisfacción vital) y psicológico en las personas mayores que reciben la intervención.
- Establecer si la intervención en reminiscencia integrativa contribuye a disminuir la
- sintomatología depresiva en el grupo de mayores que recibe la intervención.
- Identificar si existen diferencias en la eficacia de la intervención entre las dos ciudades (Bogotá y Popayán).

Capítulo segundo

La reminiscencia integrativa como estrategia de intervención en adultos mayores

En el siguiente marco de referencia se abordará con sentido crítico la visión del envejecimiento como sinónimo de decadencia, enfermedad y disfuncionalidad, se explican los tipos de envejecimiento: el normal, el patológico y el óptimo o exitoso, y se plantean algunas teorías sobre formas adaptativas de envejecimiento. Posteriormente, se explican los constructos evaluados en la presente investigación, como la memoria autobiográfica y la reminiscencia, sus funciones y categorías de ésta última y su uso como terapia, los conceptos de bienestar y depresión y por último un apartado sobre la eficacia de la intervención en reminiscencia para aumentar el bienestar subjetivo y psicológico, así como para disminuir sintomatología depresiva.

Se abordan luego el origen y los conceptos del bienestar subjetivo y psicológico y finalmente se exponen las características de la depresión en adultos mayores y algunas investigaciones que sustentan la eficacia de la intervención en reminiscencia integrativa para disminuir sintomatología depresiva en ésta etapa del ciclo vital.

Envejecimiento: más allá del paradigma de la decadencia

La perspectiva del ciclo de vida va más allá de los conceptos de crecimiento-declinación, y se considera la vida como un proceso continuo de cambios individuales y cotidianos que están inmersos en contextos históricos, sociales y culturales, y se superan aquellas clasificaciones en las que la edad es el criterio predominante, pues la edad cronológica es un constructo demográfico y no funcional (Dulcey-Ruiz, 2015), además, existen diferentes formas de envejecer (Dulcey y Uribe-Valdivieso, 2002). El incremento en la población mayor a nivel mundial y la posibilidad de implementar estrategias para lograr un envejecimiento exitoso, puede motivar políticas públicas que brinden

oportunidades para el desarrollo productivo y creativo en esta etapa de senectud (Sokolovsky, 2009).

Se ha catalogado el fenómeno del envejecimiento poblacional como un impedimento para el desarrollo, sin tener en cuenta que el aumento en la expectativa de vida es el resultado del éxito del avance científico, ya que siempre se ha querido prolongar la existencia (Fernández-Ballesteros, 2009). La vejez es una etapa del ciclo vital que se relaciona con aspectos negativos de la vida misma (la decadencia, la precariedad y las limitaciones en las diferentes áreas del ser humano), estos aspectos negativos son vistos con lente inquisidor desde las esferas biológica, laboral, económica y social. Esto se ve reflejado en que, en el estudio del envejecimiento, la vejez y los adultos mayores ha predominado un enfoque clínico patologizante, el cual se ha encargado de promover una visión negativa de esta etapa de la vida, reduciéndola al deterioro, patologías y dependencia. Por lo tanto, el orientar los estudios hacia la comprensión del proceso de envejecimiento no solo desde el punto de vista clínico, sino, a determinar patrones más funcionales para vivir ésta etapa de la vida, se empezaría a dar ver posibilidad de lograr un envejecimiento óptimo (Triadó et al., 2003).

Con respecto al estudio de las actividades cotidianas en el campo gerontológico, Marsiske, Klumb y Baltes (1997) plantean que el enfoque clínico da importancia a las competencias que tienen los adultos mayores para realizar determinadas actividades, y sobre todo en la evaluación del cambio asociado en la realización de las actividades cotidianas.

Por su parte, Moñivas (1998) plantea que la vejez no es la invalidez o la limitación de las funciones corporales o cognitivas, pues desde otras perspectivas, puede ser el comienzo de diferentes formas de aprendizaje en lo psicológico y lo social para lograr nuevas estrategias de adaptación social. Este enfoque revela los aspectos positivos de la vejez, que son pertinentes a la intervención que se propone en la presente investigación.

Tipos de Envejecimiento.

El auto concepto, la satisfacción vital y las variables psicológicas y emocionales son factores que determinan maneras diferentes de envejecer. Comúnmente se ha establecido

que existen diferentes tipos de envejecimiento: el normal, el patológico y el envejecimiento óptimo o exitoso (Rodríguez, 2001).

El proceso de envejecimiento es la disminución gradual de las funciones como resultado de la edad, aquí no se habla de enfermedad, sino del riesgo a padecerlas y la lentitud en la ejecución de procesos en diversas áreas (Wilson, Bennett, y Swartzendruber, 1997). El envejecimiento patológico se presenta cuando las enfermedades dificultan la adaptación de las personas en la vejez, mediante un declive de la capacidad funcional de manera que el envejecimiento que sería normal, se convierte en patológico debido a aparición de discapacidades que se agudizan con la edad (Meléndez, Navarro, Oliver, y Thomas, 2009). El envejecimiento exitoso es la capacidad del adulto mayor de generar estrategias de adaptación y procesos de desarrollo de cara a los nuevos retos que debe enfrentar. En sus distintas áreas de ajuste, independiente de las pérdidas propias por la edad (Meléndez et al., 2013).

El concepto de envejecimiento con éxito surge a partir de los trabajos de Havighurst (1961), quien relaciona el concepto de calidad de vida o envejecimiento exitoso con satisfacción de vida y las condiciones objetivas de la misma (salud, cuidado familiar, actividades laborales o recreativas, prestaciones estatales y satisfacción de las necesidades de relación social). Rowe y Kahn (1997) aseguran que el envejecimiento exitoso debe tener una baja probabilidad de tener una enfermedad que genere discapacidad y tener un óptimo funcionamiento físico, mental y social. Sin embargo, esta propuesta ha sido ampliamente criticada, porque plantea el envejecimiento desde un modelo bio-médico, y especialmente porque excluir la posibilidad de enfermar al envejecer es una utopía, o pensar que una situación de discapacidad es un indicador de bajo éxito, puede ser discriminante (Harris y Keady, 2008). Otra crítica se refiere a que estos parámetros se han basado en las formas de envejecer en países desarrollados, y alcanzar esos parámetros en la mayoría de los países del mundo es una utopía (Martinson y Berridge, 2015).

Las críticas han generado que se formulen nuevas definiciones, como las de Young, Frick, y Phelan (2009) quienes hablan sobre el envejecimiento óptimo desde nuevas perspectivas, enfocándose en la heterogeneidad del adulto mayor, de tal manera que para éstos investigadores, el resultado del envejecimiento exitoso comprende al adulto mayor y el cambio que éste ejecuta a nivel social y psicológico, de la mano con las transformaciones fisiológicas que se presentan en el ciclo de la vida, logrando así un sentido de bienestar, a pesar de situaciones de enfermedad y discapacidad física.

Formas de Adaptación en el Envejecimiento.

Las personas en el transcurso de su ciclo vital ponen en marcha procesos de adaptación al medio y a muchas circunstancias que pueden llegar a ser penosas o desfavorables (Baltes, Lindenberger, y Staudinger, 1998). La adaptación implica comprender nuevas realidades, lo cual se realiza de manera consciente y activa. Dentro de los modelos que explican estas formas de adaptación se encuentran: (a) modelo de optimización selectiva por compensación; (b) teoría del desarrollo Intencional; (c) teoría del control a lo largo del ciclo vital; y, (d) teoría de la selectividad socioemocional

El modelo de optimización selectiva por compensación propuesto por Baltes et al. (1998) plantea el desarrollo como un proceso de selección que transcurre a lo largo de la vida, a través de posibilidades y trayectorias que se experimentan mediante un proceso de optimización. Este modelo está unido al concepto de envejecimiento satisfactorio y se encuentra estructurado por medio de tres componentes: selección, optimización y compensación. La selección es la elección que hace una persona de ciertas metas de desarrollo, descartando otras, éste proceso puede estar influenciado por cierta predisposición biológica (genética) que influye para seleccionar ciertas posibilidades o metas y restringir otras, pero también pueden existir situaciones o presiones socioculturales. Una vez elegidas las metas, el proceso de optimización regula su desarrollo mediante la gestión de recursos y medios para lograr de una manera eficiente lo que se ha elegido, y para ello la persona pone en marcha las mejores estrategias posibles, que, de todas maneras, al igual que la selección, estarán influenciadas por factores biológicos, culturales, sociales y económicos.

La compensación es un componente relacionado con la respuesta a una ausencia o pérdida de un medio o recurso que es relevante para la consecución de las metas evolutivas. La ausencia o pérdida de un recurso puede ser del orden biológico (disminución o pérdida de algunas funciones físicas o cognitivas en adultos mayores), social, económico, o de orden temporal, es decir que no todo lo que un ser humano se propone se puede desarrollar como se quiere al mismo tiempo. En este tipo de situaciones, la búsqueda de otros medios y recursos y/o el ajuste o cambio de las metas que se habían seleccionado, tienen una importante función adaptativa. Cuando la selección, la optimización y la compensación actúan, la persona puede mejorar sus procesos de desarrollo, funcionamiento y regulación de pérdidas, y lograr así un envejecimiento exitoso (Triado et al, 2003)

La teoría del desarrollo intencional según Brandtstädter y Greve (1994) explica que el bienestar de los sujetos depende de la orientación de sus comportamientos a las metas que se plantee. Esta teoría expone dos tipos de estrategias de adaptación: acomodación y asimilación. Las primeras se refieren al reajuste realizado cuando se presenta divergencia entre lo real y lo que se desea, dirigiendo el comportamiento a lograr el cambio deseado. Las segundas se enfocan a la transformación del entorno por parte del individuo, aproximando la trayectoria evolutiva existente a la trayectoria anhelada.

La teoría del control a lo largo del ciclo vital planteada por Heckhausen y Schulz (1995), aborda como elemento fundamental del desarrollo, la motivación por el control primario, manipulando el entorno de manera consciente y empleando la cognición para suplir las necesidades y potencializar el desarrollo. Cuando el control primario no surte efecto, emerge el control secundario, y este se efectúa cuando el individuo modifica aspectos de su ser para llegar a una adaptación al medio en el que se encuentra.

La teoría de la selectividad socioemocional (TSS) expuesta por Carstensen (1992; 1995) sostiene que los adultos mayores reducen sus círculos sociales a aquellos con los cuales los vínculos afectivos son más fuertes y benéficos para su vida emocional y sirven de elemento protector en momentos de conflicto. La TSS de Carstensen (1992) refiere que los adultos mayores seleccionan situaciones que les exigen una menor respuesta emocional negativa, adicionalmente, como perciben que el tiempo futuro es más corto, priorizan las metas que significan una experiencia emocional positiva (Carstensen, 1998).

La capacidad que tienen las personas mayores de seleccionar vínculos afectivos benéficos y situaciones que les demandan menor respuesta emocional negativa, permite que sean capaces de poner en marcha estrategias de autocontrol y habilidades de gestión de las emociones con mayor facilidad y frecuencia que los más jóvenes (English y Carstensen, 2014).

Memoria autobiográfica en la vejez.

La memoria autobiográfica es exclusiva de los seres humanos en tanto que va más allá del solo recuerdo de acontecimientos vividos, para ser integrados en una perspectiva histórica a través no solo de uno mismo sino de los demás, en una línea de tiempo y en unos espacios que crean una historia muy personal (Fortuna, 2016). Pillemer (1992) resalta la importancia psicológica y emocional de la memoria autobiográfica pues permite que las personas recuerden su propio pasado, en ese sentido, dicha memoria cumple importantes funciones. En primer lugar, concierne al auto conocimiento y la integridad, es decir, tiene que ver con la personalidad del sujeto; otra función tiene que ver con la manera en que la persona toma decisiones y llega a una planificación; y la última función tiene que ver con la comunicación y las habilidades sociales.

La memoria autobiográfica guarda todos los datos que el sujeto tiene respecto a su historia de vida, no solo desde sus experiencias, sino también a nivel emocional y le permite crear un ciclo de vivencias ocurridas en un determinado tiempo y espacio, lo cual genera una relevancia cognitiva que facilita el proceso de estimulación de la neuroplasticidad de estructuras relacionadas con la evocación de recuerdos y lenguaje semántico con el fin de lograr su adaptación a la vida diaria (Vadillo, 2017). Conway y Pleydell (2000) desde la neuropsicología aseguran que estimular la memoria mediante el recuerdo de memorias remotas, activa diversas áreas de la corteza cerebral generando cambios positivos con respecto a las conexiones inter sinápticas, resaltando las potencialidades del cerebro con la neuroplasticidad.

En consecuencia, determinar cómo y cuándo aparecen las memorias autobiográficas, se concibe como un intento para mantener un sentido de identidad propia a través de la construcción del significado personal que interactúa con las normas culturales y sociales, generando marcos interpretativos que establecen nexos directos con la memoria autobiográfica (Vadillo, 2017). La memoria autobiográfica registra tres categorías

esenciales: la autodefinición, las relaciones sociales y la autorregulación, y éstas a su vez organizan a tres funciones: las psicológicas, las emocionales y las sociales (Fivush, 2011), que deben ser características indispensables para la construcción autobiográfica de la memoria.

Reminiscencia.

La reminiscencia es un proceso en el cual, con la ayuda de la memoria autobiográfica, se usan de manera organizada y sistemática los recuerdos de hechos pasados significativos para la persona, con el fin de darle un sentido a la existencia y mejorar el auto concepto y fortalecer la identidad. Es importante anotar que los recuerdos y el entendimiento del pasado, se reconstruyen a través de un filtro producto de esquemas mentales que la persona tiene en su presente (Bohlmeijer, Kramer, Filip, Onrust, Marwijk, 2009; Cappeliez, Guindon, & Robitaille, 2008; Cappeliez, O'Rourke, & Chaudhury, 2005).

La reminiscencia no se considera una técnica cuyo objetivo sea mejorar o potenciar de manera exclusiva los aspectos cognitivos, sus objetivos están encaminados a propiciar procesos de interacción y estimular el interés por los recuerdos, sin poner énfasis en la evaluación de los mismos, no se trata que los recuerdos sean solamente los perfectos y positivos sino que ante todo sean amplios y generen emociones de acuerdo al tipo de recuerdo, desde su memoria autobiográfica, buscando que el sí mismo (self) no se pierda a lo largo de la historia con el fin de mantener el sentido de línea continua de vida (Fortuna, 2016; Gibson, 2011; Haight, 1995).

Hay que tener en cuenta que los recuerdos autobiográficos, a partir de los procesos de la memoria, entendida como la capacidad de obtener, guardar y rescatar información, posibilitan la gerotranscendencia a través de un modelo de reflexión sobre aspectos significativos del adulto mayor (Salazar, 2007). Ahora bien, el establecer el lazo entre los recuerdos autobiográficos propios de un ejercicio mental y la generación de nuevos recuerdos y memorias a corto plazo, implica la estimulación de procesos neuronales que fortalecen la memoria y otros procesos mentales como la atención, las funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento de la información (Casanova-Sotolongo, Casanova-Carrillo, y Casanova-Carrillo, 2004)

Funciones y categorías de la Reminiscencia.

De acuerdo con Wong y Watt (1991) los tipos de proceso de reminiscencia que se relacionan con el envejecimiento exitoso se dividen en seis categorías: integrativa, instrumental, transmisiva, narrativa, escapista y obsesiva. Al realizar procesos de intervención usando la reminiscencia como terapia, Wong y Watt (1991) plantean que en los adultos mayores que viven en comunidad se presentan mejores resultados en la reminiscencia integradora e instrumental y menos reminiscencia obsesiva, comparado con los adultos mayores que están institucionalizados que puntúan por debajo de los resultados favorables.

Al abordar las funcionalidades de la reminiscencia Cappeliez, Rivard, y Guindon (2007) la divide en dos partes, la primera hace referencia a la tipología de la funcionalidad de las reminiscencias en un modelo integral, categorizándolas como auto-funciones, funciones de orientación y funciones de vinculación social, la segunda parte se refiere a la aplicación de los diferentes tipos de reminiscencia en el campo de la salud mental.

Con respecto a los tipos de reminiscencia, la *integrativa* consiste en una revisión de acontecimientos pasados a los cuales se les da significado y coherencia para lograr un proceso de auto aceptación mediante la integración funcional del pasado y del presente, la reminiscencia *instrumental* explora experiencias pasadas para resolver problemas actuales, la reminiscencia *transmisiva* genera un espacio de intercambio de sabiduría personal de una generación a otra, la narrativa tiene un carácter más descriptivo, es decir hay un recuento de eventos pasados sin interpretación o evaluación, la escapista o de evasión es una reminiscencia *defensiva*, y la reminiscencia *obsesiva* se caracteriza por una rumiación de acontecimientos desagradables, acompañada en la mayoría de las veces de sentimientos de culpa, resentimiento y vergüenza (Watt, & Wong, 1991).

Cappeliez et al. (2005) plantean un modelo primario para abordar las funciones específicas de la reminiscencia y las dividen en tres: las funciones propias o auto funciones (self), las de orientación y las terceras que tienen que ver con las emociones y la vinculación social.

Las funciones propias para el self son de carácter interpersonal o privado y se presentan de manera positiva y negativa. Dentro de las positivas están las reminiscencias integrativas y la preparación para la muerte y dentro de las reminiscencias negativas se tienen las

obsesivas y escapistas. Las positivas implican la recordación y evaluación positiva de los recuerdos en la revisión de vida. Las obsesivas son pensamientos constantes en las situaciones negativas pasadas que no se quiere, o no se está en disposición de resolver, y la escapista se usa con el objetivo de buscar bienestar mental al no resolver situaciones en el presente que generan insatisfacción e inestabilidad con un futuro incierto (Cappeliez et al., 2005; Cappeliez y O'Rourke, 2002).

Las funciones de orientación se dan en términos de recordar y compartir conocimientos individuales y se ejercen como estrategia principal para afrontar situaciones de malestar y crisis transitorias, a esta reminiscencia se le llama transmisiva, ya que involucra el conocimiento desde la experiencia (Cappeliez et al., 2005; Cappeliez et al., 2007)

La tercera función tiene un vínculo intrínseco con las emociones y se manifiesta de manera interpersonal, utiliza la reminiscencia narrativa, desde el relato íntimo, para experimentar la regulación emocional desde la narración. El recordar a una persona fallecida y mantener ese recuerdo en la intimidad, hace parte de las emociones negativas, pero al sentir tristeza, se produce una emoción adaptativa dejando de lado los recuerdos que caracterizan la reminiscencia obsesiva. A través de la reminiscencia narrativa se puede experimentar el afecto positivo que posibilita encuentros sociales dentro de la comunidad y permite la expresión de afecto positivo (Cappeliez et al., 2005).

Cappeliez y O'Rourke (2006) reestructuran el modelo descrito anteriormente (self, orientación y vinculación social) en tres funciones a las que llaman Constructos Latentes, los cuales son: Self Positivo, Self Negativo y Prosocial. La función orientada para el Self Positivo contiene la reminiscencia de identidad, resolución de problemas y preparación para la muerte, estas funciones son importantes de manera individual ya que dan fuerza al concepto de sí mismo, generando la proyección de la vida de una forma más positiva y motivadora. El Self negativo contiene las reminiscencias de revivir amargura, reducción del aburrimiento y el mantenimiento de la intimidad. El Self negativo evoca todos aquellos pensamientos que traen amargura y soledad para las personas, de la mano con los recuerdos de las metas no cumplidas; de igual manera también se puede presentar la evasión de esos recuerdos para no afrontar el dolor de situaciones pasadas y el mantener la intimidad puede llevar a que la persona se encierre en procesos de duelo interno, lo cual es desadaptativo y puede estar relacionado con bajos niveles de bienestar psicológico

(O'Rourke, Cappeliez, y Claxton, 2011). La función prosocial, contiene las reminiscencias de conversación y enseñar-informar a otros y cumplen una función importante en la regulación emocional (Alea y Bluck, 2011), además al crear la empatía y el agrado de estar con las otras personas, se abren nuevas puertas y oportunidades de compartir con otras generaciones.

Las funciones de la reminiscencia anteriormente descritas pueden aprovecharse para generar propuestas de intervención en el adulto mayor con el fin de promover la salud mental en los adultos mayores (Cappeliez y O'Rourke, 2002; Cappeliez et al., 2007).

Terapia de reminiscencia.

Para abordar el uso de la reminiscencia como terapia, es importante reconocer que fue Butler (1963), a partir de su artículo sobre la revisión de vida, el que marcó el inicio para usar la reminiscencia como forma de adaptación funcional en el proceso de envejecimiento. Posteriormente, McMahon y Rhudick (1964), observaron que adultos mayores que recordaban sus historias de vida, obtenían puntajes inferiores en cuanto a depresión que aquellos que no lo hacían.

La terapia de reminiscencia hace parte de las Terapias no farmacológicas (TNF) que son intervenciones no químicas, focalizadas y replicables que se emplean con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas (Gobierno de Canarias, 2011). Las TNF deben tener un plan de intervención explicado al detalle y contemplando las características de la población a la que se dirige, que en este caso específico es hacia el adulto mayor (Gobierno de Canarias, 2011). La terapia de la reminiscencia tiene un enfoque narrativo, más específicamente desde lo autobiográfico, el cual permite retomar las características internas del envejecimiento, con una aproximación objetiva (Serrano y Latorre, 2006). En la reminiscencia existe una recuperación individual de sucesos experimentados en el pasado, y la intervención en la misma ofrece estrategias compensatorias en los ámbitos de la memoria y el recuerdo (Gutiérrez, De los Reyes Aragón, Rodríguez y Sánchez 2009).

Con respecto a la terapia narrativa es importante anotar que ésta ofrece un marco para la transformación de las historias de vida, en el que, a través de la memoria autobiográfica, se estimulan dos procesos: la deconstrucción y la reconstrucción. En el primer proceso o fase, el terapeuta explora con el adulto mayor la historia de vida, la influencia de los

problemas, los factores que los mantuvieron, la forma de afrontamiento y los resultados obtenidos. En la fase de reconstrucción se plantea que, frente a una misma situación, se pueden realizar abordajes, visiones o explicaciones alternativas de tal manera que entre terapeuta y paciente se pueda tejer una manera más adaptativa útil y funcional de abordar y presentar la vida de la persona (Payne, 2000).

Ahora bien, la revisión de vida, empieza a estudiar el tipo de relación que existe entre lo que se recuerda y la adaptación, de tal modo que dicha revisión y la reminiscencia, se introducen en el ámbito clínico como terapia no farmacológica para abordar la depresión en adultos mayores. Es importante aclarar que el concepto revisión de vida es anterior al de reminiscencia y a veces pueden tomarse como sinónimos, pero no lo son, pues si bien las dos intervenciones usan la memoria y los recuerdos, los procedimientos terapéuticos no son iguales (Kennedy y Tanenbaum, 2000)

Una de las principales características de la revisión de vida como proceso terapéutico es que se realiza de manera privada e individual entre el terapeuta y el paciente, pues éste expresa circunstancias o momentos de índole muy personal que pueden ser en ocasiones penosos o vergonzosos, por ello el contacto entre el paciente y el terapeuta no se puede dar de manera grupal. La revisión de vida es también un proceso muy estructurado, en el cual se realizan preguntas que abordan todo el proceso de vida del paciente, en este proceso al terapeuta le interesa el adulto desde su niñez hasta la época actual, y en esta intervención la evaluación es clave y muy importante (Serrano y Latorre, 2005). Mientras que la intervención en reminiscencia en cambio no es un proceso tan estructurado como la historia de vida, la reminiscencia puede llevarse a cabo de manera individual o grupal, y se busca además de elicitar recuerdos, compartirlos de manera más informal, y espontánea, buscando incrementar habilidades de comunicación y contactos sociales (Chiang et al., 2009; Fortuna, 2016; Shellman, Mokel y Hewitt, 2009; Syed, Neville y Scott, 2015; Zhou, Gao, Yuan, Feng, y Zhang, 2011).

A través de la reminiscencia el adulto mayor puede llegar a un acuerdo frente a las pérdidas y sus conflictos no resueltos, apreciando sus logros y encontrando un sentido a los sucesos pasados que han sido significativos para con ello dar forma coherente a su presente. (Shellman et al., 2009).

Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico.

El bienestar es un concepto complejo, comúnmente se ha estudiado desde dos tradiciones filosóficas: la concepción hedónica y la concepción eudaimónica (Diener, Suh, Lucas, y Smith, 1999). Según Vásquez, Hervas, Rahona y Gómez, (2009) la Psicología Positiva ha incorporado el estudio de elementos como las fortalezas y las emociones positivas, lo cual ha posibilitado el cambio paulatino del foco tradicional de salud basado en el síntoma y la enfermedad a una concepción más amplia en la que se incluyen aspectos que abordan el funcionamiento personal óptimo y no solo la ausencia de enfermedad.

Es en este contexto que se han retomado las dos orientaciones filosóficas surgidas en la Antigua Grecia: el hedonismo y la eudaimonia. Desde el punto de vista del hedonismo, el bienestar se entiende como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, se asocia al bienestar subjetivo, y desde la perspectiva de la eudaimonia el bienestar no consiste solamente en maximizar las experiencias positivas y minimizar las experiencias negativas, sino que se da como consecuencia de un funcionamiento psicológico pleno de la persona, y partir de él, el ser humano desarrolla todo su valioso potencial, lo que se asocia al bienestar psicológico.

Bienestar subjetivo.

Diener (1984) sostiene que el bienestar subjetivo surge de la propia experiencia de la persona, que incluye una valoración global de todos los aspectos de su vida y el afecto. Pavot y Diener (1993) plantean que el bienestar subjetivo integra dos aspectos: un componente afectivo y uno cognitivo. El componente afectivo puede tener afecto positivo (alegría, optimismo) y negativo (tristeza, preocupación, ansiedad). El componente cognitivo se refiere a la satisfacción con la vida y ésta se define como la valoración global y racional que un individuo realiza sobre las diferentes áreas que componen su vida.

García (2002) también expone los componentes del bienestar subjetivo: el afectivo emocional y el cognitivo-racional, el primero se identifica con el balance afectivo y el segundo con la satisfacción vital y menciona que las variables que pueden influir en dicho bienestar pueden agruparse en las categorías de: variables comportamentales, salud y variables socio demográficas, acontecimientos vitales y características individuales.

El bienestar subjetivo incluye las respuestas emocionales y juicios globales de satisfacción con la vida de las personas. Las respuestas emocionales son las que evalúan el componente afectivo del bienestar, el cual debe ser estudiado como el estado de ánimo que generalmente tiene el individuo o de rasgo como el que presentó recientemente (Diener, Suh, Lucas, y Smith, 1999). El componente cognitivo se basa en las creencias y actitudes acerca que tienen los individuos acerca de su propia vida y es más estable en el tiempo (Diener, 2012).

Diener (2012) exponen tres componentes del bienestar subjetivo, el primero es el afecto positivo (euforia, orgullo, alegría, satisfacción, cariño y éxtasis), el segundo componente es el afecto negativo (vergüenza, culpa, ansiedad, preocupación, tristeza, enfado, envidia, depresión y estrés), el tercer componente es la satisfacción con la vida en el cual se incluye la satisfacción con el pasado, la satisfacción con la vida actual, la satisfacción con el futuro, la satisfacción sobre la manera en cómo las demás personas observan nuestra vida y el deseo de cambiar la vida.

El bienestar no solo se evalúa desde factores externos como los indicadores sociales, sino que existe una evaluación interna por parte de las personas respecto a las condiciones en función de sus expectativas, valores y experiencias previas únicas, en éste sentido, para muchas personas es de mayor importancia la felicidad que el dinero (Diener et al., 1999; Diener, 2012).

Con respecto al adulto mayor, hay que señalar que, aunque los cambios objetivos y subjetivos que se suceden a medida que las personas se hacen mayores podrían afectar el bienestar subjetivo, éste muestra una marcada estabilidad con el paso de los años, pues los niveles de bienestar subjetivo alcanzados por las personas mayores son similares a los que muestran personas en décadas anteriores de la vida (Triadó et al., 2003)

Respecto al bienestar subjetivo y la adultez mayor, se ha reportado que hay una relación directamente proporcional entre satisfacción vital y la edad, es más se considera que presenta un patrón de U a lo largo de la vida (Sheldon y Kasser, 2001). El componente afectivo tampoco parece afectarse en la vejez, existe una vasta evidencia acerca de que las personas mayores tienden a reportar altos niveles de bienestar emocional (Shallcross, Ford, Floerke, y Mauss, 2013; Sims et al., 2015). Esto se atribuye al llamado sesgo positivo, el cual se refiere a que después de los 60 años las personas tienden a procesar

más estímulos positivos que negativos, sobre las personas más jóvenes (Carstensen, Pasupathi, Mayr, y Nesselroade, 2000; Reed y Carstensen, 2012).

El bienestar subjetivo está determinado por factores individuales, sociales y culturales (Park, Joshanloo, y Scheifinger, 2019). Los factores sociales, especialmente aquellos relacionados con los ingresos y nivel-socioeconómico tiene una mayor influencia en la satisfacción vital ya que esta es evaluada por estándares sociales (Diener, 2012; Tay y Diener, 2011). Por lo tanto, tener un mayor nivel socioeconómico se ha encontrado relacionado con una mayor satisfacción vital y en general mejor bienestar subjetivo (Camfield, Guillen-Royo, y Velazco, 2010).

Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico, en comparación con el bienestar subjetivo, es más interno e independiente, además de más duradero y tal vez de mayor calidad, aunque el bienestar subjetivo también es necesario e importante (García, 2002). Para abordar el bienestar psicológico hay que remontarse a la corriente filosófica de la eudaimonia; si bien Sócrates fue el primero en hablar del “daimon” o ser uno mismo (Blanco, 2001) fue Aristóteles quien trató en profundidad sobre la eudaimonía (plenitud), y expuso que una vida virtuosa era el camino para llegar a dicho estado (García, 2002). Aristóteles invita a los seres humanos a vivir teniendo en cuenta su *daimon*, que es el ideal o criterio de perfección al que toda persona debe aspirar y que llena de sentido su vida, y por eso todo lo que se haga para vivir y actuar de acuerdo con su *daimon* para lograr las propias potencialidades, dará lugar a un óptimo desarrollo, es decir, a la eudaimonia (Avia y Vázquez, 1998).

Carol Ryff (1989; 1995) es una de las autoras más representativas del bienestar psicológico, y lo define como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo. En este orden de ideas, el bienestar psicológico sería el resultado de una vida bien vivida y ha propuesto un modelo multidimensional de bienestar psicológico e ideado un cuestionario para medirlo (Ryff y Keyes, 1995), el cual propone seis dimensiones diferentes para medir un bienestar óptimo desde lo psicológico: auto aceptación, realizaciones positivas con otros, autonomía, dominio ambiental, propósito en la vida y crecimiento personal.

Según Ryff (1998, 1995) los seres humanos que tienen bienestar eudaimónico logran: (a) auto-aceptar, es decir se sienten bien consigo mismas y son conscientes de sus limitaciones, (b) mantener relaciones positivas con los otros y tener la capacidad de desarrollar y mantener relaciones cálidas con los demás, (c) tener el control sobre su medio ambiente para satisfacer necesidades y deseos, (d) desarrollar autonomía y un sentido de individualidad y libertad personal, (e) encontrar un propósito en la vida y f) desarrollar una dinámica de crecimiento personal mediante el aprendizaje y desarrollo permanente y continuo de sus capacidades.

Al igual que lo planteado por Ryff (1995), la teoría de la autodeterminación de Ryan y Deci (2001) también relaciona el concepto de eudaimonia al de bienestar. Ryan y Deci (2001) plantean que para que se dé un buen funcionamiento psicológico hay que satisfacer tres necesidades psicológicas básicas: la autonomía, la competencia y la vinculación o el relacionarse, manteniendo un equilibrio en la vida que permita la mínima satisfacción de ellas de forma independiente, además se deben tener unas metas personales congruentes y coherentes de acuerdo a ciertos criterios (mejor que sean intrínsecos que extrínsecos, además deben ser coherentes entre sí y con los valores e intereses propios).

Las dimensiones de autonomía, control o dominio ambiental y relaciones positivas con los demás que plantea el modelo de Ryff coinciden casi en su totalidad con las necesidades psicológicas básicas propuestas por Ryan y Deci, y hay que tener en cuenta que en la teoría de la autodeterminación, cuando se satisfacen las necesidades psicológicas básicas se fomenta el bienestar subjetivo y también el bienestar eudaimónico (Ryan y Deci, 2001), lo cual posibilita el cierre de la discrepancia entre Bienestar Hedónico vs. Eudaimónico pues ambos enfoques pueden integrarse para conseguir el bienestar: desde lo eudaimónico la persona se puede enfocar en el contenido de la propia vida y en todo aquello que implique vivir bien, y desde lo hedónico al centrarse en conseguir presencia de afecto positivo y ausencia de afecto negativo, además de una sensación de satisfacción global con la vida (Ryan, Huta, y Deci, 2008).

Ryff (1989) plantea la auto-aceptación como una de las dimensiones más importantes pues tiene que ver con la aceptación de sí mismo y el pasado. También puede definirse

como una autoevaluación que el individuo hace a largo plazo y en la que están involucradas la aceptación y conocimiento de las fortalezas y debilidades (Ryff y Singer, 2008). Los resultados obtenidos pueden indicar que el uso de la reminiscencia integrativa puede incrementar en los adultos mayores la aceptación de sí mismos y de su pasado, lo cual puede incrementar la valoración global que hacen las personas en su vejez.

Ryff y Keyes (1995) aseguran que el dominio del ambiente tiene que ver con la capacidad de las personas para manejar el ambiente y las competencias que desarrollan para usar con eficacia las oportunidades que el medio les ofrece y crear entornos o ambientes que se adapten a condiciones particulares de cada individuo. En cuanto a las competencias que se pueden desarrollar en ambientes complejos, Ryff y Singer (2006) aseguran que la dimensión de dominio tiene que ver con la capacidad de una persona no solo para manipular y controlar éste tipo de ambientes, sino con la capacidad de adaptación a sus condiciones psíquicas, lo cual le va a permitir forjar un sentido de competencia y dominio de su entorno.

Ryff (1989) plantea que la dimensión de crecimiento personal es la capacidad que tiene una persona para abrirse a nuevas experiencias en la vida y promover así el desarrollo de la potencialidad para crecer como ser humano. Ryff y Singer (2008), exponen que incrementar la dimensión de crecimiento personal les facilita a las personas generar procesos y estados de funcionamiento positivo dentro de un continuo cambio y desarrollo personal.

McMahan y DeHart Renken (2011), establecen que la dimensión del propósito en la vida, se define como la facultad que adquieren las personas de realizar una auto revisión de vida a través del sentido y los significados que se representan de la misma; la cual está directamente vinculada con los objetivos del bienestar subjetivo desde lo cognitivo y afectivo. Deci y Ryan (2008) enfocan el bienestar psicológico a partir del desarrollo y satisfacción de las diferentes áreas de la vida, teniendo en cuenta que no todos los objetivos propuestos se realizan a cabalidad y no todos representan bienestar. Keyes et al. (2002) establece que el propósito en la vida está relacionado a los desafíos y problemas de la vida diaria, los adultos mayores los superan mediante el esfuerzo obteniendo logros a través del establecimiento de metas.

Depresión.

Según el Ministerio de salud (2017), la prevalencia en Colombia de síntomas depresivos en adultos mayores es del 41,0% en ambos sexos. En adultos mayores hay pérdida de gusto o interés por el quehacer diario, ánimo triste, ansiedad, desesperanza, descuido en el arreglo y aseo personal, falta de adherencia a tratamientos, anhedonia, insomnio, pérdida de apetito quejas somáticas sin ningún origen explicable o que no guardan proporción a la condición médica de base (Peña-Solano, Herazo-Dilson, y Calvo-Gómez, 2009).

Como síndrome geriátrico a menudo pasa desapercibido para los familiares y cuidadores (Cordero y Trías, 2009), puesto que de manera errónea se considera que la pérdida de interés por actividades cotidianas sucede a medida que las personas envejecen. Por esto, posibles estados depresivos son reportados con menor frecuencia ya que culturalmente se han confundido como relacionados con la edad. Además, la depresión en adultos mayores tiene un perfil distinto a la de los adultos más jóvenes puesto que en la vejez los síntomas somáticos como pérdida de apetito, insomnio, dolores, irritabilidad y falta de energía son más frecuentes y no se tienen en cuenta como indicadores de depresión. También es importante tener en cuenta que la depresión en la vejez tiene comorbilidad con ansiedad lo cual dificulta el diagnóstico (Frazer, Cristensen, y Griffiths, 2005).

El estado de ánimo depresivo en las personas mayores suele ser crónico y lentamente progresivo. De igual forma, los trastornos del humor pueden ser secundarios a enfermedades que suelen darse o acompañar al envejecimiento. La depresión en adultos mayores puede tener una variedad de presentaciones: depresión de inicio temprano (EOD), depresión de inicio tardío (LOD)- después de los 60-65 años-, o como un trastorno del estado de ánimo secundario a una condición médica general o como síntomas del estado de ánimo secundarios al uso de sustancias o medicamentos (Laidlaw, Thompson, Dick-Siskin y Gallagher-Thompson, 2003; Laidlaw, 2010).

Gatz, Kasl-Godley, y Karel (1996) manifiestan que durante el proceso de envejecimiento se empiezan a presentar cambios en el funcionamiento de los neurotransmisores, además, debido a las influencias genéticas, los cambios se pueden evidenciar en distintas edades, es decir, pueden aparecer trastornos en personas mayores

que no se habían manifestado años atrás, lo cual no excluye a las personas que desde su juventud o adultez media ya venían presentando algún tipo de trastorno. Yanguas (2006) menciona tres grupos de adultos mayores con trastornos mentales: “aquellos que venían presentando trastornos desde antes, los que presentaban predisposición pero no se les había manifestado el trastorno mental y los que manifiestan el trastorno en la vejez” (p. 52).

Zahinoor, Fischer, y McCall (2013) plantean que fumar, la inactividad física, una red social pequeña, el deterioro físico, el infarto de miocardio, la diabetes y la obesidad son factores de riesgo para aumentar la carga depresiva en esta edad. También cree que la depresión en la vida tardía (LLD) tiene un peor pronóstico, un curso más crónico y una mayor tasa de recaída en general en comparación con los pacientes que desarrollan síntomas en una edad más joven. Alfonso y Bueno (2010) manifiestan que la depresión tiene un pronóstico negativo en la etapa de la vejez, pues tiene más probabilidades de presentar comorbilidad con enfermedades somáticas crónicas, presencia de limitaciones funcionales, aislamiento y mayor probabilidad de depresiones más persistentes y con mayor riesgo de episodios recurrentes, lo cual puede conducir a una baja calidad de vida, una vida útil más corta y mayor riesgo de suicidio.

Zahinoor et al. (2013) afirma que la LLD se asocia con niveles más altos de comorbilidad médica, deterioro cognitivo y mortalidad y tiene una relación bidireccional con la fragilidad. La superposición entre la apatía y la depresión es un área de controversia, dado que los pacientes con apatía pueden ser erróneamente diagnosticados con depresión. El comportamiento suicida y la muerte por suicidio son la mayor preocupación en el cuidado de los pacientes con LLD, pues el aumento en las tasas de suicidio con la edad puede estar relacionado con la acumulación de condiciones médicas crónicas y el aislamiento que acompaña al divorcio o la viudez (Zahinoor et al., 2013)

Aziz y Steffens (2013) afirman que los trastornos depresivos en el rango de edad geriátrica se encuentran en 3.0% a 4.5% de la población y exponen como factores de riesgo biológicos el compromiso cerebrovascular, la obesidad, una nueva enfermedad médica, el pobre estado de salud y la mala autopercepción de salud, y plantean que la depresión probablemente sirve como un factor de riesgo y como un signo temprano de demencia. Los factores psicosociales más importantes que conducen a la depresión son algunos

rasgos de la personalidad como: desorden de personalidad, neuroticismo, bajo nivel de autoeficacia, rasgos obsesivos, el duelo, el apoyo social percibido, bajos ingresos, menor educación, acontecimientos estresantes la soledad, la discapacidad, el número total de eventos de la vida, el número total de molestias diarias y el apoyo social deteriorado, incluida la falta de un confidente, además de otros factores como pensamientos y conductas desadaptativas, distorsiones cognitivas y procesamiento de información defectuoso.

Estrada, Cardona, Segura, Ordoñez, Osorio, y Chavarriaga (2013) en un estudio transversal con 276 adultos mayores de 65 años o más institucionalizados en centros de atención para el adulto mayor en Medellín (Colombia), exploraron los factores asociados con síntomas depresivos y encontraron que estuvieron asociados a bajos puntajes en calidad de vida, el carecer de una formación académica, la presencia de deterioros funcionales, tener dependencia para la realización de las actividades diarias y la comorbilidad con ansiedad.

Eficacia de la intervención en Reminiscencia en personas mayores.

La intervención en reminiscencia integrativa ha demostrado efectos positivos en el mejoramiento de estrategias de afrontamiento, específicamente en aquellas relacionadas con el afrontamiento orientadas al problema (Satorres, Viguer, Fortuna, y Meléndez, 2017), así como en la autoestima, la satisfacción vital y el bienestar psicológico (Arkoff, Meredith, Dubanoski, 2004) y sentido de vida (Meléndez et al., 2013; Nomura y Hashimoto, 2006; Wang, 2007; Woods et al., 2005; Woods et al., 2012). Adicionalmente, se ha mostrado eficaz para la disminución de sintomatología depresiva en adultos mayores que viven en comunidad, con mantenimiento hasta tres meses después del tratamiento con un tamaño del efecto mediano y grande (Bohlmeijer, Kramer, Filip, Onrust, y Marwijk, 2009; Hsieh y Wang, 2003; Watt y Cappeliez, 2000). Pinquart y Forstmeir (2012) en un meta-análisis refieren que las mejorías en sintomatología depresiva, son las que muestran mayor tamaño del efecto, mientras que los cambios en el bienestar psicológico, bienestar subjetivo, desempeño cognitivo e integración social son pequeños.

Cappeliez et al. (2005) estudiaron cómo las diversas formas de reminiscencia pueden predecir la satisfacción con la vida y la angustia psiquiátrica en 420 adultos mayores. Los

resultados mostraron que las reminiscencias para revivir viejos problemas y para llenar un vacío de estimulación se asociaron con una menor satisfacción con la vida y una mayor angustia psiquiátrica. Del mismo modo, la reminiscencia de mantener la conexión con una persona fallecida también predijo la angustia psiquiátrica, mientras que las reminiscencias para la preparación de la muerte y para fomentar la conversación, estuvieron asociadas con una mayor satisfacción con la vida.

La intervención a través de reminiscencia presenta un gran potencial para trabajar con los adultos mayores para abordar la prevención o el tratamiento de la depresión en las personas mayores. Frazer et al. (2005) después de realizar una revisión sistemática en los que se incluyeron los artículos que informaban sobre tratamientos de personas mayores de 60 años con depresión mayor o alto nivel de síntomas depresivos, encontraron que junto a las terapias farmacológicas (antidepresivos), cognitiva conductuales, electroconvulsivas, dinámicas y resolución de problemas, la terapia de reminiscencia era una de las intervenciones con mejor evidencia para tratar depresión en personas mayores. Así mismo Syed, Neville, y Scott (2015) también realizaron una revisión sistemática de literatura con el fin de indagar sobre la eficacia de la terapia de reminiscencia de grupo en adultos mayores sobre la soledad, la ansiedad y la depresión y encontraron que ésta intervención fue un tratamiento efectivo para la depresión, pero no para la soledad y la ansiedad. Peng, Huang, Chen, y Lu (2009) también afirmaron que en comparación con el grupo placebo, la terapia cognitiva conductual, la reminiscencia y la psicoterapia general, eran más eficaces en la reducción de las puntuaciones de depresión.

Zhou, He, Gao, Yuan, Feng, y Zhang (2011) evaluaron los efectos de la aplicación de la terapia de grupo de reminiscencia en 125 adultos mayores (que puntuaron entre 11 y 25 en la escala de depresión geriátrica -GDS), sobre la depresión, la autoestima y el balance o equilibrio. Al grupo control se le orientó educación para la salud y al grupo tratamiento tanto educación para la salud como la intervención en la terapia de reminiscencia durante 6 semanas. Después de la intervención, las puntuaciones en GDS en el grupo de tratamiento disminuyeron de manera significativa en comparación al grupo control, y se registraron mejoras significativas en el balance o equilibrio, sin embargo, no se registraron diferencias significativas en la autoestima entre los grupos de intervención y control.

Watt y Cappeliez (2000) investigaron los efectos de la terapia de reminiscencia

integrativa y la terapia de reminiscencia instrumental sobre la depresión en adultos mayores con al menos 14 puntos en GDS. Los resultados indicaron que tanto la intervención con reminiscencia integrativa como instrumental fueron eficaces para mejorar síntomas depresivos en adultos mayores al finalizar la intervención, sin embargo, al realizar un seguimiento tres meses más después el 100% de las personas que integraron el grupo de intervención con reminiscencia integrativa conservaban su mejoría con respecto al 56% que la conservaban en el grupo de intervención con reminiscencia instrumental, es decir, según estos resultados, la participación en un grupo de reminiscencia integrativa puede proteger más de las recaídas.

Shellman, Mokel, y Hewitt (2009) investigaron el efecto de la reminiscencia integrativa en los síntomas depresivos en adultos mayores afroamericanos y encontraron que ésta reminiscencia tiene un efecto positivo en la disminución de síntomas depresivos en estos adultos mayores. Bohlmeijer, Smimth, y Cuipers (2009), realizaron un estudio cuasi experimental para estudiar los efectos de la reminiscencia integrativa más terapia narrativa sobre la disminución de sintomatología depresiva en adultos mayores. La intervención de seis sesiones con una duración de dos horas cada una, y una sesión de seguimiento ocho semanas después, concluyó que los participantes mostraron menor sintomatología depresiva en comparación con el grupo control y que los efectos se mantuvieron tres meses después de la finalización de la intervención.

Chiang, et al. (2009) en un estudio cuasi-experimental con 92 personas de 65 años y más, formaron dos grupos, uno experimental y un grupo control (en lista de espera) para investigar los efectos de la reminiscencia en el bienestar psicológico, la depresión y la soledad de éstos adultos mayores que estaban institucionalizados. Al grupo experimental se le orientaron 8 sesiones, una por semana, con una duración de 90 minutos cada una. Las sesiones fueron: introducción (saludo y presentación), aumento de conciencia en los participantes de sus sentimientos y expresión de los mismos, identificación de relaciones positivas de su pasado, recordar la historia familiar y de vida, recordar otros temas de la vida, relato de logros personales, identificación de fortalezas y metas y una sesión final de examen general de las sesiones cursadas. Después de realizar la terapia de reminiscencia, los adultos mayores del grupo experimental reportaron efectos positivos significativos sobre la depresión, el bienestar psicológico y la soledad, en comparación con el grupo que

no recibió la intervención.

En el contexto Latinoamericano, Fortuna (2016) realizó una intervención de diez sesiones de reminiscencia integrativa y usaron un diseño cuasi-experimental con dos grupos para evaluar sus efectos en la disminución de la depresión, la mejora del bienestar, la integridad, la autoestima y la satisfacción con la vida en adultos mayores no institucionalizados en República Dominicana. Los resultados reportados aseguran que con respecto al grupo control, los adultos mayores del grupo tratamiento redujeron significativamente los síntomas de depresión y mejoraron de manera significativa el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida, pero no encontraron diferencias significativas con respecto a la autoestima, propósito de vida y resiliencia. El presente estudio se basa en la aplicación de la intervención formulada por Fortuna (2016) así como en el diseño de investigación para su evaluación en la mejora del bienestar (subjetivo y psicológico) así como la disminución de sintomatología depresiva. Esta investigación realizó una adaptación de la intervención de Fortuna (2016), la cual consistió en disminuir a ocho sesiones el tratamiento, pero se mantuvieron los objetivos generales y temáticas propuestos por la autora.

Hipótesis.

H1. Las personas mayores que recibirán la intervención en reminiscencia integrativa al final de programa presentarán mayor satisfacción vital y bienestar psicológico.

H0₁. Las personas mayores que recibirán la intervención en reminiscencia integrativa al final de programa no presentarán mayor satisfacción vital y bienestar psicológico.

H2. Las personas mayores que recibirán la intervención en reminiscencia integrativa al final de programa presentarán menor sintomatología depresiva.

H0₂. Las personas mayores que recibirán la intervención en reminiscencia integrativa al final de programa no presentarán menor sintomatología depresiva.

H3. Se encontrarán diferencias entre los participantes residentes en Bogotá y los de Popayán en la satisfacción vital, bienestar psicológico y disminución de la sintomatología depresiva al finalizar el programa.

H0₃. No se encontrarán diferencias entre los participantes residentes en Bogotá y los de Popayán en la satisfacción vital, bienestar psicológico y disminución de la sintomatología depresiva al finalizar el programa.

Capítulo tercero

Método

Tipo de estudio y diseño

Se realizó un estudio cuasi-experimental con un diseño 2 x 2 x 2. Este diseño es cuasi experimental porque se manipulan deliberadamente, al menos una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes y no se asignaron al azar a los grupos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Los factores a estudiar en el diseño fueron, variable medicion pre y post, grupo tratamiento y grupo control, y como tercera variable ciudad con dos niveles Bogotá y Popayán (ver Tabla 1).

El experimento se realizó en las dos ciudades mencionadas anteriormente, cada ciudad contó con un grupo tratamiento (GT) y un grupo control (GC). Cada ciudad realizó una evaluación inicial o pre-test a los dos grupos y a los dos meses después de finalizar la intervención se aplicó un post test. La intervención que se aplicó fueron 8 sesiones de la propuesta de intervención de Fortuna (2016) (ver Apéndice A).

Tabla 1
Diseño de investigación

	Pre	S	S	S	S	S	S	S	S	Post
	-test	1	2	3	4	5	6	7	8	- Test
G T	0 ₁	X	X	X	X	X	X	X	X	0 ₂
Bogotá										
G C	0 ₁	-	-	-	-	-	-	-	-	0 ₂
Bogotá										
G T	0 ₁	X	X	X	X	X	X	X	X	0 ₂
Popayá										
n										
G C	0 ₁	-	-	-	-	-	-	-	-	0 ₂
Popayá										
n										

Nota: GT = grupo tratamiento; GC = Grupo Control; S= sesión.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 70 personas de 60 años y más de nacionalidad colombiana (62% mujeres y el 38% hombres), de las cuales 35 personas vivían en la ciudad de Bogotá, en el barrio Nuevo Kennedy y 35 personas residentes en la ciudad de Popayán que asisten permanentemente a la Fundación EMTEL. El GT estuvo compuesto por 35 personas (Bogotá= 18 y Popayán = 16) y el GC por 35 personas (Bogotá= 17 y Popayán = 19). Respecto a las puntuaciones en el Mini Mental State Examination (MMSE), todos los participantes cumplieron con los puntos de corte establecidos para Colombia por Roselli et al. (2000) es decir obtuvieron puntuaciones mayores o iguales a 24 y las personas sin estudios con puntuaciones mayores o iguales a 21. En promedio se encontró una puntuación en el MMSE de 26.7 con una DT de 2.22 (Grupo Control $M = 26.53$ $DT = 2.55$; Grupo Tratamiento $M = 26.94$ $DT = 1.84$).

El promedio de edad de los participantes fue de 71.25 años ($DE = 7.77$) con un rango de edad entre los 60 y 90 años. El promedio de edad para el grupo tratamiento fue de 71.86 ($DE = 8.56$) y para el grupo control de 70,67 ($DE = 6.99$) no se encontraron diferencias en los grupos respecto a la edad ($t_{(69)} = -.64$, $p = n.s$), por lo tanto los grupos fueron equivalentes respecto a esta variable.

Ahora bien, los grupos también fueron equivalentes en las variables dependientes ya que no se encontraron diferencias en la medición pre-test. Respecto a la puntuación en la

escala de depresión ($t_{(69)} = 1.71, p = \text{n.s.}$), en la satisfacción vital ($t_{(69)} = -.42, p = \text{n.s.}$) y las dimensiones del bienestar psicológico de dominio del ambiente ($t_{(69)} = -.40, p = \text{n.s.}$), auto-aceptación ($t_{(69)} = .09, p = \text{n.s.}$) y crecimiento personal ($t_{(69)} = .01, p = \text{n.s.}$). Sin embargo, si se encontraron diferencias para la dimensión de propósito en la vida ($t_{(69)} = -3.56, p = 0.001$) el cual fue mayor para el grupo tratamiento ($M=4.65, DE=0.78$) que para el grupo control ($M=3.90, DE=0.99$), por lo tanto esta dimensión no se comparará entre grupos sino solamente a nivel del factor relacionado y el factor independiente de ciudad solo para el GT.

En la Tabla 2 se ponen las características sexo y nivel socioeconómico (NSE) de la muestra según ciudad y grupo.

Tabla 2

Características y nivel socioeconómico de los participantes según grupo y ciudad

	<i>Sexo</i>						<i>Nivel Socio-económico NSE</i>					
	Hombre			Mujer			NSE1		NSE2		NSE3	
	G	G		G	G		G	G	G	G	G	G
	C	T		C	T		C	T	C	T	C	T
Bogotá	7	4		10	1		0	0	0	0	17	1
Popayán	5	1		14	5		13	1	5	3	1	0
		1						3				

Nota: GC= Grupo control; GT= Grupo tratamiento.

En cuanto al estado civil de los participantes el 28.2% era casado, 25.4% viudo, 28.2% soltero y el 18.3% separado o divorciado. Con respecto a la tenencia de hijos el 90.15% de los adultos mayores reporta tener hijos. Referente a la escolaridad, 9.9% no tenía estudios y no sabía leer ni escribir, el 5.6% tampoco tenía estudios, pero si sabía leer y escribir, el 31% tenía estudios primarios sin terminar, seguido de primaria completa con el 16.9% y el 7% bachillerato incompleto, el 12.7% bachillerato completo, por otro lado, el 5.6% tenía estudios técnicos o tecnológicos, el 2.8% universitarios incompletos y el 7% universitarios completos y por último el 1.4% estudios de posgrado (ver Figura 1).

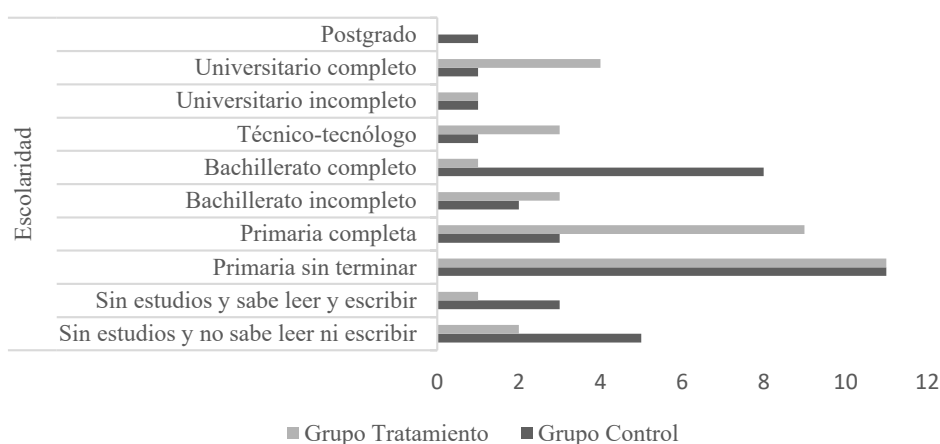


Figura 1. Distribución de la muestra según a la escolaridad

En lo que respecta la fuente de ingresos el 18.25% de la muestra total recibían pensión, el 35,3% no recibía pensión y el 46,45% de los adultos mayores recibía algún tipo de subsidio del estado. En cuanto a la ocupación actual de los participantes el 16.9% reportó trabajar en al momento del estudio, el 33.95% está en el hogar y el 49.3% asiste a grupos de ocio y recreación. En cuanto al lugar donde vivían los participantes, la mayoría vivían en casa propia (54,9%), seguido de cada de familiares (18,3%), casa arrendada (15,5%) y en habitación alquilada (11,2%). En la tabla 3 se presentan con quien vivían los participantes y si presentaban algún tipo de enfermedad.

Tabla 3

Con quien viven los participantes y si presenta algún tipo de enfermedad

	N	Total
Presenta algún tipo de enfermedad		
Si	58	81.7%
No	13	18.3%
Con quien vive		
Solo	16	22.5%
Esposa	7	9.9%
Hijos	24	33.8%
Esposa e hijos	8	11.3%
Otros Familiares	16	22.5%

Criterios de inclusión/exclusión.

Como criterios de inclusión al proyecto de investigación se requirió que fuesen adultos de ambos sexos con edad igual o mayor de 60 años que vivieran en sus casas (que no estuviesen institucionalizados), y que no presentaran deterioros cognitivos severos. Como cribado de deterioro cognoscitivo se utilizó el Mini Mental State Examination, debido a que esta prueba estaba validada en Colombia por Roselli et al. (2000). Según los puntos de corte establecidos por Roselli et al. (2000) se incluirían a las personas que con estudios primarios obtuvieran puntuaciones mayores o iguales a 24, para las personas sin estudios con puntuaciones mayores o iguales a 21. Por otro lado como criterios de exclusión se requirió que los participantes no tuviesen la presencia de déficit sensorial de consideración, pérdida o limitación grave de capacidades verbales y habilidades psicomotoras básicas, enfermedad neurológica grave, trastorno psiquiátrico grave, la inasistencia al 20 % de las sesiones de intervención y una puntuación menor establecida por los puntos de corte de la prueba Mini Mental State Examination, validada en Colombia por Roselli et al. (2000) mencionados. Los participantes en cada una de las ciudades debían cumplir con las mismas características sociodemográficas y socioculturales, las ciudades seleccionadas se tomaron como referencia debido a que los investigadores tenían domicilio permanente en cada una de las mismas.

Instrumentos

El protocolo de cuestionarios estaba compuesto por un cuestionario de datos socio-demográficos y cuatro escalas (ver Apéndice B).

- Mini Mental State Examination (MMSE). Es el cuestionario que más se ha utilizado para identificar deterioro cognitivo mediante la valoración de funciones de orientación temporo espacial, memoria de trabajo y de corto plazo, habilidades de cálculo, lenguaje y praxis (Folstein, Folstein y McHugh, 1975). Este cuestionario fue validado para población colombiana por Roselli (2000), quien encontró que la sensibilidad y la especificidad del MMSE es 92.3% y 53.7%, respectivamente, describiendo puntos de corte por escolaridad: 21 para sujetos con más de 6 años de estudio, 24 para sujetos con 7-12 años de estudio y 27 para sujetos con menos de 12 años.

- Escala de Satisfacción con la vida. Esta escala fue diseñada por Diener, Robert, Emmons, Larsen y Griffin (1985) para medir la dimensión cognoscitivo-valorativa del bienestar subjetivo. La escala a través de cinco preguntas evaluó el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida. Ha sido traducida a diferentes idiomas entre esos el castellano. Reyes (2017) evaluó la validez en una muestra de 617 personas mayores colombianas a través de un análisis Factorial confirmatorio, y encontró un adecuado índice de ajuste para el modelo de medición, así como una alta consistencia interna ($\alpha = 0.80$).
- Escala de bienestar psicológico de Ryff - EBR (1989). Esta escala evaluó las seis dimensiones del bienestar psicológico propuestas por Carol Ryff (1989), las cuales son: (a) auto-aceptación, (b) dominio del ambiente, (c) autonomía, (d) relaciones positivas con otros, (e) crecimiento personal; y (f) propósito en la vida. Los primeros análisis psicométricos mostraron una consistencia interna de baja a moderada en sus dimensiones y del análisis de la estructura factorial resultó en el modelo de los seis factores (Ryff y Keyes, 1995). Reyes (2017) evaluó la estructura factorial del instrumento en una muestra de personas mayores colombiana, y encontró un adecuado ajuste solamente al modelo de medida, pero de solo con cuatro factores: (a) auto-aceptación, (b) dominio del ambiente, (c) crecimiento personal; y (d) propósito en la vida. Este modelo propuesto por Reyes (2017) fue el que se aplicó en el presente estudio. Los resultados de Reyes (2017) también fueron reportados por Springer, Hauser (2006) y Van Dierendonck (2004).
- Escala de depresión geriátrica – GDS. Yesavage, Brink, Rose, Lum O., Huang V., Adey M. y Leirer V. O. (1983). Esta escala estaba propuesta para distinguir entre personas mayores depresivas y no depresivas. Está formada por treinta ítems sobre irritabilidad, pensamientos angustiosos, afecto, aislamiento, juicios negativos. Gómez y Campo (2008) estudiaron en 105 adultos mayores colombianos la consistencia interna, la confiabilidad de constructo y la estructura factorial de la GDS-15 y de la GDS-5. La GDS-5 mostró un mejor comportamiento psicométrico que la GDS-15.

Procedimiento

El procedimiento en general se dividió en ocho fases.

Primera fase: Convocatoria. En las dos ciudades que participaron en el estudio (Bogotá y Popayán), se contactaron instituciones, organizaciones sociales y comunitarias que trabajaban con personas mayores, a través de llamadas telefónicas y reuniones presenciales, con el fin de invitarlos a participar en el proyecto de investigación. En Bogotá se estableció contacto con la junta de acción comunal del conjunto residencial Bosques de Kennedy de la localidad de Kennedy y en Popayán con la Fundación Emtel, Posteriormente, a cada institución se le plantearon los objetivos y la propuesta de intervención a realizar, ofreciendo la participación de sus residentes y usuarios adultos mayores, ambas instituciones facilitaron las bases de datos personales y de localización de los adultos mayores con el fin de verificar que cada entidad cumpliera con el mínimo de posibles participantes, luego los investigadores realizaron una convocatoria pública a través de carteles y contactos telefónicos en ambas instituciones para la respectiva inscripción inicial.

Segunda fase: selección participante, recolección de firmas y consentimiento Informado.

Una vez se contó con la aprobación formal de la dirección de las instituciones en ambas ciudades, las personas mayores fueron invitadas a participar en una primera reunión para socializar el proyecto de investigación, los interesados, dieron su consentimiento informado en el que se les explicó: el propósito del estudio, los principios de confidencialidad y voluntariedad, que podían retirarse en cualquier momento que lo desearan sin perder derechos ni beneficios, también se explicó el procedimiento del estudio y sus responsabilidades, luego se realizó la aplicación del primer cuestionario Mini Mental State Examination (MMSE), el cual determinó si el participante podía continuar o no dentro del proyecto, para las personas que presentaron algún tipo de deterioro cognitivo se entregó una remisión para valoración médica y por último se diligenció el cuestionario de datos personales. En el estudio en Popayán se excluyeron 32 personas porque no cumplieron el punto de corte del MMSE o ya tenían un diagnóstico de enfermedad

neurológica o psiquiátrica grave que no le permitía responder las escalas, todas estas personas fueron remitidos a la EPS. En Bogotá se excluyeron 48 personas de las cuales 30 personas eran menores de 60 años, siete personas no cumplieron el punto de corte del MMSE y 11 no pudieron ser contactados nuevamente. Al igual que en Popayán las siete personas con sospecha de DCL fueron remitidas a la EPS.

Se les indicó qué sucedería con los datos y resultados, los beneficios y los datos de las personas a las que podían contactar si tenían alguna duda o si deseaban que sus datos fueran eliminados del estudio, también se explicó que esta investigación no presenta posibles riesgos ni molestias conocidas, más allá de las que se presentaron en el día a día (ver Apéndice C y D).

Tercera fase: Selección de Grupos.

En Bogotá se eligieron 36 adultos mayores y en Popayán se eligieron 40 adultos mayores que fueron divididos entre GC y GT, la elección de los grupos se estableció por conveniencia de tiempo de los participantes, cada cual eligió a que grupo pertenecería, de acuerdo a la disponibilidad individual de tiempo, ya que los encuentros fueron semanales o quincenales y para el momento muchos de los participantes trabajaban o realizaban otro tipo de actividades como el cuidado de menores, asistencia a citas y tratamientos médicos.

Cuarta fase: aplicación y recolección de datos.

Se programó una reunión con ambos grupos seleccionados (todos los participantes), GT y GC, se realizó la primera evaluación pre-test, Bienestar Subjetivo-Satisfacción con la vida Diener (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000), Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Versión Reducida).

Para esto se dispuso de una lista de horarios, en la cual se estableció 40 minutos de tiempo por cada participante; puesto que la aplicación de las pruebas se efectuó en diadas de manera individual: Psicólogo-Adulto mayor.

Quinta fase: intervención.

Para el grupo Tratamiento se realizó el programa de intervención basado en la terapia de reminiscencia con la metodología aplicada de la tesis doctoral propuesta por Fortuna (2016) la cual contó con una duración total de ocho semanas (una sesión por semana). Se

adaptó el protocolo inicial de 10 sesiones a ocho sesiones manteniendo los objetivos de cada sesión de manera puntual, ya que al revisar el plan de trabajo los tiempos de ejecución para las sesiones adaptadas afectaría la aplicación de la séptima fase pruebas post test y fase octava análisis de datos y los tiempos no corresponderían al calendario académico. En lo que respecta al protocolo de actividades propuesto por Fortuna (2016) el uso de pronombres, verbos, palabras y comportamientos culturales propias de la República Dominicana tuvieron una adaptación al contexto colombiano.

Para el grupo Control se aplicaron cuatro talleres de psicoeducación en salud como beneficio adquirido para los participantes del grupo control, los temas se centraron en hábitos alimenticios saludables, hábitos de eliminación saludables, higiene del sueño y prevención de caídas; los cuales se efectuaron en un tiempo de 4 semanas (1 encuentro quincenal), para cada taller se diseñó y entregó a cada participante un plegable informativo como producto de cada taller (ver Apéndice A). Las sesiones y talleres de ambos grupos se realizaron de forma grupal (ver Tabla 4).

Tabla 4
Plan de trabajo por semanas.

Semana									Tota l
	1	2	3	4	5	6	7	8	
GC	Tal ler 1		Tal ler 2		Tal ler 3		Tal ler 4		4 Talleres
GT	Ses ión 1	Ses ión 2	Ses ión 3	Ses ión 4	Ses ión 5	Ses ión 6	Ses ión 7	Ses ión 8	8 Sesiones

Nota: GC= Grupo control; GT= Grupo tratamiento.

Las sesiones del GT se estructuraron en tres momentos.

-Primero: inicio o introducción: en la que los adultos mayores conocieron los objetivos y cómo se desarrollaría la sesión.

-Segundo: desarrollo de la sesión: se llevaron a cabo las actividades planificadas.

-Tercero: cierre o evaluación: se realizó un registro anecdótico de la actividad realizada y una evaluación de la misma preguntando ¿Cómo se sintieron? ¿Qué les gusto más de la sesión?

Se utilizaron en cada sesión estímulos verbales, auditivos y visuales (palabras, dibujos, fotografías, objetos, junto a diferentes estímulos sensoriales) para la evocación de recuerdos. Cada una de las sesiones que se realizó estaba compuesta por un título, un objetivo general y objetivos específicos. Los bloques temáticos, las actividades y estrategias que se llevaron a cabo y los recursos, la descripción de las mismas se desglosan en el Apéndice A. En la tabla 5 se relacionan las sesiones que se abordaron en el marco de ésta investigación.

Tabla 5.
Número de sesiones GT

Número de la Sesión	Nombre de la Sesión
1	Introducción a la Reminiscencia.
2	Hechos Históricos y Fiestas Populares
3	Relaciones Interpersonales
4	Fechas Importantes
5	Trabajo y Labores
6	Juguetes, Juegos, Cine y Publicidad
7	Recordando a la Abuela
8	Música y Recuerdos

A continuación, se describen los objetivos generales y específicos del protocolo de actividades realizadas a los participantes del GT.

- Sesión 1: Introducción a la Reminiscencia.

Objetivo General. Generar bienestar emocional a través del recuerdo de anécdotas en las diferentes etapas de la vida.

Objetivos Específicos. Estimular la memoria remota episódica de acontecimientos agradables vividos en la infancia, inducir a los participantes a evocar acontecimientos agradables vividos en la adolescencia, incentivar la memoria remota episódica de eventos agradables vividos en la adultez, motivar a los adultos mayores a rememorar acontecimientos agradables vividos en la vida actual y fomentar la iniciativa en la participación de cada uno de los participantes mediante el dialogo en la realización de las diferentes actividades.

- Sesión 2: Hechos Históricos y Fiestas Populares.

Objetivo General. Rememorar acontecimientos del pasado para aflorar sentimientos y emociones positivos reforzando los vínculos sociales mediante la narrativa de sus tradiciones, compartiendo vivencias y experiencias para promover la identidad personal y social de los adultos mayores.

Objetivos Específicos. Establecer mediante los recuerdos la estimulación de la memoria semántica evocando diferentes conocimientos sobre hechos socio históricos alusivos al pueblo o ciudad donde se reside, reconocer mediante la memoria auto biográfica historias familiares de acontecimientos agradables vividos como viajes y paseos populares, Estimular el lenguaje y la intervención social de los participantes mediante el diálogo de vivencias en viajes y paseos populares, relatar sobre los acontecimientos más relevantes conocidos sobre las diferentes fiestas patronales del lugar donde reside, resaltando las fechas más representativas, estimular la memoria retórica sobre sus conocimientos o vivencias en las diferentes fiestas nacionales y locales que se viven en familia y que también son representativas en otras regiones del país y participar positivamente en las actividades planteadas para la ejecución de la sesión.

- Sesión 3. Relaciones Interpersonales.

Objetivo General. Fomentar la participación activa, el apoyo social y familiar, para la interacción positiva con el grupo, promoviendo así la integridad, sociabilidad y apertura a las relaciones interpersonales.

Objetivos Específicos. Estimular la memoria autobiográfica por medio de fotografías familiares, junto con la interacción en el desarrollo de actividades de apoyo intrafamiliar como el brindar la ayuda necesaria al adulto mayor en la recolección de objetos de valor propio como lo son las fotografías, el recordar cómo se constituía en las anteriores etapas de la vida los lazos sociales y como se construían las relaciones con los amigos y demás, Fomentar los recuerdos de las experiencias positivas en la construcción de las propias relaciones amorosas del pasado y establecer las diferencias entre las relaciones afectivas de antes en comparación con las actuales, estimular la memoria remota para recordar hechos y experiencias amorosas del pasado como aquel primer amor, revalidar la autoconfianza, seguridad y autonomía para afrontar los cambios próximos en las diferentes etapas de la vida, evocar y contener emocionalmente los duelos para la preparación inminente de la persona para la muerte.

- Sesión 4. Fechas Importantes

Objetivo General. Identificar sentimientos y acontecimientos específicos y agradables del pasado y cómo esos sentimientos pueden mejorar su vida actual.

Objetivos Específicos. Evocar y reconocer a través de diferentes estímulos sensoriales los recuerdos que representan fechas y eventos especiales, inducir la memoria a recordar y relatar sucesos que han sido trascendentales para la vida como fechas especiales e importantes en las diferentes etapas, establecer mediante los recuerdos anecdóticos los rituales correspondientes a la celebración de las diferentes fechas y eventos especiales y como se diferencian hoy día a los actuales, estimular la memoria semántica a través de la identificación de signos y símbolos representativos de las diferentes fechas y eventos especiales, fomentar la participación grupal en la construcción de la memoria colectiva, junto con el autorreconocimiento en las experiencias vividas en el pasado.

- Sesión 5. Trabajo y Labores.

Objetivo General. Establecer temáticas como oficios y empleos realizados en épocas pasadas, para trabajar los aspectos positivos y no tan positivos del yo, dando mayor relevancia a los positivos dejando atrás la autoinculpación y autocrítica.

Objetivos Específicos. Estimular la memoria ubicándose en tiempo y espacio proyectando los recuerdos en el desempeño de la evolución laboral, recordar cómo se realizaban las tareas domésticas y laborales de las anteriores generaciones, junto con la discriminación de género y como se diferencian hoy día esos trabajos con los desempeños laborales y domésticos de las personas de edad actual, compartir colectivamente con los recuerdos los aprendizajes transgeneracionales, construir a través de recuerdos colectivos nuevos conocimientos sobre los avances tecnológicos que facilitan el trabajo hoy día.

- Sesión 6. Juguetes, Juegos, Cine y Publicidad.

Objetivo General. Mantener y reforzar la autoestima, revelando la experiencia, sabiduría y la adaptación hacia los cambios sociales y tecnológicos de las últimas etapas de los adultos mayores fomentando como elementos fortalecedores de vida sus recuerdos positivos.

Objetivos Específicos. Estimular mediante actividades lúdicas la percepción táctil para fortalecer el reconocimiento de objetos alusivos a juegos infantiles, estimular la memoria

semántica a partir de los conocimientos obtenidos socialmente como son los juegos comunes de chicos y chicas, compartir mediante el relato sus experiencias personales y familiares en la participación de juegos festivos y competitivos, estimular la gnosia auditiva a través de la percepción de estímulos sensoriales auditivos referentes a los diferentes avances tecnológicos como radio y televisión, recordar los avances más significativos de las últimas décadas del cine y la publicidad.

- Sesión 7: Recordando a la Abuela.

Objetivos General. Recordar las personas significativas del pasado estimulando los diferentes tipos de memoria, reconociendo su árbol genético en el antes y el ahora, junto al establecimiento de los diferentes vínculos familiares y sociales.

Objetivos Específicos. Estimular la memoria semántica, para recordar personas importantes, que representaban los vínculos sociales y familiares, identificar aprendizajes transgeneracionales familiares y sociales de épocas pasadas y actuales, rememorar los muebles y objetos típicos de la época utilizados por los abuelos, fomentar la transferencia de conocimientos de adultos mayores a familiares.

- Sesión 8. Música y Recuerdos.

Objetivo General. Despertar afectos y experiencias positivas a través de la música e imágenes.

Objetivos Específicos. Rememorar la historia de la música a partir de décadas pasadas, evocar recuerdos y emociones a través de la historia musical, estimular la memoria retórica desde la reminiscencia para evocar recuerdos importantes de la vida pasada y usar la música como estrategia de regulación emocional, realizar cierre de actividades de reminiscencia con adultos mayores.

- Sexta fase: Auto Evaluación y Coevaluación.

Al finalizar la fase de intervención, se realizó una autoevaluación, coevaluación (entre los participantes) y evaluación del proceso por parte de los adultos mayores, se enfatizó en cómo se sintieron en todo el proceso de intervención.

- Séptima fase: Evaluación post-test.

Pasados dos meses de la fase de auto evaluación, coevaluación y evaluación, se contactaron y citaron nuevamente a los participantes, se aplicaron las pruebas post-test que son las mismas del pre-test a ambos grupos.

- Octava fase: Análisis de datos.

Como última fase se realizó la digitación de la base de datos con los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas pre-test y post-test de los adultos mayores participantes en la investigación, seguido de esto se realizó el respectivo análisis de los mismos junto a objetivos y demás propuestos para dicha investigación.

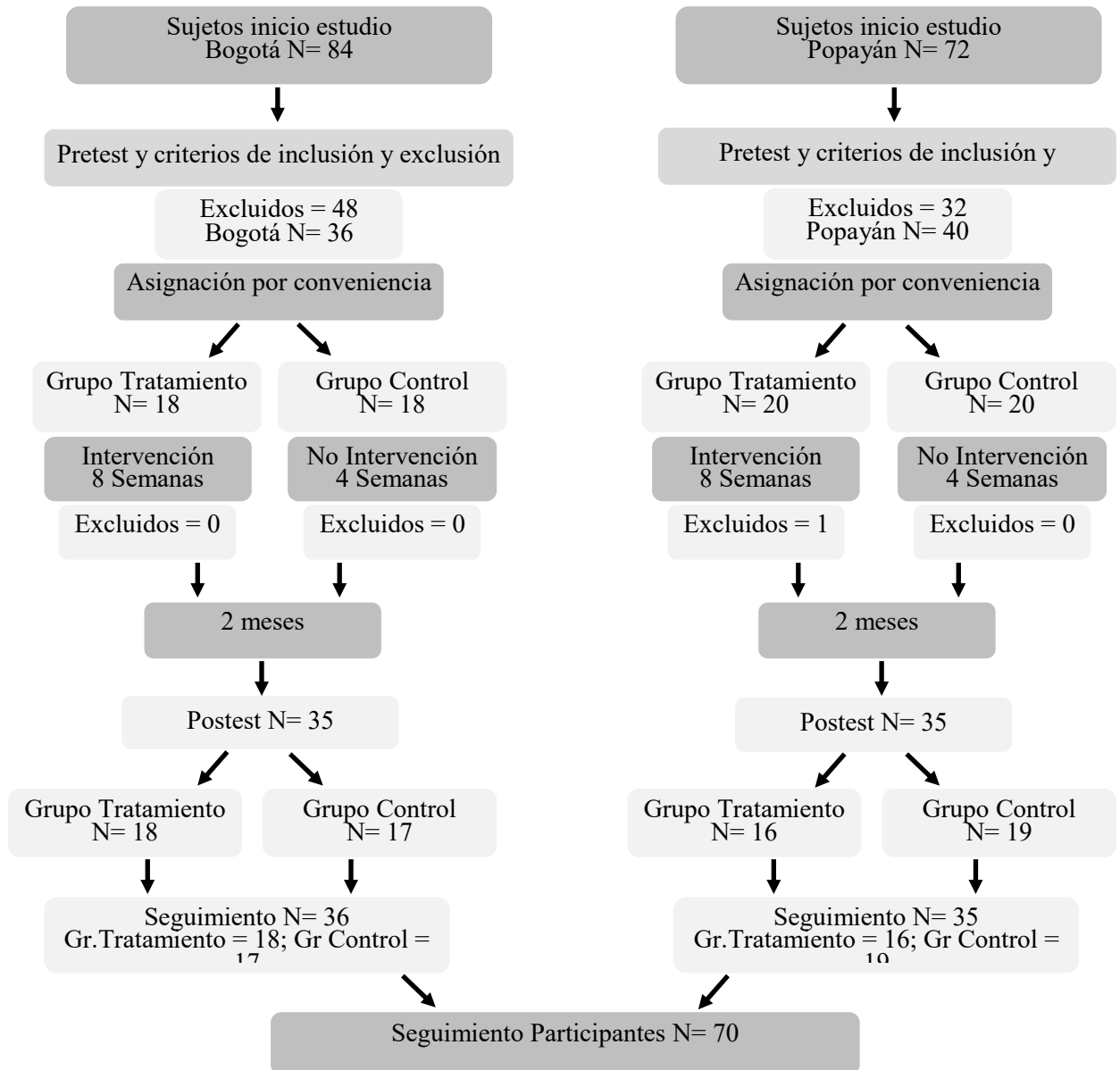


Figura 2. Diagrama del proceso realizado por ciudades

Análisis de datos

Para sistematizar y procesar la información obtenida en las escalas y pruebas mencionadas, se utilizó el programa SPSS 22. Los datos se analizaron bajo estadística inferencial, se realizaron un ANOVAS mixtas 2X2X2 para las variables dependientes de satisfacción Vital, puntuación en la Escala de depresión Geriátrica Yesavage, las dimensiones de auto-aceptación, crecimiento personal y dominio del ambiente. Se realizó una ANOVA mixta 2x2 solo con el GT para la variable propósito de la vida.

Se aplicaron los ajustes de Bonferroni en el cual se estudiaron tanto los efectos simples de las medidas pretratamiento como post en cada grupo, así como los de las interacciones. Cómo cálculo de tamaño del efecto se utilizó Eta parcial al cuadrado (η_p^2) considerando 0,01 como un efecto bajo, 0,06 efecto moderado y 0,14 un efecto alto.

Consideraciones Éticas

Para respetar el principio de autonomía se les explicó de manera clara y sencilla los objetivos de la intervención, los procedimientos, los resultados esperados y la confidencialidad de los mismos, y luego se les pidió firmar de manera libre el consentimiento informado a cada uno de los participantes incluyendo GT y GC.

La presente investigación les garantizó a los participantes la confidencialidad de sus datos personales, en el consentimiento informado se estableció que cualquier información sobre la identificación de cada participante sería reemplazada por un código, adicionalmente, los formularios con los cuestionarios fueron marcados con el respectivo código y los consentimientos fueron guardados de manera separada a estos. Los investigadores serían las únicas personas que tendrían acceso a la información. A los participantes se les brindó información suficiente sobre el propósito de la investigación, los instrumentos implementados y la finalidad de la misma, de igual forma se hizo explícito que su participación era voluntaria y que podían retirarse del proceso sin que esto les generara algún conflicto, lo anterior se plasma en el consentimiento informado (Apéndices C y D).

A cada persona se le informó acerca de los riesgos, enfatizándoles que para este proyecto no había riesgos ni molestias conocidas derivados de la participación en este estudio, más allá de las que se presentaron en el día a día. Adicionalmente, se le informó

qué si sentía algún tipo de molestia durante el estudio, era libre de retirarse en cualquier momento, sin necesidad de explicar sus razones. Los participantes también fueron informados que para este proyecto no había beneficios pronosticados o proyectados a partir de su participación en este estudio, más allá de esperar que los resultados pudieran ser usados por los profesionales que trabajaran con población mayor en Colombia, y se le informo que no habría remuneración monetaria por la participación en la investigación.

Para el presente proyecto no se identificó ningún conflicto de intereses. Tampoco el estudio se desvió de su objetivo, por lo tanto, no hubo necesidad de realizar ningún tipo de cambio.

Capítulo cuarto

Resultados

El presente capítulo organiza los resultados en dos apartados, primero se presentan brevemente las medias y desviaciones típicas de la medición pre-post de las escalas por grupo y por ciudad (ver Tabla 6). Después se presenta el análisis de normalidad de las variables analizadas, seguido del ANOVA mixto para las variables dependientes de satisfacción vital, escala de depresión geriátrica de Yesavage y las dimensiones de la escala de bienestar psicológico: auto aceptación, dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida. Todos los resultados se presentan a la luz de los objetivos e hipótesis.

Tabla 6

Medias y desviaciones típicas de la medición pre-post de las escalas por grupo y por ciudad.

		Satisfacción Vital				EDGY			
		Pre		Post		Pre		Post	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
G C	B	28.7	5.9	27.9	4.8	2.4	2.6	2.7	3.1
		1	5	4	5	7	7	1	4
	P	18.6	5.0	17.7	4.6	2.8	2.1	2.3	1.9
		8	7	9	9	4	7	2	5
G T	B	25.1	5.7	30.7	2.8	3.4	2.0	1.1	1.0
		7	2	2	5	4	1	7	4
	P	22.1	3.4	23.3	2.8	1.6	2.1	0.5	1.0
		3	6	8	3	3	3	6	9
Autoaceptación					Dominio del Ambiente				
		Pre		Post		Pre		Post	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
G C	B	4.7	1.1	4.9	1.0	4.5	1.0	4.9	1.0
		9		4	3	4	2	1	3
	P	4.0	0.7	4.2	0.6	3.7	0.4	3.7	0.4
		1	3	5	5	8	6	7	2
G T	B	4.9	0.6	5.6	0.2	4.5	0.8	5.4	0.5
		9	2	4	5	4	2	8	3
	P	4.5	0.6	5.3	0.6	3.8	0.5	4.3	0.3
		3	3	4			9	3	2
Crecimiento personal					Propósito en la vida				
		Pre		Post		Pre		Post	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
G C	B	5.0	0.8	5.2	0.9	4.3	1.2	4.6	1.1
		1	5	9	6	6	9	2	9
	P	4.9	0.3	4.9	0.3	3.5	0.4	3.7	0.5
		5	2	5	3	4	8	4	2
G T	B	5.1	0.5	5.9	0.2	5.1	0.6	5.6	0.3
		3	8	3	4		9	6	7
	P	4.8	0.6	5.4	0.2	4.1	0.5	4.7	0.6
			1	2	7	6	8	4	6

Nota: GC = Grupo control; GT = Grupo Tratamiento; B = Bogotá; P= Popayán.

Análisis de normalidad de las escalas de bienestar y depresión

Inicialmente se realizó la revisión del supuesto de normalidad de las variables dependientes a través de la evaluación de los datos de asimetría y curtosis. Para esto, con base en las recomendaciones de Field (2013) se calcularon las puntuaciones Z de asimetría y curtosis de la diferencia entre la medición pre y post de cada variable dependiente por grupo (GC y GT), esto se realiza dividiendo cada valor de asimetría o curtosis sobre el error estándar correspondiente. Se tomaron como criterios para evaluar la distribución que los valores mayores a ± 1.96 indica problemas de asimetría al $p < 0.05$, mayores a ± 2.58 al $p < 0.01$ y ± 3.29 al $p < 0.001$.

Como se observa en la tabla 7 los datos fueron distribuidos normalmente para las variables de auto-aceptación, dominio del ambiente, crecimiento personal y satisfacción vital teniendo en cuenta que para cada grupo los datos no fueron significativamente asimétricos ($p > 0.05$ en todos los casos). Respecto a las variables de propósito en la vida y puntuación en depresión del grupo control, se encontraron valores mayores a 1.96, pero menores a 2.58, ambas distribuciones presentaron una asimetría positiva. Debido a que la puntuación no fue significativa al nivel de $p < 0.01$ y después de la exploración de los histogramas, se decidió hacer un análisis paramétrico e incluir todas las variables mencionadas en el modelo de ANOVA mixta, debido a que es un modelo robusto y no existe un modelo no paramétrico similar a este.

Tabla 7

Puntuaciones Z de asimetría y curtosis por grupo para cada variable dependiente.

Grupo Control						
	BP- Auto	BP- DA	BP-CP	BP-PV	EDGY	SV
S	0.42	0.71	-0.31	0.90	0.94	0.33
ES _S	0.39	0.39	0.39	0.39	0.39	0.39
S/ ES _S	1.08	1.79	-0.78	2.30*	2.39*	0.84
K	0.07	1.15	5.41	0.64	4.77	1.79
ES _K	0.77	0.77	0.77	0.77	0.77	0.77
K/ES _K	0.08	1.50	7.04**	0.84	6.21**	2.33*
Grupo Tratamiento						
S	-0.66	0.01	-0.29	0.44	-0.01	1.11
ES _S	0.40	0.40	0.40	0.40	0.40	0.40
S/ ES _S	-1.63	0.03	-0.72	1.09	-0.02	2.75**
K	-0.76	0.34	-0.31	2.33	-0.15	0.77
ES _K	0.79	0.79	0.79	0.79	0.79	0.79
K/ES _K	-0.97	0.44	-0.39	2.95	-0.19	0.98

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.001$; S= Asimetría; K = Curtosis; Auto = Auto-aceptación, BP = Bienestar Psicológico; DA= Dominio del ambiente; CP= Crecimiento personal; PV= Propósito en la vida; EDGY= Escala de depresión geriátrica de Yesavage; SV= Satisfacción vital.

Resultados inferenciales: Evaluación de la intervención en reminiscencia integrativa en la satisfacción vital, EDGY y bienestar psicológico

Inicialmente se reportarán los resultados paramétricos. Se realizó una ANOVA mixta 2x2x2 con dos factores independientes (grupo y ciudad) y un factor relacionado que fue la medición pre-test y post-test para las variables dependientes de satisfacción con la vida (SV), de auto-aceptación, dominio del ambiente, crecimiento personal, propósito en la vida y puntuaciones en la escala de depresión. Se realizó una ANOVA mixta para cada variable dependiente, los resultados se describen a continuación.

Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en el bienestar subjetivo: Satisfacción Vital (SV)

El test de Levene mostró igualdad en la varianzas de los grupos en la SV pre-test ($F_{(3,66)} = 1.65, p = \text{n.s.}$) como SV post-test ($F_{(3,66)} = 1.73, p = \text{n.s.}$). Se encontró que se cumple el supuesto de esfericidad según el test de Mauchly ($\chi^2_2 = 1.00, p = \text{n.s.}$)

El ANOVA reveló un efecto principal significativo para el factor relacionado pre-test y post-test ($F_{(1,66)} = 11.78, p = 0.001, \eta_p^2 = 0.151$). Se obtuvieron mayores puntuaciones de satisfacción vital en el posttest ($M = 25.00, ES = 0.47$) que en el pretest ($M = 23.67, ES = 0.61$). Sin embargo, estos resultados se deben explorar a luz de la interacción del factor relacionado con el grupo y ciudad. Se encontró una interacción significativa entre medición pre-test post-test * Grupo con un tamaño del efecto grande ($F_{(1,66)} = 31.88, p < 0.001, \eta_p^2 = 0.32$), entre medición pre-test post-test * ciudad ($F_{(1,66)} = 8.75, p = 0.004, \eta_p^2 = 0.11$) y medición pre-test post-test * grupo * ciudad ($F_{(1,66)} = 37.98, p = 0.007, \eta_p^2 = 0.11$) estas dos últimas interacciones con un tamaño del efecto mediano.

La interacción significativa entre grupo y factor relacionado (pre-post) demostró que las diferencias están entre la medición pre - post solamente para el grupo tratamiento. Pruebas Post-hoc (con correcciones Bonferroni) revelaron que hubo un aumento en la satisfacción vital después de la intervención en el grupo que recibió el programa ($M = 27.04, Es = .67$) en comparación con la medición pre-test ($M = 23.64, Es = .88$) con un $p < 0.001$ (ver Figura 3). No se encontraron diferencias en la medición pre-post para el grupo control ($p = \text{n.s.}$).

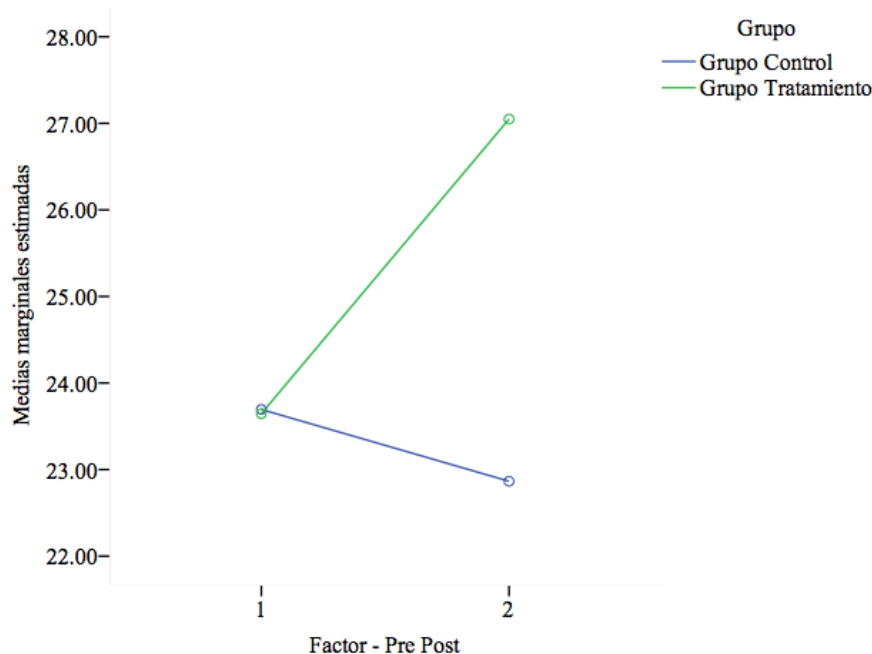


Figura 3. Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de satisfacción vital.

Respecto a la interacción significativa entre ciudad y factor relacionado (pre-post), se encontró que en Bogotá (Pre-Test $M = 26.93$, $ES = .87$; Post-Test $M = 29.23$, $ES = .66$) los participantes presentaron mayor SV en comparación con Popayán (Pre-Test $M = 20.40$, $ES = .87$; Post-Test $M = 20.58$, $ES = .66$) a un nivel de significancia de $p < 0.001$ tanto en la medición pre como post. Ahora bien, la interacción pre-test post-test * grupo * ciudad, reveló diferencias significativas en Bogotá entre los dos grupos para las dos condiciones (GC-GE pretest $p = 0.047$; GC-GE post-test $p = 0.041$) y en Popayán entre los grupos solo para la condición post test ($p < 0.001$). Es importante resaltar, que la diferencia encontrada entre el GC y GT en la condición pre-test pudo haber influido en los resultados. Sin embargo, como se observa en la Tabla 8, las puntuaciones en SV en el GC en la condición pre- fueron mayores que las del GT. Esto indica que el GT no se encontraba en ventaja en la condición pre en la ciudad de Bogotá con comparación con el GC. Ahora bien, en las dos ciudades se encontró que la SV aumentó después de la intervención en el grupo tratamiento.

Tabla 8

Medias y desviación estándar por ciudad, grupo y condición.

Ciudad	GC		GT	
	Pre	Post	Pre	Post
Bogotá	$M = 28,71$	$M = 27,94$	$M = 25,16$	$M = 30,72$
	$ES = 1,25$	$ES = ,95$	$ES = 1,21$	$ES = ,93$
Popayán	$M = 18,68$	$M = 17,78$	$M = 22,12$	$M = 23,37$
	$ES = 1,18$	$ES = ,90$	$ES = 1,29$	$ES = ,98$

Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en la puntuación en la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (EDGY)

El test de Levene mostró que se cumple el supuesto de igualdad en la varianzas de los grupos para la condición Yesage pre-test ($F_{(3,66)} = 0,98, p = 0,404$) pero no para Yesavage post-test ($F_{(3,66)} = 9,89, p < 0,001$). Sin embargo, debido a que ANOVA es una prueba robusta a la violación de este supuesto para datos con grupos con tamaños de muestra iguales se continuó con el análisis manteniendo las unidades de medida y no se transformaron los datos. El supuesto de esfericidad según el test de Mauchly ($\chi^2_2 = 1,00, p = n.s$) fue asumido.

El ANOVA reporta un efecto principal significativo para el factor relacionado pre-test y post-test ($F_{(1,66)} = 19,31, p = 0,001, \eta_p^2 = 0,23$), y menores puntuaciones en la EDGY en el post-test ($M = 1,68, ES = 0,23$) que en el pre-test ($M = 2,59, ES = 0,27$). Sin embargo, esto se debe interpretar a la luz de las interacciones. Se halló una interacción en la medición pre-test post-test * Grupo ($F_{(1,66)} = 13,61, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,17$) y medición pre-test post-test * grupo * ciudad ($F_{(1,66)} = 5,72, p = 0,020, \eta_p^2 = 0,08$). No se encontró una interacción significativa para medición pre-test post-test * ciudad ($F_{(1,66)} = ,301, p = n.s$).

Respecto a la interacción significativa entre grupo y medición pre-post del EDGY, los hallazgos muestran que las diferencias están solamente para el grupo tratamiento. Pruebas Post-hoc (con correcciones Bonferroni) mostraron que los participantes del GT obtuvieron puntuaciones significativamente menores en el post-test ($M = 1,0, ES = 0,34$) en comparación con la medición pre-test ($M = 2,53, ES = ,38$) con un $p < 0,001$ (ver Figura 4). No se encontraron diferencias en la medición pre-post para el grupo control ($p = n.s$).

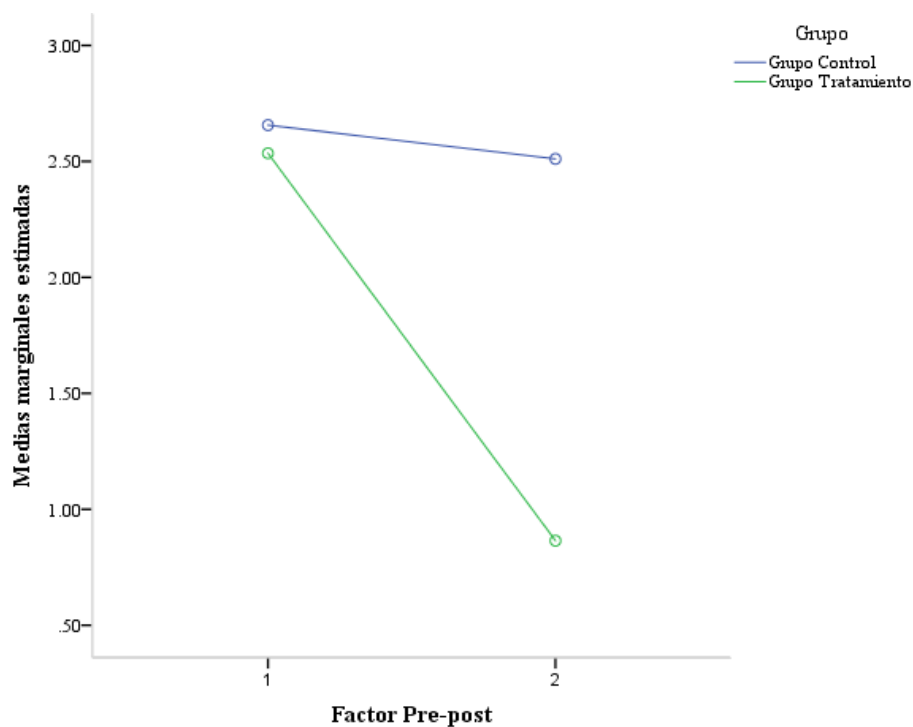


Figura 4. Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de EDGY.

Respecto a la interacción significativa pre-test post-test * grupo * ciudad, se halló que estas diferencias se presentaron tanto en Bogotá ($p=0,026$) como Popayán ($p = 0,012$) entre el GC y GT solo en el post-test. Como se observa en la Figura 5 y 6, en las dos ciudades hubo una disminución en la puntuación en la EDGY para el GT. Es importante resaltar que, tanto en el pre-test como post-test, las puntuaciones en la escala indican una baja sintomatología depresiva. No se encontraron diferencias entre las dos mediciones en el GC en ninguna de las ciudades.

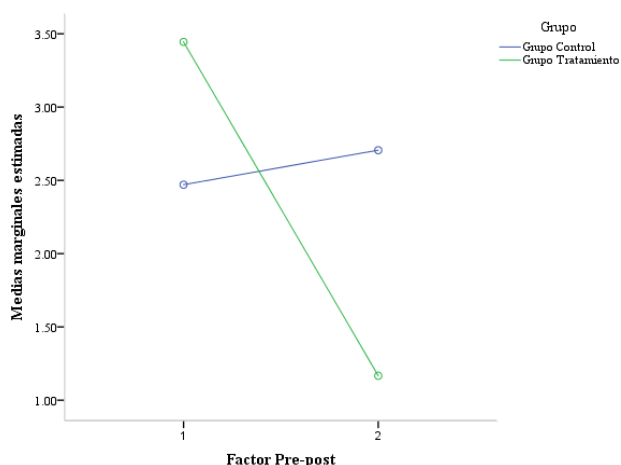


Figura 5. Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de EDGY en Bogotá.

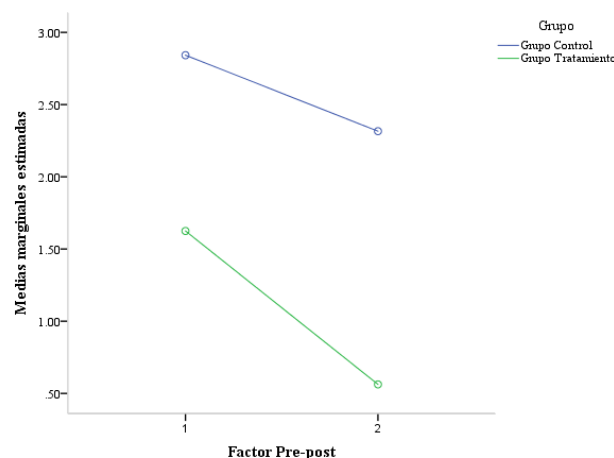


Figura 6. Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de EDGY en Popayán.

Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en la dimensión de Auto-aceptación del Bienestar Psicológico

El test de Levene mostró que no hay igualdad en la varianzas de los grupos para auto-aceptación pre-test ($F_{(3,66)} = 3.28, p = 0.026$) como en el post-test ($F_{(3,66)} = 5.00, p = 0.003$). Sin embargo, como se mencionó anteriormente, debido a que ANOVA es una prueba robusta a la violación de este supuesto para datos con grupos con tamaños de muestra iguales, se continuó con el análisis. Se encontró que se cumple el supuesto de esfericidad según el test de Mauchly ($\chi^2_2 = 1.00, p = n.s$)

El ANOVA reveló un efecto principal significativo para el factor relacionado pre-test y post-test ($F_{(1,66)} = 65.46, p < 0.001, \eta_p^2 = 0.49$). Se obtuvieron mayores puntuaciones de auto-aceptación en el post-test ($M = 5.04, ES = 0.08$) que en el pre-test ($M = 4.58, ES = 0.09$). Sin embargo, estos resultados se deben explorar a luz de la interacción del factor relacionado con el grupo y ciudad. Se encontró una interacción significativa entre medición pre-test post-test * Grupo con un tamaño del efecto grande ($F_{(1,66)} = 22.38, p < 0.001, \eta_p^2 = 0.25$). No se encontraron efectos de interacción entre medición pre-test post-test y ciudad ($F_{(1,66)} = 1.19, p = n.s$) ni medición pre-test post-test * grupo * ciudad ($F_{(1,66)} = 0.09, p = n.s$).

La interacción significativa entre grupo y factor relacionado (pre-post) demostró que las diferencias están entre la medición pre - post para los dos grupos (GC - GT), para el

GC con un $p = 0,019$ y para GR $p < 0.001$. Pruebas Post-hoc (con correcciones Bonferroni) revelaron que hubo un aumento en la auto-aceptación en la medición post (ver Figura 7).

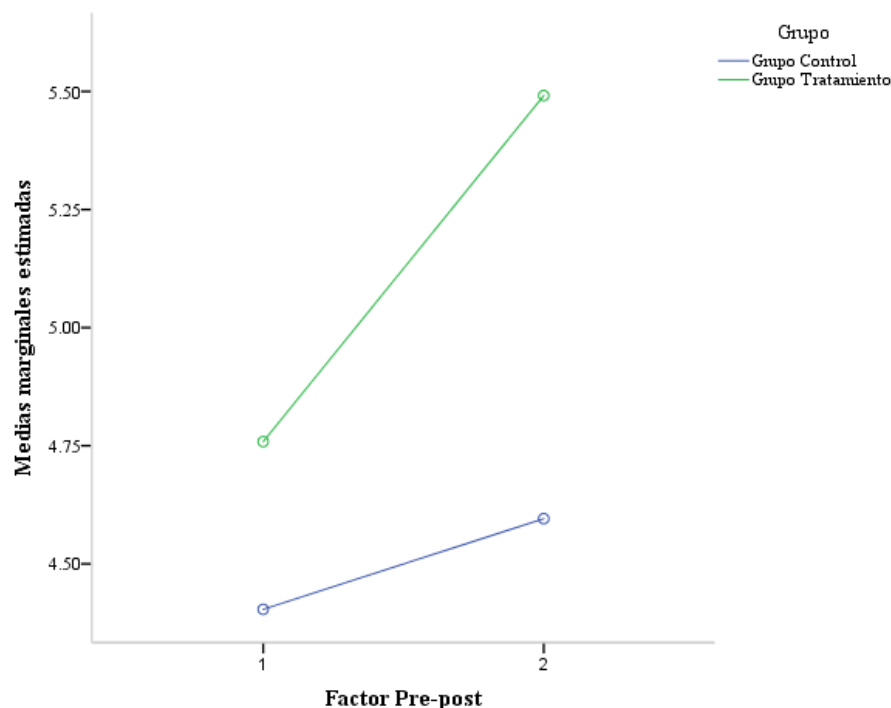


Figura 7. Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de Auto-aceptación.

Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en la dimensión de Dominio del Ambiente del Bienestar Psicológico

El test de Levene mostró que no hay igualdad en la varianzas de los grupos en para auto-aceptación pre-test ($F_{(3,66)} = 4.33, p = 0.010$) como en el post-test ($F_{(3,66)} = 10.16, p = 0.001$). Sin embargo, como se mencionó anteriormente, debido a que ANOVA es una prueba robusta a la violación de este supuesto para datos con grupos con tamaños de muestra iguales, se continuó con el análisis. Se encontró que se cumple el supuesto de esfericidad según el test de Mauchly ($\chi^2_2 = 1.00, p = n.s$)

Respecto a los efectos principales se encontraron diferencias para el factor relacionado pre-test y post-test ($F_{(1,66)} = 46.16, p < 0.001, \eta_p^2 = 0.41$). Hubo puntuaciones más altas en dominio del ambiente en el post-test ($M = 4.60, ES = 0.08$) que en el pre-test ($M = 4.16, ES = 0.09$). Se encontró una interacción significativa entre medición pre-test post-test *

Grupo con un tamaño del efecto grande ($F_{(1,66)} = 20,30, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,23$) y entre medición pre-post y ciudad un tamaño del efecto mediano ($F_{(1,66)} = 7,88, p < 0,007, \eta_p^2 = 0,10$). No se encontraron efectos de interacción medición pre-test post-test * grupo * ciudad ($F_{(1,66)} = 0,12, p = n.s.$).

La interacción significativa entre grupo y factor relacionado (pre-post) demostró que las diferencias están entre la medición pre - post para el GT a un nivel de significancia de $p < 0.001$. No se encontraron estas diferencias en el GC. Las pruebas Post-hoc (con correcciones Bonferroni) revelaron que hubo un aumento en la auto-aceptación en la medición post (ver Figura 8).

Respecto a la interacción significativa entre ciudad y factor relacionado (pre-post), se encontró que en Bogotá (Pre-Test $M = 4.53, ES = .12$; Post-Test $M = 5.15, ES = .10$) los participantes presentaron mayor dominio del ambiente en comparación con Popayán (Pre-Test $M = 3.78, ES = .12$; Post-Test $M = 4.04, ES = .10$) a un nivel de significancia de $p < 0.001$.

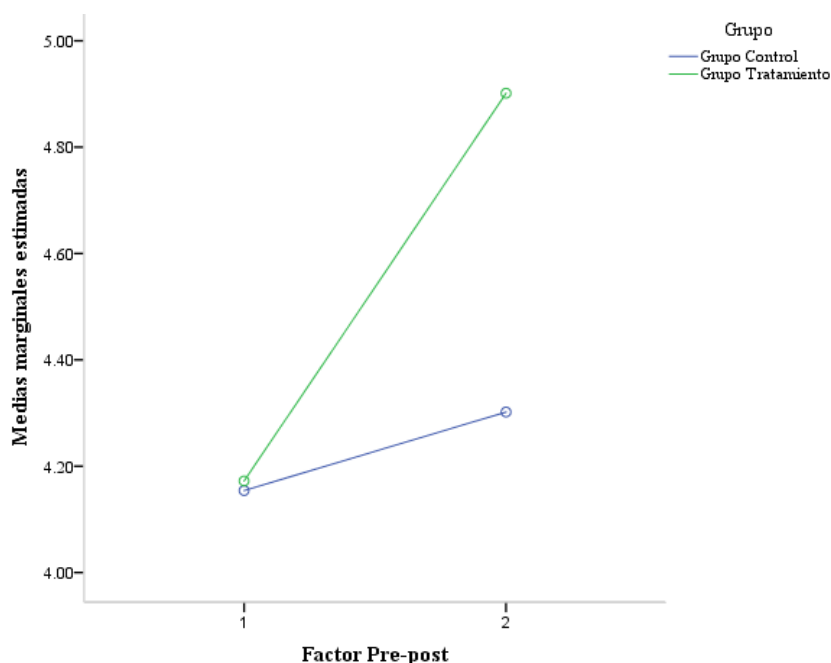


Figura 8. Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de Dominio del Ambiente.

Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en la dimensión de Crecimiento Personal del Bienestar Psicológico

El test de Levene mostró que no hay igualdad en la varianzas de los grupos para crecimiento personal pre-test ($F_{(3,66)} = 6.94, p = 0.001$) como en el post-test ($F_{(3,66)} = 6.53, p = 0.001$). No obstante, como ya se había mencionado ANOVA es una prueba robusta a la violación de este supuesto para datos con grupos con tamaños de muestra iguales. Se encontró que se cumple el supuesto de esfericidad según el test de Mauchly ($\chi^2_2 = 1.00, p = \text{n.s.}$)

El ANOVA reveló un efecto principal significativo para el factor relacionado pre-test y post-test con un tamaño del efecto alto ($F_{(1,66)} = 34.07, p = 0.001, \eta_p^2 = 0.340$). Se obtuvieron mayores puntuaciones de crecimiento personal en el post-test ($M = 5.39, ES = 0.64$) que en el pre-test ($M = 4.97, ES = 0.73$). Sin embargo, estos resultados se deben explorar a luz de la interacción del factor relacionado con el grupo y ciudad. Se encontró una interacción significativa entre medición pre-test post-test * Grupo con un tamaño del efecto grande ($F_{(1,66)} = 15.44, p < 0.001, \eta_p^2 = 0.19$). No se encontraron efectos de interacción entre medición pre-test post-test y ciudad ($F_{(1,66)} = 2.46, p = \text{n.s.}$) ni medición pre-test post-test * grupo * ciudad ($F_{(1,66)} = 0.11, p = \text{n.s.}$).

La interacción significativa entre grupo y factor relacionado (pre-post) demostró que las diferencias están entre la medición pre - post solamente para el grupo tratamiento. Pruebas Post-hoc (con correcciones Bonferroni) mostraron una mayor puntuación en la dimensión de crecimiento personal después de la intervención en el grupo que recibió el programa ($M = 5.67, Es = .09$) en comparación con la medición pre-test ($M = 4.96, Es = .10$) con un $p < 0.001$ (ver Figura 9). No se encontraron diferencias en la medición pre-post para el grupo control ($p = \text{n.s.}$).

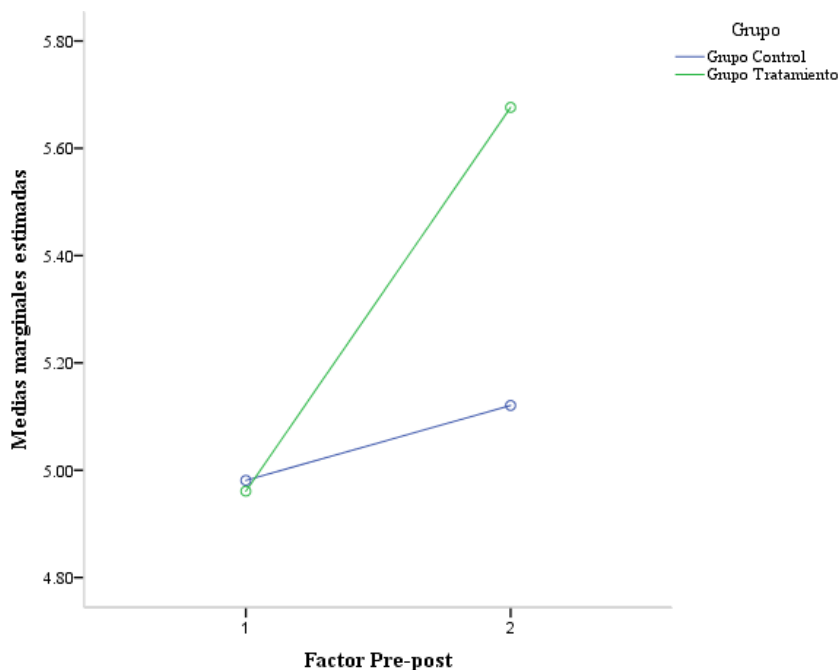


Figura 9. Diferencias entre el GC y GT para la medición pre-post en la variable de Crecimiento Personal.

Efectos de la intervención en reminiscencia integrativa en la dimensión de Propósito en la Vida solo para el Grupo Tratamiento

Se realizó una ANOVA mixta 2x2 para la variable de propósito en la vida solo con los participantes del grupo tratamiento, debido a que como se mencionó en el método, hubo diferencias entre GC y GT en la puntuación Pre en la que el GT presentó mayores puntuaciones en esta dimensión, lo que pone al GT en ventaja, por esa razón se toma la decisión de realizar el ANOVA mixta solo con el GT.

El test de Levene mostró que se cumple el supuesto de igualdad en la varianzas propósito en la vida pre-test ($F_{(1,32)} = 2,20$ $p = \text{n.s.}$) como en el post-test ($F_{(1,32)} = 2,27$ $p = \text{n.s.}$). También se cumplió el supuesto de esfericidad según el test de Mauchly ($\chi^2_2 = 1.00$, $p = \text{n.s.}$).

El ANOVA reveló un efecto principal significativo para el factor relacionado pre-test y post-test ($F_{(1,32)} = 37,19$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,53$) con un tamaño del efecto grande. Se obtuvieron mayores puntuaciones de propósito en la vida en el post-test ($M = 5,19$, $ES = 0,09$) que en el pre-test ($M = 4,63$, $ES = 0,11$) (ver Figura 10). No se encontraron efectos de interacción entre medición pre-test post-test *ciudad.

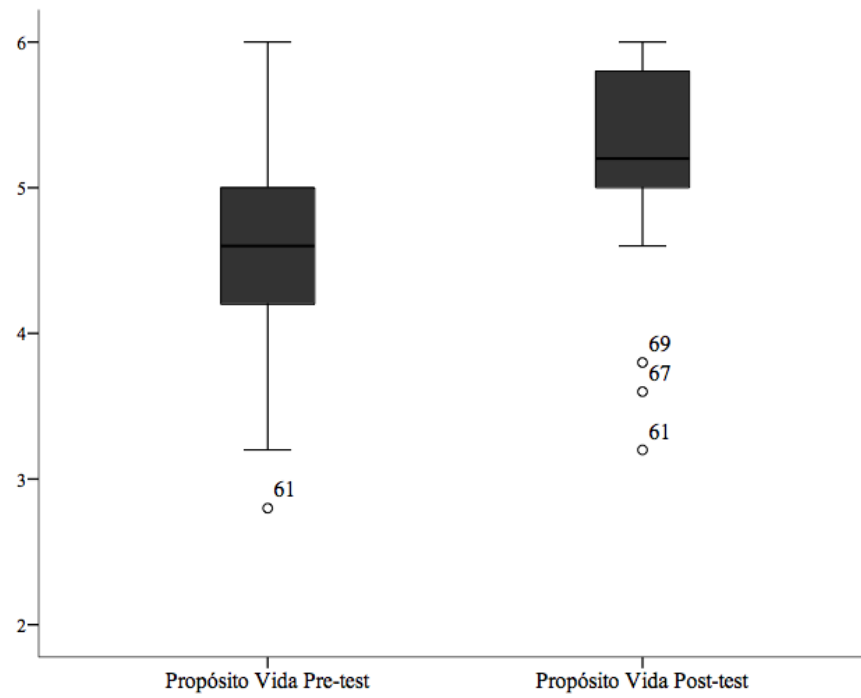


Figura 10. Puntuación pre-test y Post-test para la variable propósito en la vida solo para el GT.

Capítulo quinto

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la intervención de reminiscencia integrativa de Fortuna (2016) para generar bienestar subjetivo y psicológico, y disminuir sintomatología depresiva en adultos mayores no institucionalizados en Bogotá y Popayán. Los resultados hallados revelaron que la intervención aplicada mostró diferencias significativas entre grupo tratamiento y control después de la intervención, así como diferencias en la medición antes y después de la aplicación del programa en el grupo tratamiento, éstos resultados mostraron en todos los casos un aumento en la satisfacción vital en GT, así como en las dimensiones de auto-aceptación, dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida del bienestar psicológico. Adicionalmente, se identificaron algunas diferencias entre Bogotá y Popayán, estos resultados se discuten a continuación.

En cuanto al primer objetivo planteado , el de evaluar si la intervención en reminiscencia integrativa promovía bienestar subjetivo y psicológico en adultos mayores, los resultados obtenidos evidenciaron que las personas mayores que recibieron la intervención en reminiscencia integrativa presentaron mayor satisfacción vital que aquellas que no lo recibieron, tanto en Bogotá como en Popayán, con un tamaño del efecto grande con respecto a la medición entre grupos y el momento de aplicación (pre-post). Es importante resaltar que los efectos de interacción revelan que el aumento en la SV se presentó solo se en el grupo tratamiento, lo que demuestra que la adaptación de intervención en reminiscencia integrativa de Fortuna (2016) para mejorar la satisfacción vital de adultos mayores participantes fue eficaz. Estos resultados también fueron encontrados por Fortuna (2016).

Con respecto a la interacción significativa entre ciudad y factor relacionado (pre-post), se encontró que en Bogotá los participantes presentaron mayor SV en comparación con Popayán tanto en la medición pre como post, lo cual podría ser explicado por las diferencias de estrato social entre las dos ciudades, puesto que la muestra de Bogotá pertenecía a un estrato social levemente más alto (NSE 3) que la muestra de Popayán, quienes en su mayoría pertenecían a NSE 1 y 2, ya que la SV fue altamente influida por condiciones socio-económicas (Diener & Biswas, 2002; Diener, 2012; Dolan et al., 2008). Sin embargo, la intervención aumentó la SV en las dos ciudades.

Respecto al bienestar psicológico se encontró que las personas mayores que recibieron la intervención en reminiscencia integrativa presentaron mayor auto-aceptación, dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida, tanto en Bogotá como en Popayán, aunque no se encontró un efecto de interacción entre las ciudades. Estos resultados también fueron encontrados por Fortuna (2016).

Los efectos positivos de la intervención en Reminiscencia integrativa y los indicadores de bienestar subjetivo (satisfacción vital) y las dimensiones del bienestar psicológico están en consonancia con lo reportado por otros investigadores. Por ejemplo, Meléndez, Charco, Mayordomo, y Galán (2013) realizaron una intervención grupal en reminiscencia en una muestra institucionalizada de edad avanzada usando medidas pre-post y obtuvieron resultados significativos en la disminución de los síntomas depresivos, mejora de autoestima, satisfacción vital (bienestar subjetivo) y bienestar psicológico. Nomura y Hashimoto (2006) también encontraron diferencias significativas, después de la intervención con ocho sesiones de terapia de reminiscencia, en la satisfacción vital en una comunidad de ancianos japoneses que fueron reclutados de un centro de bienestar de una comunidad. Ahora bien, Pinquart y Forstmeir (2012), después de realizar un meta-análisis, encontraron tamaños de efecto pequeños en el bienestar psicológico, bienestar subjetivo, desempeño cognitivo e integración social cuando se aplicaron intervenciones con reminiscencia integrativa.

El incremento en bienestar psicológico en las variables autonomía, dominio ambiental, crecimiento personal, propósito en la vida, auto-aceptación y crecimiento personal, fue encontrado por Arkoff et al. (2004) al aplicar sesiones grupales de reminiscencia a mujeres

entre los 56 a 80 años de edad. Otros autores (e.j.: Bohlmeijer et al 2007; Bohlmeijer, Smit y Cuijpers 2003; Hsieh y Wang, 2003), han reportado como la intervención con reminiscencia genera resultados satisfactorios en el aumento del bienestar de los adultos mayores que participan activamente.

Respecto al objetivo dirigido a establecer si la intervención en reminiscencia integrativa, contribuía a disminuir la sintomatología depresiva, los resultados obtenidos demuestran que las personas mayores que participaron en la intervención en reminiscencia integrativa presentaron menor sintomatología depresiva que aquellas que no lo hicieron , tanto en Bogotá como en Popayán, con un tamaño del efecto grande.

Diversas investigaciones reportan menor puntuación en sintomatología depresiva al implementar reminiscencia integrativa (e.j. Frazer et al., 2005; Shellman, 2009; Zhou et al., 2011). Alfonso y Bueno (2009) al aplicar un programa de reminiscencia integrativa en población mayor portuguesa, encuentran que la recuperación y elaboración de recuerdos autobiográficos tanto positivos como negativos, son una estrategia de intervención pertinente para reducir sintomatología depresiva en adultos mayores.

Teniendo en cuenta que Frazer et al., (2005) en un meta-análisis encontraron que la reminiscencia junto con la terapia farmacológica (antidepresivos) y la terapia cognitiva conductual, entre otras, mostraba evidencia para disminuir síntomas depresivos, los resultados de nuestra investigación corroboran que una intervención no farmacológica como la reminiscencia, puede ser muy útil y pertinente para mejorar calidad de vida en adultos mayores en nuestro medio. Otros autores como Zhou et al. (2011) también reportan reducciones significativas en puntuaciones en GDS al aplicar terapia de grupo de reminiscencia a adultos mayores. Del mismo modo Shellman et al., (2009) investigaron en adultos mayores afroamericanos, el efecto de la intervención con reminiscencia integrativa en síntomas depresivos y encontraron efectos positivos significativos en la reducción de la sintomatología depresiva en el grupo que recibió la intervención.

Bohlmeijer et al., (2009), también realizaron una intervención con reminiscencia en adultos mayores con un seguimiento dos meses después, encontrando mejoras significativas en disminución de sintomatología depresiva con mantenimiento de los resultados 3 meses después. Con respecto a los efectos de la reminiscencia en el bienestar psicológico, la depresión y la soledad de adultos mayores institucionalizados Chiang

(2009) reporta mejoras significativas en disminución de sintomatología depresiva y mejora en el bienestar psicológico y la soledad.

Respeto a las diferencias entre las ciudades en las puntuaciones de depresión, se puede concluir que esto pudo estar influido por el lugar de donde fue recolectada la muestra en Popayán, ya que pertenecían a un grupo de participación dirigido para personas mayores y los de Bogotá eran personas de comunidad que no pertenecían a ningún grupo. Puesto que existe evidencia sobre como la participación en grupos comunitarios puede ser un factor protector de la depresión en esta etapa de la vida (Frasure-Smith et al., 2000; Rook, Luong, Sorkin, Newsom, y Krause, 2012).

Los hallazgos de este estudio son similares a lo encontrado por Fortuna (2016) quien reporta como la intervención mejoró los indicadores de bienestar y disminuyó la sintomatología depresiva en el grupo tratamiento. A diferencia de los hallazgos de este estudio, Fortuna logró demostrar las diferencias en las seis dimensiones del bienestar psicológico, mientras que este estudio solo incluyó cuatro dimensiones, por esto se tratan cada una de las dimensiones por separado y no el BP como un constructo global. Otra diferencia es que Fortuna realizó tres mediciones, antes de la intervención, al finalizarla y tres meses después. Estas diferencias, se convierten en limitaciones del estudio, puesto que no se evalúan todas las dimensiones del BP y no se incluyó una medición de la dimensión afectiva del bienestar subjetivo. Otra limitación tiene que ver con el diseño, puesto que no se realizó una medición tres meses después por lo tanto no se cuenta con evidencia del mantenimiento de los cambios en un periodo de tiempo mayor, como si lo realizó Fortuna (2016). Sin embargo, los resultados demostraron que este efecto se mantuvo dos meses después de finalizada la intervención.

En conclusión, los resultados encontrados son prometedores, ya que logran demostrar a través un diseño cuasi-experimental como la intervención en Reminiscencia integrativa dirigida a personas mayores en comunidad es una estrategia eficaz para el mejoramiento del bienestar e indicadores de salud mental en población mayor colombiana. Adicionalmente, muestra una alternativa de intervención desde una propuesta de la psicología positiva que puede ser usada por los psicólogos en el país que trabajan con este segmento de la población, especialmente desde una mirada no patológica.

Referencias

- Alea, N. & Bluck, S. (2011). Why are you telling me that? A conceptual model of the social function of autobiographical memory. *Memory*, 11, 165-178.: <http://dx.doi.org/10.1080/09658211.2011.5905001963>
- Alonso, R., Duarte, E., Pereira, H., y Esgalhado, M.(2010). Construcción de un programa individual de reminiscencia para mayores con Demencia residentes en una institución. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 643-650. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832325067>
- American Psychological Association (2003). *Guidelines for psychological practice with older adults*. Tomado el día 20 de Julio de 2011 de <http://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.pdf>
- Avia, M.D., Vázquez, C., (1998). *Optimismo inteligente*. Psicología de las emociones positivas. Madrid, España: Alianza Editorial Baddely.
- Aziz, R. & Steffens, D. (2013). What Are the Causes of Late-Life Depression? *Psychiatric Clinics*, 36 (4), 497-516. doi: 10.1016/j.psc.2013.08.001
- Arkoff, A., Meredith, G. M. y Dubanoski, J. P. (2004). Gains in well-being achieved through retrospective-proactive life review by independent older women. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 204-214.
- Baltes, P., Lindenberger, U., & Staudinger, U. (1998). *Life span theory in developmental psychology*. En R. M. Lerner (ED). *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development* (1029-1143) NY: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0111>
- Blanco, C., (2001). Sócrates y los Socráticos menores. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 17, 11-48.
- Bohlmeijer, Smith, & Cuipers. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(18), 1088-1094. <https://doi.org/10.1002/gps.1018>
- Bohlmeijer, E., Kramer, J., Filip, S., Onrust, S., Marwijk, H.(2009). The Effects of Integrative Reminiscence on Depressive Symptomatology and Mastery of Older Adults. *Community Ment Health Journal*, 45. 476-484. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9246-z>.
- Brandtstadter, J. & Greve, W. (1994). Explaining the resilience of the aging self: Reply to Carstensen and Freund. *Developmental Review*, 1(14), 93-102. <http://dx.doi.org/10.1006/drev.1994.1005>
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Camfield, L., Crivello, G., & Woodhead, M. (2009). Wellbeing research in developing

- countries: Reviewing the role of qualitative methods. *Social Indicators Research*, 90(1), 5–31. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9310-z>
- Cappeliez, P. (2002). Cognitive-remembrance therapy for depressed older adults in day hospital and long-term care. En J. D. Webster y B. K. Haight (Eds.), *Critical advances in reminiscence work: From theory to application* (pp. 300-313). New York: Springer
- Cappeliez, P., Guindon, M., & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies*, 22(3), 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.06.003>
- Cappeliez, P., Rivard, V., & Guindon, S., (2007). Functions of reminiscence in later life: proposition of a model and applications. *European Review Applied Psychology*, 57(3) 151-6. Doi : 10.1016/j.erap.2005.02.014
- Cappeliez, P., O'Rourke, N., & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging y Mental Health*, 9(4), 295-301. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860500131427>
- Cappeliez, P. & O'Rourke, N., (2002). Profiles of reminiscence among older adults: Perceived stress, life attitudes, and personality variables. *International Journal of Aging and Human Development*, 54(4), 255-266. <http://dx.doi.org/10.2190/YKYB-K1DJ-D1VL-6M7W>
- Cappeliez, P. & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 237-244. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/61.4.p237>
- Carstensen, L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology & Aging*, 7(3), 331-338. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151–156. https://doi.org/10.1111/1467_8721.ep11512261
- Carstensen, L. (1998). *A life-span approach to social motivation*. New York: Cambridge University Press.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U. & Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(4), 644–655
- Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P., y Casanova-Carrillo, C. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 38(05), 469-472. PMID: 15029527
- Chiang, K., Chu, H., Chang, H., Chung, M., Chen, C., Chiou, H., & Chou, K. (2009). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 380–388. <https://doi.org/10.1002/gps.2350>.

- Conway, M. & Pleydellm C. (2000). The Construction of Autobiographical Memories. *Psychological Review*, 107(2), 261-288. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.107.2.261>
- Pillemer, D.B., (1992). *Remembering personal circumstances: A functional analysis* En Affect and accuracy in recall: Studies of "flashbulb" memories. E. Winograd & U. Neisser (Eds.) New York: Cambridge University press, 236-264.
- Cordero, A., Trías, J., (2009). Neurología de la depresión. *Revista Mexicana de neurociencia*, 10(6), 462 – 478. Recuperado de: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/05/Nm096-09.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE (2018). *Resultados Preliminares Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. Recuperado de <https://sitios.dane.gov.co/cnpv-presentacion/src/>
- Deci, E. & Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of happiness studies*, 9, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
- Diener, E., (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychologist*, 67(8), 590–597. <https://doi.org/10.1037/a0029541>
- Diener, E., & Biswas, R., (2002) Will Money Increase Subjective Well-Being? A literature review and Guide to Needed Research. *Social Indicators Research*, 57(2), 119-169. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1014411319119>
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H., (1999). Subjective Weil-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>.
- Diener, E., Emmons, R. Larsen, R., & Griffin, S., (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1). 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008) Do we really know what makes us happy? Review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29, 94-122. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2007.09.001>
- Dulcey-Ruiz, E. y Valdivieso, C., (2002). Psicología del Ciclo Vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 17-27.
- Dulcey-Ruiz, E; Arrubla, D; Sanabria, P. (2013). *Envejecimiento y vejez en Colombia: Estudio a Profundidad*. Bogotá, Colombia.

- Dulcey-Ruiz, E. (2015). *Envejecimiento y vejez: categorías conceptuales*: Red Latinoamericana de Gerontología – Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano. Bogotá, D.C., Colombia.
- English, T. & Carstensen, L. (2014). Selective narrowing of social networks across adulthood is associated with improved emotional experience in daily life. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 195–202. <https://doi.org/10.1177/0165025413515404>
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J. y Chavarriaga, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Fernández-Ballesteros (2009). *Psicología de la vejez: Una psicogerontología aplicada*. Madrid, España: Editorial Pirámide
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: SAGE
- Fivush, R., (2011). The development of autobiographical memory. *Annual Review of Psychology*, 62, 559-582. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131702>
- Fortuna, F. (2016). *Reminiscencia en Adultos Mayores no Institucionalizados de República Dominicana: Seguimiento de una Intervención (Tesis Doctoral)*. Universidad de Valencia. Valencia, España.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M. & Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101(16), 1919–24.
- Frazer, C, Cristensen, H., & Griffiths, K. (2005). Effectiveness of treatments for depression in older people. *Medical Journal of Australia*, 182(12), 627-632. <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2005.tb06849.x>
- García, M. (2002). El Bienestar Subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39. Recuperado de: https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/el_bienestar_subjetivo.pdf
- Gatz, M., Kasl-Godley, J.E & Karel, M.J., (1996). *Handbook of the psychology of aging*. San Diego, CA: Academic Press.
- Gibson, F. (2011). *Reminiscence and life story work: A practice guide*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Gobierno de Canarias. (2011). *Manual de Atención en la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias*. Canarias: Gran Canarias. ISBN 978-84-695-0716-2
- Gómez, C., y Campo A. (2008). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743. ISSN: 1657-9267
- Gutiérrez, K , De los Reyes Aragón, C, Rodríguez y Sánchez, A.(2009). Técnicas de

- rehabilitación neuropsicológica en daño cerebral adquirido: ayudas de memoria externas y recuperación espaciada. *Psicología desde el Caribe*, 24, 147-179.
- Harris, P. B. & Keady, J. (2008). Wisdom, resilience and successful aging: Changing public discourses on living with dementia. *Dementia*, 7(1), 5-8. <https://doi.org/10.1177/1471301207085364>
- Haight, W. (1995). Memory lane milestones: Progress in reminiscence definition and classification. En H. y. Webster, *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (pp. 273-286). Washington: Taylor y Francis
- Havighurst, R. (1961). Successful aging. *Gerontologist*, 1(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-course theory of control. *Psychological Review*, 102(2), 284-304.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill. ISBN: 978-607-15-0291-9
- Hsieh y Wang. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 335-345. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00101-3](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00101-3)
- Kennedy, G. J. & Tanenbaum, S. (2000). Psychotherapy with older adults. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 386-407. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2000.54.3.386>
- Laidlaw, K. Thompson, L., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive Behaviour Therapy with Older People*. Wiley; First Edición.
- Laidlaw, K. (2010). Enhancing cognitive behavior therapy with older people using gerontological theories as vehicles for change. In Pachana, N., Laidlaw, K. y Knight (Eds.), *CaseBook of Clinical Geropsychology International Perspectives on Practice*. New York: Oxford. <https://doi.org/10.1093/med/9780199583553.001.0001>
- Martinson, M. & Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *Gerontologist*, 55(1), 58-69. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu037>
- Marsiske, M.; Klumb, P. & Baltes, M.M. (1997). Everyday activity and sensory functioning in old age. *Psychology and Aging*, 12, 444-457. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.12.3.444>
- McMahon, A. W. & Rhudick P. J. (1964). Reminiscing: Adaptational significance in the aged. *Archives of General Psychiatry*, 10, 292-298.
- McMahan, E. A. & Renken, M. D. (2011). Eudaimonic conceptions of well-being, meaning in life, and self-reported well-being: Initial test of a mediational model. *Personality and Individual Differences*, 51(5), 589-594.

- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*, 27, 164-169.
- Meléndez, J., Charco, Mayordomo, T., & Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25(3), 319-323. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.253>
- Meléndez, JC; Fortuna, F; Galán, A; & Mayordomo, T. (2015). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *Journal of Positive Psychology*. 10(3), 240 – 247. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936968>.
- Meléndez, J.C., Navarro, E., Oliver, A. y Thomas, J.M., (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, 95, 29-42. Recuperado de: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N95-2.pdf>. Abril 3 de 2018.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Envejecimiento demográfico, Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>. 20 de septiembre de 2017
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento. Resumen Ejecutivo*. Bogotá: Ministerio de Salud- Colciencias. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>. 7 de septiembre de 2017.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminución y crecimiento). *Anales de Psicología*, 14(1), 13-25. ISSN: 0212-9728
- Nomura & Hashimoto. (2006). Group reminiscence therapy for Japanese elderly community. *The Japanese Journal of Psychology*, 77(1), 32-39. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.77.32>
- Organización de las Naciones Unidas ONU (2015). *World Population Prospects*. Recuperado de: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Los servicios de salud deben evitar dejar atrás a las personas mayores*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13762%3Ahealth-services-must-stop-leaving-older-people-behind&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es. 15 de Octubre de 2017

- O'Rourke, N., Cappeliez, P. & Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging & Mental Health*, 15(2), <https://doi.org/272-281>. 10.1080/13607861003713281
- Park, J., Joshanloo, M., & Scheifinger, H. (2019). Predictors of life satisfaction in a large nationally representative Japanese sample. *Social Science Research*, (January). <https://doi.org/10.1016/J.SSRESEARCH.2019.03.016>
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28(1), 1-20. DOI <https://doi.org/10.1007/BF01086714>
- Payne, M. (2000). *Narrative therapy. An introduction for counsellors*. London: SAGE.
- Peng, X., Huang, C., Chen, L., & Lu, Z. (2009). Cognitive Behavioural Therapy and Reminiscence Techniques for the Treatment of Depression in the Elderly: a Systematic Review. *The Journal of International Medical Research*, 37, 975 – 982. <https://doi.org/10.1177/147323000903700401>
- Peña-Solano, D., Heraso-Dilson, M., Calvo-Gomez, J. (2009). Depresión en ancianos. *Revista Facultad de Medicina*, 57(4), 347-355.
- Pillemer, D. (1992). *Remembering personal circumstances: A functional analysis. Affect and accuracy in recall: Studies of "flashbulb" memories*. En Eugene Winograd & Ulric Neisser (Eds.) New York, USA. Cambridge University press
- Pinquart, M. & Forstmeir, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 16(5), 541-558.: <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434>
- Quiroga, G y Baker, M. (2018). Co-construcción de una nueva narrativa identitaria en la adultez mayor. *Revista Electrónica Psicología Iztacala*, 21(3), 858-872.
- Reyes, M. (2017). Determinantes del bienestar en la vejez en población colombiana. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Valencia, España. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/59239/Tesis%20Mar%C3%ADa%20Fernanda%20Reyes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 04 de abril de 2018
- Reed, A. E., & Carstensen, L. L. (2012). The theory behind the age-related positivity effect. *Frontiers in Psychology*, 3(SEP). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00339>
- Rodríguez-Pérez, J. (2001). Valoración integral de los adultos mayores. *Revista Cubana de Enfermería*, 17(2), 90-94. ISSN 1561-2961
- Rook, K. S., Luong, G., Sorkin, D. H., Newsom, J. T. & Krause, N. (2012). Ambivalent versus problematic social ties: Implications for psychological health, functional health, and interpersonal coping. *Psychology and Aging*, 27(4), 912–923. <https://doi.org/10.1037/a0029246>.
- Roselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O., Camacho, M. y GENECO., (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination)

- como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Rev Neurol*, 30(5), 428 - 432. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/12540705_The_MiniMental_State_Examination_as_a_selected_diagnostic_test_for_dementia_a_Colombian_population_study_GENECO. Marzo 13 de 2018
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryan, R.M., Huta, V. & Deci, E.L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 1(9), 139- 170. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4>
- Ryff, C. (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, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1082.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. <http://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Salazar, M. (2015). Aproximaciones desde la gerontología narrativa: La memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez. *Anales en Gerontología*, 7(7), 41 – 68. ISSN: 2215-4647
- Salazar, M. (2007). Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer. *Actualidades en psicología*, 28(108), 1 – 37. ISSN: 0258-6444
- Satorres, E., Viguer, P., Fortuna F.B., & Meléndez, J.C. (2017). Effectiveness of instrumental reminiscence intervention on improving coping in health older adults. *Stress and Health*, 34(2) 1-8. <https://doi.org/10.1002/smi.2776>
- Serrano, J., y Latorre, J. (2006). Reminiscencia y Revisión de Vida. Un Modelo conceptual para la Investigación y la Práctica. *Portal Mayores*, 527 - 564. Recuperado de: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/serranoreminiscencia.pdf>
- Shallcross, A. J., Ford, B. Q., Floerke, V. a, & Mauss, I. B. (2013). Getting better with age: the relationship between age, acceptance, and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(4), 734–749.

<https://doi.org/10.1037/a0031180>

- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? personal strivings and psychological maturity across life span. *Developmental Psychology*, 37(4), 491–501. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.4.491>
- Shellman, J. M., Mokel, M., & Hewitt, N. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptoms in older African Americans. *Western Journal of Nursing Research*, 31(6), 772–786. <https://doi.org/10.1177/0193945909335863>
- Sims, T., Hogan, C. L., & Carstensen, L. L. (2015). Selectivity as an emotion regulation strategy: Lessons from older adults. *Current Opinion in Psychology*, 3, 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.012>
- Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research*, 35, 1080–1102. <http://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2005.07.004>
- Sokolovsky, J. (2009). The cultural context of aging: worldwide perspectives. *The Gerontologist*, 54(1), 101–107. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt128>
- Syed, E., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: a systematic review. *Geriatric Nursing*, 36(5), 372–80. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.05.004>
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354–365. <https://doi.org/10.1037/a0023779>
- Triadó-Tur, M.C., Villada-Posada, F., Solé-Resano, C. y Osuna- Olivares, M.J., (2003). Envejecer en entornos rurales. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 19. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-19.pdf>. 27 de febrero de 2018
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Osuna, M. J. & Pinazo, S. (2005). The meaning of grandparenthood: Do adolescent grandchildren perceive the relationship and role in the same way as their grandparents do? *Journal of Intergenerational Relationships*, 3, 101-121.
- Valencia, C., López-Alzate, E., Tirado, V., Zea-Herrera, M. D., Lopera, F., Rupprecht, R., y Oswald, W. D. (2008). Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Revista de Neurología*, 46(8), 465-471. Recuperado de: <http://web.intercom.es/jorgemas/cognicion1.pdf>
- Vadillo, A. (2017). La memoria autobiográfica y la influencia de la cultura en su desarrollo. Costa Rica. Universidad JAÉN.

- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629–643. . [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)
- Vahia, I., Depp, C., Merrill, D. & O'Hara, R. (2013). Successful Aging-From Research to Practice. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), S33-S34.
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J., Gómez, D. (2009). Bienestar Psicológico y Salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 5(2009), 15-28. Recuperado de: http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf
- Vega, F., Rodríguez, O., Montenegro, Z., 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, 2016.
- Wang, J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1235-1240. DOI: 10.1002/gps.1821
- Watt, L.M. & 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>
- Watt, L., & Wong, P. T. (1991). A taxonomy of reminiscence and therapeutic implications. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 270-278.
- Wilson R.S., Bennett D.A.& Swartzendruber A. (1997) Age-Related Change in Cognitive Function. In: Nussbaum P.D. (eds) *Handbook of Neuropsychology and Aging*. Critical Issues in Neuropsychology. Boston, MA.: Springer
- Woods B., Spector A.E., Jones C.A., Orrell M., & Davies S.P. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub2>.
- Woods, R., Bruce, E., Edwards, R., Elvish, R., Hoare, Z., Hounsborne, B., et al. (2012). Reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers – effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicenter randomized trial. *Health Technology Assessment*, 16 (48)1-116. <https://doi.org/10.3310/hta16480>.
- Wong, P. T. P. & Watt, L. M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6, 272-279.
- Yanguas, J. (2006). Funcionamiento Psicoafectivo, Depresión Ansiedad, y Satisfacción Vital. En J. Yanguas, *Análisis de la Calidad de Vida Relacionada con la salud en la Vejez Desde una Perspectiva Multidimensional* (págs. 49 - 67). Madrid: Colección Estudios.

- Yesavage J. A., Brink T. L., Rose T. L., Lum O., Huang V., Adey M. y Leirer V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Young, Y., Frick, K. D. & Phelan, E. A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(2), 87-92. . <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003>.
- Zahinoor, I., Fischer, C., McCall. V., (2013). What Characterizes Late-Life Depression?. *Clinics Review Articles*. 484-496. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.010>
- Zhou W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, H., & Zhang, CK .(2011). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(3), e440-7. doi: 10.1016/j.archger.2011.12.003